



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **ENFOQUES CONCEPTUALES DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL PROFESIONAL FARMACÉUTICO**

**José Julián López Gutiérrez**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia

Ciudad, Colombia

2016

# **ENFOQUES CONCEPTUALES DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL PROFESIONAL FARMACÉUTICO**

**José Julián López Gutiérrez**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Doctor en Ciencias Farmacéuticas**

Director:

Ph.D José Gilberto Orozco Díaz MD

Línea de Investigación:

Grupo de Investigación: RAM: Red para el uso Adecuado de Medicamentos

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia

Bogotá, Colombia

2016

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que no tienen nombre, ni representación en la sociedad, que han sido excluidas, a todos aquellos que lograron hacerme ver la realidad desde la pobreza material pero me mostraron la riqueza de sus vidas, de sus historias, aquellos a los que Eduardo Galeano llamó LOS NADIES:

*Sueñan las pulgas con comprarse un perro  
y sueñan los nadies con salir de pobres,  
que algún mágico día  
llueva de pronto la buena suerte,  
que llueva a cántaros la buena suerte;  
pero la buena suerte no llueve ayer,  
ni hoy, ni mañana, ni nunca,  
ni en llovizna cae del cielo la buena suerte.*

*Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.  
Los nadies: los ningunos, los ninguneros,  
corriendo la liebre, muriendo la vida,  
jodidos los nadies, jodidos:  
Que no son, aunque sean.  
Que no hablan idiomas, sino dialectos.  
Que no practican religiones, sino supersticiones.  
Que no hacen arte, sino artesanía.  
Que no aplican cultura, sino folklore.  
Que no son seres humanos, sino recursos humanos.*

*Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.  
Que no tienen cara, sino brazos.  
Que no tienen nombre, sino número.  
Que no figuran en la historia universal,  
sino en la crónica roja de la prensa local.*

*Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.  
Los nadies: los nada,  
los nadies, que cuestan menos que la bala que los mata.*

*Los nadies: los hijos de nadie...  
Los nadies: los dueños de nada,  
jodidos, jodidos, jodidos, jodidos...*

## Agradecimientos

*Son innumerables las personas que han contribuido a mi formación como ser humano:*

*Mis padres Alicia y Rafael que me dieron la vida compuesta por esa extraña mezcla entre responsabilidad y bohemia, como si presagiaran mi lejano encuentro con el principio dialógico de Morin.*

*A mi familia, Liliana, Melissa, Juliana, Valeria y Gabriela que por caprichos del destino se constituyeron en una ginecocracia. Mis hermanas, mis primos, mis tíos que me rodearon de su compañía impregnando de felicidad cada día de mi vida.*

*A José Gilberto Orozco, amigo, maestro, profesor, docente, quien me orientó y acompañó en este proceso y además soportó con estoicismo la dificultad que se me presentara en la ruptura del paradigma positivista.*

*A mis compañeros, colegas y amigos farmacéuticos que me colaboraron con las discusiones conceptuales: Jorge Díaz, Claudia Vaca, Ilvar Muñoz, Máximo Rodríguez.*

*A todos aquellos que me han compartido su amistad y saberes: Francisco Rosssi B., Germán Holguín Z., Andrea Carolina Reyes, Angela Acosta, Claudia Vargas y muchos más....*

*A mis estudiantes de pregrado y posgrado...*

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	14
1. MARCO TEÓRICO: Transformando paradigmas en la farmacia asistencial.....	17
1.1 Del paradigma positivista al pensamiento complejo .....	17
1.1.1 El paradigma positivista .....	18
1.1.2 El paradigma interpretativo .....	22
1.1.3 El pensamiento complejo.....	24
1.2 La epidemiología: herramienta diagnóstica de la salud colectiva .....	26
1.2.1 La epidemiología clásica.....	27
1.2.3 La epidemiología social .....	29
2. MARCO CONCEPTUAL: El farmacéutico en el proceso salud – enfermedad - atención .....	33
2.1 El proceso salud-enfermedad-atención .....	34
2.1.1 La salud-enfermedad.....	34
2.1.2 El concepto de la OMS y sus críticos .....	42
2.2 La atención en salud.....	44
2.2.1 Los sistemas de salud .....	44
2.2.2 La demanda de los servicios de salud .....	49
2.3 El farmacéutico.....	52
2.3.1 La función del farmacéutico en los diferentes paradigmas .....	52
2.3.2 La Relación farmacéutico-paciente .....	66
2.4 El medicamento.....	69
2.4.1 El medicamento en los diferentes paradigmas.....	70
2.4.2 Dualidad ontológica del medicamento .....	76
2.4.3 Aspectos metodológicos en el conocimiento del medicamento .....	78
3. MARCO REFERENCIAL: La AF en el mundo y la metodología de investigación.....	81
3.1 El origen y expansión de la AF.....	81
3.1.1 El origen del concepto.....	81
3.1.2 La situación en los Estados Unidos y Canadá.....	83
3.1.3 La llegada del concepto a España.....	84

3.1.4	La llegada del concepto a Europa.....	84
3.1.5	El ingreso del concepto en Australia y Asia.....	86
3.1.6	La influencia de la atención farmacéutica en América Latina.....	87
3.1.7	La AF en Colombia.....	88
3.2	La metodología de la investigación en AF.....	90
3.2.1	Conceptos utilizados para describir las actividades asistenciales del farmacéutico .....	90
3.2.2	Diseño de los estudios.....	92
3.2.3	Los métodos.....	92
3.2.3	Los Problemas Relacionados con los Medicamentos.....	93
3.2.4	Las intervenciones realizadas.....	93
3.2.5	Los desenlaces evaluados.....	94
4.	METODOLOGÍA.....	97
4.1	Diseño de investigación.....	97
4.2	Pregunta para la revisión .....	99
4.3	Criterios de inclusión y exclusión .....	99
4.4	Fuentes de información .....	100
4.5	Estrategia de búsqueda.....	100
4.6	Selección de los estudios.....	100
4.7	Recolección de la información .....	101
4.7.3	Variables.....	101
5.	RESULTADOS .....	107
5.1	Resultados bibliométricos.....	107
5.1.1	Revistas y factor de impacto .....	108
5.1.2	Autores y profesiones .....	108
5.1.3	Número de estudios.....	108
5.1.4	País de los autores de la publicación .....	110
5.1.5	Filiación de los autores.....	111
5.1.6	Idioma de la publicación .....	111
5.1.7	Tipos de revisiones incluidas.....	112
5.1.8	Diseños de los estudios individuales incluidos en las revisiones .....	112
5.1.9	Población por rango de edad .....	112
5.2	Enfoque .....	113

5.3 Construcción del objeto de conocimiento .....	114
5.3.1 Reconocer la problemática del uso de medicamentos .....	114
5.3.2 Identificar las causas de la problemática del medicamento .....	115
5.3.3 Evaluar las consecuencias de los PRM .....	116
5.3.4 Proponer soluciones a los problemas identificados.....	116
5.4 Metodologías utilizadas en la práctica de la AF .....	116
5.4.1 Actores en la práctica de la AF .....	117
5.4.2 Tipo de problema sobre el que se interviene .....	118
5.4.3 Intervenciones.....	118
5.4.4 Tipos de desenlaces evaluados .....	120
5.4.5 Calidad de las revisiones .....	121
5.5 Resultados de las intervenciones .....	122
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	123
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	137
7.1 Conclusiones.....	137
7.2 Recomendaciones .....	137
7.2.1 Un nuevo paradigma .....	139
7.2.2 Una metodología.....	142
7.2.3 Una nueva RFP .....	144
7.2.4 Una propuesta de definición .....	148
ANEXOS .....	149
BIBLIOGRAFÍA.....	154

## **Resumen**

Para identificar, caracterizar y analizar las diversas propuestas conceptuales y metodológicas sobre las actividades asistenciales del profesional farmacéutico y así aportar elementos para la construcción de un abordaje alternativo de la atención farmacéutica (AF), se desarrolló una revisión de alcance. Se obtuvo información para reflexionar sobre la construcción del objeto de conocimiento, la metodología y los enfoques de las actividades asistenciales del farmacéutico. Se discute que, incluso en las propuestas de Hepler y Strand en la construcción del objeto de conocimiento, prima la influencia del positivismo y el enfoque centrado en el modelo médico hegemónico, donde el paciente es visto como el objeto de las intervenciones y el medicamento como un insumo tecnológico. Se reflexiona sobre la necesidad de construir el objeto de conocimiento de las actividades asistenciales del farmacéutico desde un paradigma que permita otra comprensión de las intervenciones del farmacéutico, construir unos valores en la relación farmacéutico-paciente apoyados en la bioética latinoamericana y una metodología de la investigación que trascienda los hallazgos de los estudios realizados utilizando los diseños de la epidemiología clásica.

Palabras clave: Atención farmacéutica, servicios farmacéuticos, problemas relacionados con medicamentos, revisiones sistemáticas.

## Abstract

In order to identify, characterize and analyze the different conceptual and methodological proposals on the care activities of the pharmaceutical professional, and thus provide elements for the construction of an alternative approach to pharmaceutical care (PC), a review of reviews was developed. Information was obtained to consider the construction of the knowledge object, the methodology and the approaches of the pharmacist's care activities. It is argued that, even in the proposals of Hepler and Strand in the construction of the knowledge object, the influence of positivism and the approach centered on the hegemonic medical model prevails, where the patient is seen as the object of the interventions and the medicine as a technological input. It reflects on the need to construct the knowledge object of pharmaceutical care activities from a paradigm that allows another understanding of pharmacist interventions, construct values in the patient-pharmacist relationship supported in Latin American bioethics and a methodology of research that transcends the findings of the studies carried out using the designs of classical epidemiology.

Keywords: Pharmaceutical care, pharmaceutical services, drug related problems, systematic review

Lista de gráficas y figuras:

Gráfica 1. Componentes de un sistema de salud .....	48
Gráfica 2. Esquema de inclusión y exclusión de los estudios.....	107
Gráfica 3. Revisiones según el ámbito del cuidado .....	109
Gráfica 4. Número de revisiones sistemáticas publicadas por año.....	109
Gráfica 5. Número de estudios incluidos en las revisiones sistemáticas analizadas según el ámbito de atención.....	110
Gráfica 6. Tipo de revisión incluido en la revisión .....	112
Gráfica 7. Población incluida en las revisiones sistemáticas .....	113
Gráfica 8. Uso del concepto de AF o alguno de sus relacionados.....	114
Gráfica 9. Número de intervenciones realizadas .....	119
Gráfica 10. Tipos de desenlaces reportados según el ámbito del cuidado.....	120
Gráfica 11. Número de desenlaces evaluados.....	121
Gráfica 12. Resultado de la evaluación AMSTAR.....	122
Gráfica 13. Resultados obtenidos de las intervenciones .....	122

## Lista de tablas

Tabla 1. Modelos de sistemas de salud en América Latina .....	48
Tabla 2. Clasificación de desenlaces según informe australiano .....	95
Tabla 3. Clasificación de las revisiones de la literatura.....	98
Tabla 4. Variables analizadas .....	101
Tabla 5. Países a los que pertenecen los autores .....	110
Tabla 6. Afiliación institucional de los autores .....	111
Tabla 7. Identificación de los problemas .....	114
Tabla 8. Causas de los PRM.....	115
Tabla 9. Propuesta de soluciones.....	116
Tabla 10. Profesionales que realizan la intervención .....	117
Tabla 11. Personas intervenidas.....	117
Tabla 12. Situaciones en las que el farmacéutico interviene .....	118
Tabla 13. Intervenciones realizadas en los diferentes estudios .....	119
Tabla 14. Tipos de desenlace según informe .....	121
Tabla 15. Investigación cualitativa VS Investigación cuantitativa .....	144

## Lista de Símbolos y abreviaturas

### Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
<b>AAF</b>	Actividades Asistenciales del Farmacéutico
<b>ACP</b>	Atención Centrada en el Paciente
<b>ACPI</b>	Association of Community Pharmacist of India
<b>ADPIC</b>	Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
<b>AF</b>	Atención Farmacéutica
<b>APhA</b>	American Pharmacist Hospital Association
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>CAPF</b>	Clasificación de la Actividad de la Práctica Farmacéutica
<b>CFPBA</b>	Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires
<b>CVRS</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>DRAE</b>	Diccionario de la Real Academia de la lengua Española
<b>DSS</b>	Determinación Social de la Salud
<b>DSRM</b>	Dinámica Social Relacionada con los Medicamentos
<b>DtSS</b>	Determinantes Sociales de la Salud
<b>ECHO</b>	Economic, Clinical, Humanistic Outcomes
<b>ECE</b>	Enfermedad Crónica Específica
<b>EPOC</b>	Effective Practice and Organisation of Care Review Group
<b>ES</b>	Equipo de Salud
<b>FIP</b>	Fédération Internationale Pharmaceutique
<b>IAP</b>	Investigación Acción Participativa
<b>IHS</b>	Indian Health Service
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>ISSS</b>	Instituto de Seguridad Social Salvadoreño
<b>MA</b>	Meta-Análisis
<b>MBE</b>	Medicina Basada en Evidencias
<b>MMH</b>	Modelo Médico Hegemónico
<b>MMS</b>	Medication Management Services
<b>MS-SC</b>	Medicina Social-Salud Colectiva
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>MTM</b>	Management Therapy Medications
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PCNE</b>	Pharmaceutical Care Network European
<b>PEPURM</b>	Plan Estratégico nacional para la Promoción del Uso Racional de Medicamentos
<b>PESICO</b>	Persona, Ambiente, Grupos, Intervención, Comparación, Resultado
<b>PGEC</b>	Pharmaceutical Group European Community
<b>PICO</b>	Problema, Intervención, Comparación y Resultado
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos

<b>PRM</b>	Problemas Relacionados con Medicamentos
<b>PSEA</b>	Proceso salud – Enfermedad – Atención
<b>RAM</b>	Reacciones Adversas a Medicamentos
<b>RC</b>	Relación Clínica
<b>REP</b>	Relación Enfermero-Paciente
<b>RFP</b>	Relación Farmacéutico-Paciente
<b>RISS</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>RNM</b>	Resultados Negativos asociados a la Medicación
<b>RS</b>	Revisión Sistemática
<b>RSL</b>	Revisión Sistemática de la Literatura
<b>RSU</b>	Relación Sanitario-Usuario
<b>SFT</b>	Seguimiento Fármaco-Terapéutico
<b>TLC</b>	Tratados de Libre Comercio
<b>URM</b>	Uso Racional de Medicamentos

# INTRODUCCIÓN

La principal actividad que desarrollaba el recién nacido profesional farmacéutico en el siglo XVII, era la fabricación artesanal y la distribución personalizada del medicamento. A pesar de la revolución industrial y la liberalización de la economía, esta situación se mantuvo hasta finales del siglo XIX cuando los procesos de industrialización alcanzaron el campo del medicamento, y es entonces cuando el farmacéutico tiene que dejar a un lado la botica para dar paso a la farmacia-droguería. A mediados del siglo XX, a raíz de una serie de hechos políticos, sociales y económicos, el profesional farmacéutico -que se dedicaba en la industria farmacéutica al diseño de nuevas formas farmacéuticas, la producción, el control de calidad de medicamentos, y en la farmacia comunitaria a la distribución, adquisición y dispensación de medicamentos- se enfrenta a una relación diferente con las personas que utilizan los medicamentos. Esta relación nació, al menos en parte, con el objetivo de controlar y disminuir los efectos deletéreos de los fármacos y mejorar su eficacia cuando aumentó su producción y disponibilidad en el mercado. Aunque en sus comienzos se insistió en que esto constituía un compromiso y una responsabilidad del farmacéutico con el paciente para maximizar las probabilidades de éxito terapéutico con mínimos efectos adversos, los mismos autores del concepto, reconocen el trasfondo económico que hay en ese compromiso. A esta nueva forma de relación la denominaremos en esta tesis como “Actividades Asistenciales del Farmacéutico (AAF)”.

Hepler le atribuye a esta nueva actividad un cambio en el paradigma de la profesión, afirmación que es necesaria aclarar ya que este concepto es diferente desde lo filosófico y las ciencias sociales. Este hallazgo anima al autor no solo a identificar los diferentes paradigmas de la historia de la humanidad, desde el teológico hasta la complejidad, sino a proponer la necesidad de un cambio que permita entender las AAF desde otra óptica con el fin de complementar los conocimientos adquiridos y lograr con el tiempo, una transformación del pensamiento que permita una visión más completa del ser humano. Este capítulo termina con la presentación de la epidemiología como una herramienta utilizada para diagnosticar el estado de salud de las poblaciones que generalmente sirve a los intereses políticos y económicos de la época y plantea la epidemiología social como una alternativa para la investigación en salud.

Debido a que las AAF están íntimamente relacionadas con el tratamiento de enfermedades, en el capítulo dos se discute el concepto de enfermedad para señalar que no es antagónico con el de salud y más bien se constituye en un asunto relacional (no dicotómico: salud/enfermedad) que afecta la cotidianeidad de los grupos sociales y forma parte de un proceso en el que se construye colectivamente la subjetividad. La respuesta social a la enfermedad es también un hecho usual y frecuente que contribuye a la formación de una estructura indispensable para la producción y reproducción de una sociedad. La enfermedad y la respuesta que esta origina son procesos estructurales en todos los sistemas y conjuntos sociales que producen representaciones y prácticas, además de constituir un saber que les permite comprender, enfrentar, resolver y, en

muchas ocasiones pretender eliminar las enfermedades, por tal razón se utilizará el término Proceso Salud-Enfermedad-Atención (PSEA) ya que estos acontecimientos se presentan simultáneamente. En lo relacionado con el medicamento, se quiere evidenciar que éste es mucho más que una forma farmacéutica, que presenta una dicotomía ontológica (mercancía /agente quimioterapéutico y valor / símbolo) y que existen diversos métodos utilizados en el conocimiento del medicamento. En cuanto a la figura del farmacéutico, se identifica su nacimiento como oficio en el siglo XIII, una profesionalización posterior y dos cambios importantes en su actividad: del farmacéutico boticario al farmacéutico industrial y la etapa que actualmente vivimos de transición del farmacéutico industrial al farmacéutico asistencial. Adicionalmente se quiere mostrar el estado actual de su relación con el paciente y los valores éticos implicados en esta. Todos los componentes del PSEA serán analizados en los diferentes paradigmas de la historia de la humanidad: teológico, metafísico, científico y social

En el capítulo tres se analizará el elemento central de esta disertación: *Pharmaceutical Care*, que más tarde se traduciría al español como “Atención Farmacéutica” (AF), desde su origen en Estados Unidos a partir de un término utilizado por Mikeal et al en 1975 como una aproximación de la definición análoga a la atención médica, hasta su difusión en Europa y finalmente en América Latina, incluida Colombia. También se incluye la metodología bajo la cual actualmente se está realizando la investigación en AF. Se identifican los elementos que favorecieron que este término/concepto/actividad se constituyera en el paradigma de las AAF.

La metodología descrita en el capítulo cuatro permite aprovechar un amplio cuerpo de literatura publicada para realizar una revisión de alcance utilizando la metodología descrita en el manual Cochrane que permite sistematizar los resultados y así identificar y diferenciar los enfoques utilizados así como los vacíos de conocimiento y las limitaciones metodológicas existentes. Se espera también evidenciar, como era de esperar, que la mayor parte de la investigación y los conocimientos sobre las AAF adquiridos hasta la fecha se han basado en la tradición, la experiencia y la historia del positivismo. Este paradigma considera el método científico como el único válido para la búsqueda del conocimiento, y le da importancia a los datos tratados en forma estadística con la formulación de una hipótesis y la generalización de los resultados a nivel poblacional a partir de una muestra.

En la discusión de resultados presentada en el capítulo seis, se realiza una reflexión sobre las bases paradigmáticas, el concepto, los enfoques y la metodología de la AAF, con el fin de aportar en la construcción del objeto de conocimiento de una manera distinta que reconozca y estimule la existencia y manifestaciones de diversas perspectivas, para comprenderlas y debatirlas, para lo cual se requieren los siguientes elementos: 1. Reconocer e identificar a la persona como un individuo inmerso en complejas relaciones sociales que lo convierten en algo más que la suma de células, tejidos órganos y sistemas. Debido a que ‘ATENCIÓN’ es un concepto que deja por fuera muchos otros aspectos como el compromiso, la responsabilidad y la evaluación de necesidades entre otros, se propone la utilización de la palabra ‘CUIDADO’. 2. Construir los Problemas

Relacionados con Medicamentos (PRM) desde la perspectiva de la medicina social y teniendo en cuenta la prioridad de las necesidades del paciente según la propuesta de Maslow y 3. Proponer la utilización de la epidemiología social y otros abordajes metodológicos cualitativos para la investigación y la práctica profesional que permitan realizar intervenciones individuales y colectivas desde el paradigma social a las personas que consumen medicamentos.

# 1. MARCO TEÓRICO: Transformando paradigmas en la farmacia asistencial

"...We must not see any person as an abstraction. Instead, we must see in every person a universe with its own secrets, with its own treasures, with its own sources of anguish, and with some measures of triumph."  
Elie Wiesel

## 1.1 Del paradigma positivista al pensamiento complejo

Desde sus inicios en el siglo XVIII como profesional, el farmacéutico tenía como principal actividad la fabricación artesanal y distribución personalizada del medicamento. A finales del siglo XIX se industrializa la fabricación y se tecnifica la distribución, dejando a un lado la botica para dar paso a la farmacia-droguería y a la industria farmacéutica. A mediados del siglo XX y a raíz de una serie de hechos políticos, sociales y económicos, que serán discutidos más adelante, el profesional farmacéutico ahora se ve enfrentado a la necesidad de relacionarse de una manera diferente con el paciente, ya no como alguien que adquiere un medicamento, a quien se le brinda información, sino como una persona que requiere la asistencia y el apoyo de un profesional que lo acompañe en el alcance de sus metas terapéuticas (1-3).

Este cambio de actividad requiere además de los vastos conocimientos técnicos del medicamento que el farmacéutico posee, que se comprenda al ser humano como un ser social, ya que el acto de tomar medicamentos implica mucho más que la administración física de sustancias, pues cada fármaco combina no solo prácticas científicas, agendas políticas, intereses comerciales y otras relaciones sociales, sino que también son entidades culturales que afectan y hacen parte de las representaciones de la vida y la sociedad. De la misma manera, la enfermedad y la necesidad de atención que esta origina son procesos estructurales en todos los sistemas y conjuntos sociales que producen representaciones y prácticas, además constituyen un saber que le permite comprender, enfrentar, resolver y, con frecuencia la pretensión de eliminar las enfermedades. Por lo tanto, la realidad de la práctica asistencial del farmacéutico se debe entender no solo desde las teorías y prácticas de las Ciencias Naturales (química, física, biología), sino también desde las teorías y prácticas de las Ciencias Sociales (4-7).

Ante estos hechos, Alina Martínez afirma que el medicamento sigue siendo el objeto de la profesión farmacéutica, solo que ahora ha ocurrido un cambio en la actitud del farmacéutico ya precisados sus valores profesionales, lo cual no significa un objeto nuevo para la profesión, sino la definición de un manera innovadora en la actuación profesional (8). Otros autores han mencionado que este cambio en el enfoque (ya no orientado al

medicamento, sino orientado al paciente) constituye un cambio en el paradigma de la profesión farmacéutica (9-11).

Ya que toda ciencia está constituida por el conjunto de conocimientos y la utilización de una metodología adecuada para el objeto de estudio, para esta tesis se asumirá el concepto de 'paradigma' desde lo filosófico teniendo en cuenta los planteamientos de Thomas Kuhn en su libro "Las revoluciones científicas", Edgar Morín en su epistemología de la complejidad y desde las ciencias sociales. Para Kuhn los paradigmas son los modelos que establecen la forma en que se realiza la investigación científica, estos están constituidos por leyes, teorías, aplicación e instrumentos necesarios para su demostración (12). Morín presenta una apreciación más moderna, afirmando que un paradigma es "...una estructura mental y cultural bajo la cual se mira la realidad y que por ser culturales, son inconscientes" (13). Desde las Ciencias Sociales se define como "*una cosmovisión del mundo: conjunto de opiniones y creencias que conforman la imagen o concepto general del mundo que tiene una persona, época o cultura, a partir de la cual interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente*" (14). De acuerdo con lo descrito anteriormente, se puede afirmar que si bien ha sucedido un cambio en las actividades del farmacéutico, esto no ha significado un cambio de paradigma, pues se sigue observando a las personas y los medicamentos desde las ciencias exactas (biología, química, física), como será analizado en posteriores capítulos (4, 14, 15).

A continuación se realizará una breve revisión de los principales paradigmas utilizados en la comprensión de los fenómenos (naturales, sociales, físicos, etc.) del mundo que nos rodea, desde el positivismo de Comte hasta la complejidad de Morin. Para ello nos apoyaremos en la propuesta del primero quien afirmaba que toda ciencia y toda sociedad deben atravesar por tres estadios: teológico, metafísico y positivo. En el primero, se pretende explicar los fenómenos naturales por la voluntad de dioses o demonios; el segundo, busca la explicación en fuerzas o entidades abstractas y finalmente el estadio positivo, el cual pretende describir y predecir exactamente los fenómenos por medio de leyes naturales producto de la observación y de la reflexión racional. El primer paradigma 'científico' fue el positivista, que surge como resultado de transformaciones sociales, que algunos autores atribuyen a la tradición científico humanista del siglo XVII, a la revolución francesa y a los problemas que para esos momentos debía enfrentar la sociedad y para los cuales, la religión no podía dar respuestas. Por lo tanto, el hombre fija su atención en la ciencia que le ofrece seguridad, confianza y comodidad. Ya no está supeditado a la naturaleza, sino que encuentra respuestas lógicas al estudiar analíticamente los objetos que lo rodean. A partir de ese momento, el hombre fue plenamente consciente de la existencia de la explicación científica del mundo, diferente de la metafísica, hecho que allanó el camino para el inicio del positivismo (16).

### **1.1.1 El paradigma positivista**

El inicio del positivismo se sitúa en 1620 con Bacon quien en el *Novum Organum*, enuncia que la ciencia era capaz de dar al ser humano dominio sobre la naturaleza, idea que fue

acogida por Descartes en 1637 con el *Discurso del método*. Posteriormente en el siglo XIX Saint-Simon, Auguste Comte, y John Stuart Mill desarrollaron y consolidaron esta filosofía racionalista enfocándola en la certeza, entendiendo como verdades lógicas aquellas que se pueden traducir a la matemática y a través de las cuales se puede conocer la verdad. En el siglo XIX se alcanza el apogeo del positivismo produciéndose un vertiginoso desarrollo tecnológico que menosprecia lo subjetivo, las creencias y las percepciones personales de los fenómenos para dar mayor importancia a lo pragmático, lo objetivo y lo tangible, con lo cual el ser humano se ve obligado a concebir todos los fenómenos con esta racionalidad. El paradigma positivista se enmarcaba inicialmente en el racionalismo y el empirismo<sup>1</sup>. Su núcleo estaba constituido por un empirismo total apoyado en los recursos de la lógica moderna, una alta valoración de la ciencia y un rechazo a la metafísica con el propósito de unificar todas las ciencias mediante un método y lenguaje único y universal (17). En Francia, el positivismo se integra al racionalismo de Descartes, en Inglaterra, se relaciona casi de inmediato con la teoría de la evolución de Darwin, en Alemania se transforma en un monismo materialista soportado en un científicismo rígido, y en Italia, debido a la situación social, el positivismo se ve reflejado en la antropología criminal y la pedagogía (4). Algunas características de este movimiento son: la razón y el conocimiento garantizarán la libertad de las personas; la ciencia y la técnica resolverán todos los problemas y lograrán el progreso del ser humano; lo racional, lo objetivo y lo tangible sustituirán lo subjetivo (14, 18).

Otra manifestación del positivismo es un movimiento que ha recibido varios nombres: positivismo lógico, empirismo lógico o neopositivismo fundado por el círculo de Viena<sup>2</sup>, quienes intentan unir el empirismo con los recursos de la lógica formal simbólica, y eliminar la tendencia antimetafísica, por estimarlas carentes de significación y aun contrarias a las reglas de la sintaxis lógica y el desarrollo de la tesis de la verificación. Las principales características del positivismo lógico son: 1) El significado de un enunciado se basa en el hecho de que expresa un estado de cosas, si el enunciado no tiene explicación es porque este no tiene un significado<sup>3</sup>. 2) no está de acuerdo con lo propuesto por Comte en lo relacionado con los tres estadios del conocimiento; 3) la probabilidad es una alternativa cuando no se puedan formular leyes; 4) debate el modelo positivista para deducir leyes universales; 5) en la elaboración de propuestas que expliquen los fenómenos sociales, consideran el valor de la racionalidad y la posibilidad de verificar las teorías de una manera empírica; 6) se puede explicar un fenómeno sin necesidad de

---

<sup>1</sup> Se llama "Empirismo" o "empirismo clásico"(siglo XVIII), al que rechaza las tesis apriorísticas del racionalismo pues considera que la mente es como un papel en blanco en el que se va escribiendo la experiencia, rechaza la intuición intelectual de algo que no sea la propia mente, y acepta sólo la percepción como fundamento del conocimiento. *Diccionario De Psicología Científica Y Filosófica*.

<sup>2</sup> Grupo de personas con interés científico y filosófico encabezado por Moritz Schlick (Alemania) en Viena, Austria, en el año 1929 en la universidad del mismo nombre y al que pertenecieron entre otros Rudolf Carnap, Otto Neurath, Herbert Feigl, Philipp Frank, Friedrich Waismann y Hans Hahn . *Villena Saldaña, David (2014). El Círculo de Viena: Una nota histórica. Analítica, 8, 2014; pp. 123-130.*

<sup>3</sup> Tomado de: Acero, Juan. *Filosofía y análisis del lenguaje*. Madrid: Cincel, 1985, p. 124

establecer relaciones entre los elementos que componen la estructura social. En sus inicios, el neopositivismo lógico aparta la forma lógica del contenido material de los enunciados, rechaza la correspondencia ontológica entre proposición verdadera y realidad y la reducción de la verdad a la proposición de su simple coherencia formal con otras proposiciones verdaderas, lo cual es otra expresión de la actitud racionalista (16, 19).

#### **1.1.1.1 Corrientes post positivistas**

Varios planteamientos epistemológicos fueron surgiendo posteriores al positivismo debido a que existían fenómenos y acontecimientos que no podían ser deducidos o explicados totalmente por leyes físico-matemáticas, es decir, regidos por relaciones lineales de causa-efecto. Tal es el caso de la **teoría cuántica** donde el concepto de probabilidad y el principio de incertidumbre hicieron difícil hablar de certidumbres o de leyes como propiedades irreductibles (19). Otro planteamiento fue el **racionalismo crítico** fundado por Karl Popper en oposición a los positivistas lógicos. En su libro “La lógica de la investigación científica” se centra en 3 grandes problemas: 1) La inducción, para lo cual plantea que una hipótesis solo puede contrastarse empíricamente después de que ha sido formulada (contrastación deductiva de teorías) y que las predicciones en el mundo social son insostenibles, debido a las múltiples variables que están en juego escapando a regularidades similares a las del mundo natural; 2) La demarcación, en la que afirma que una teoría será considerada como cierta no por la verificación de algunos casos, sino porque aún no se haya encontrado uno que la contradiga, entonces las teorías no son completamente verificables aunque si deben ser contrastadas que es donde radica la objetividad de los enunciados científicos y 3) la justificación de los enunciados básicos o de observación, en la que afirma que no es posible proponer un enunciado científico basándose en: el dogmatismo (aceptarlo sin justificación), la regresión infinita (aceptarlo basado en otros enunciados) o el psicologismo (aceptarlo por la experiencia perceptiva). A pesar de estos planteamientos, algunos filósofos clasifican a Popper como un ‘positivista’ pues considera solo un método válido para las ciencias naturales y para las ciencias sociales (19, 20).

#### **1.1.1.2 Influencia del positivismo en las ciencias de la salud**

Bajo la mirada del positivismo, los seres humanos son considerados como la suma de partes discretas (células, tejidos, órganos y sistemas), que en la práctica se relaciona con intervenciones puntuales y medibles orientadas a la recuperación de las funciones de órganos o sistemas (15). Esta visión considera que los problemas se resuelven con el conocimiento científico ya que éste ofrece la seguridad y el convencimiento de control de la realidad, reemplazando los aspectos emocionales, culturales y sociales por aquello que se supone objetivo y racional. La confianza divina es sustituida por la confianza en la razón humana que le permitirá resolver los problemas biológicos, de salud, éticos, políticos y sociales (17).

En el campo de la medicina, el paradigma positivista sigue siendo decisivo en la concepción del proceso salud-enfermedad, permeando las otras ciencias de la salud y a la sociedad en general. Se puede analizar esta influencia con base en la crítica propuesta por Morin, que podemos resumir en los siguientes elementos (21):

1. La disyunción, bajo la cual cada profesión construye un fragmento de la realidad (especializaciones de las ciencias de la salud) sin ver las conexiones con las otras profesiones. Considera a las personas desconectados entre sí, independientes de su entorno, separando al ser humano y poniéndolo por encima del resto de la naturaleza (antropocentrismo), lo que se refleja en que las persona y la comunidad solo valoran la atención médica menospreciando los cambios en los estilos de vida y el empoderamiento de su bienestar. La importancia del pensamiento sobre los aspectos emocionales, la intuición, lo subjetivo de épocas anteriores ha sido sustituido por lo racional, lo objetivo y lo tangible (18, 22).
2. La reducción, que trata de explicar la realidad por sólo uno de sus elementos (psíquico, biológico, espiritual); viendo al mundo como una máquina perfecta y estableciendo leyes generales. La salud es vista como algo fijo (estado de bienestar) basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica. El cuerpo humano es considerado como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina (dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar) y el médico el mecánico que la repara (23).
3. La abstracción, la cual consiste en establecer leyes generales sin considerar las particularidades de donde surgen. Esta tendencia ha favorecido el desarrollo de la tecnología en el trabajo diario de los profesionales de la salud. La construcción cultural, el paradigma científico y el significado que adquiere esta tecnología, es lo que ha determinado la utilización de la tecnología como un fin, donde la persona se comporta como un objeto pasivo al que se le aplican procedimientos (24).
4. La causalidad que ve la realidad como una serie de causas-efectos con un trayecto lineal. El modelo actual de la triada ecológica ha contribuido a reforzar esta visión al identificar factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un desenlace además que etiqueta las enfermedades como "infecciosa", "genética", "metabólica", "maligna" o "degenerativa".

Para Morín, el enfoque positivista olvida que no se puede considerar la situación de la salud de una población sin examinar el contexto social (18, 24, 25).

Estos cuatro puntos han contribuido a establecer como válido aquello que se ha logrado con la investigación científica en salud, y por tanto a legitimar las percepciones y creencias de la sociedad acerca de la importancia de los cuidados en salud, ya que de esa manera se podrán controlar las enfermedades y de esta manera aplazar la muerte (o "evitarla"). La profesión farmacéutica se ha desarrollado unida a estos saberes, se ha impregnado de esta visión, contribuyendo a la medicalización de los cuidados. Lo anterior se traduce en una desviación de los cuidados y de la persona enferma hacia la enfermedad, la técnica y la tecnología (en este caso representado en el medicamento). Se desconoce la importancia de otras profesiones de la salud pues la figura del médico está sobrevalorada gracias a que las instituciones hospitalarias se han organizado con base al saber médico y centrando su atención en la patología. Esta visión fragmenta al ser humano y entonces cada parte pasa a ser el objeto de estudio de las profesiones sanitarias, poniendo énfasis en las mediciones observables y tangibles, sobrevalorando lo biológico y lo tecnológico (17, 18, 26).

## 1.1.2 El paradigma interpretativo

Las ciencias sociales comienzan a adoptar el paradigma positivista en el siglo XIX intentando resolver los problemas referentes a la sociedad, al individuo y a las culturas. Sin embargo, en el siglo XX se comienzan a replantear las cuestiones epistemológicas, ya que la investigación objetiva puede partir de las formulaciones de hipótesis no científicas como el mito, la metafísica o la religión. Popper cambia la lógica de las Ciencias Humanas argumentando que los científicos sociales deben iniciar su labor a partir de “problemas prácticos y no de teorías que han tropezado con dificultades, que han hecho nacer expectativa y luego las ha defraudado” (20). La permanencia de esta concepción en el quehacer científico social ha mantenido activa la polémica en el campo de la filosofía de la ciencia, de un lado quienes rechazan la visión positivista y del otro quienes, desde el positivismo, plantearon nuevas proposiciones, como fue el caso del Círculo de Viena. Estas críticas han derivado en corrientes de pensamiento que han influido en los estudios sociales (14, 19, 27).

A continuación veremos algunas de estas posiciones que directa o indirectamente han cuestionado los postulados centrales del positivismo tradicional y que han repercutido hasta nuestros días con la formulación de nuevas epistemologías como la complejidad.

### 1.1.2.1 La hermenéutica

El objeto de estudio de las Ciencias Humanas surge de una realidad que no es estática ni abstracta (se moviliza a través y con la realidad de la dinámica social) y, por lo tanto, los principios de las ciencias básicas no se ajustan a él. Desde este raciocinio, la noción de verdad no sería una verdad dada y reproducida (necesaria y universal), sino una noción de adecuación que se ajusta a la realidad social y a la particularidad de los contextos. Con base en estos razonamientos, en los albores del siglo XX, Wilhelm Dilthey, Hans Gadamer y Paul Ricoeur dan origen a la hermenéutica, discutiendo cuatro postulados básicos del paradigma positivista: 1. La utilización de un método único para investigar las Ciencias Sociales y las Ciencias Naturales (monismo metodológico); 2. La atribución a una ley única para explicar los fenómenos sociales (reduccionismo metodológico); 3. El señalar que de acuerdo a leyes naturales, todas las sociedades han de transitar por algunos estados de evolución (determinismo histórico); 4. El estudiar el objeto de conocimiento como si fuera una cosa distinta a su naturaleza, ignorando los aspectos culturales e históricos que rodean al sujeto de estudio (19, 28, 29).

La hermenéutica lleva el modelo interpretativo de los textos a la esfera ontológica e interpreta la realidad como un conjunto de textos, relatos, mitos, narraciones, saberes, creencias e instituciones que cimientan el conocimiento del mundo y el hombre. Por lo tanto, el ser es lenguaje y solo éste posibilita lo real, ya que es el medio a través del cual el ‘ser’ se deja oír. Este paradigma plantea que el comportamiento humano se debe pensar de acuerdo al significado de nuestras acciones (no con experimentación, sino con interpretación), que la historia de cada pueblo se debe entender desde lo particular y no desde lo general (no es lineal ni obedece a leyes), que para comprender mejor los

valores, significados y prácticas de un sujeto se debe involucrar más en el contexto histórico y cultural, y, finalmente, que el significado de una práctica se debe comprender relacionándola con las demás partes y con el todo. Entonces, para la hermenéutica, los grupos, los escenarios y las personas no se pueden reducir a simples variables sino que deben considerarse en el contexto de su pasado y presente (19, 28, 29).

### **1.1.2.2 Otros paradigmas interpretativos**

Algunos movimientos rechazaron completamente el positivismo y plantearon sus propias epistemologías. Una de ellas fue **La teoría crítica** que surgió en la Escuela de Frankfurt, representada por Max Horkheimer y Theodor Adorno quienes cuestionaron enérgicamente el método positivista tanto en lo social como en lo teórico-cognitivo (19, 30).

Desde el ámbito social, se hace una crítica al modelo positivista que invisibiliza los problemas sociales (pobreza, desigualdad, violencia, etc.), legitimando así las estructuras de poder dominante que siguen reproduciendo estas lógicas de dominación. Desde esta perspectiva, plantean (las ciencias sociales) que la ciencia debe estar al servicio de la sociedad aportando soluciones a sus problemas, especialmente debe estar al servicio de los “dominados”, sumado a esto afirman que el criterio de verificación debe incluir el cuestionamiento de la lógica instrumental, esto es aquella que apunta a los medios, y en las propuestas de una construcción de una realidad fundamentada en la racionalidad formal (aquella que apunta a los fines por sí mismos) para que las ciencias no pierden su función social y el carácter transformador. Desde lo teórico-cognitivo, critican la idea que el investigador no se involucre en lo investigado con el fin de realizar una investigación más objetiva y verdadera, e insisten en un conocimiento que está mediado tanto por la experiencia (por las prácticas concretas de una época), como por los intereses teóricos y extrateóricos que se mueven dentro de ellas (19, 30, 31).

Estos conceptos han servido de base para el planteamiento de una epistemología del Sur por parte de Boaventura de Sousa Santos quien la describe como:

...el reclamo de nuevos procesos de producción, de valorización de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido, de manera sistemática, destrucción, opresión y discriminación causadas por el capitalismo, el colonialismo y todas las naturalizaciones de la desigualdad en las que se han desdoblado... (32)

Otro de estos movimientos fue **El constructivismo** en cabeza de Kart Manheim, Berger y Lukmann en los años 1970 que empezaron a discutir el paradigma positivista. En el campo de la pedagogía esta perspectiva también fue acogida por autores como Piaget, Kohlberg, Ausbel, Novak, De Bono, entre otros, quienes se opusieron al modelo conductista en la educación. El constructivismo llevó al extremo las posiciones interpretativas de la hermenéutica, planteando que el conocimiento de la realidad no es una copia fiel de la misma, sino más bien que las teorías, categorías y conceptos son construcciones mentales a partir de las cuales captamos la realidad, le damos sentido y

nos conducimos en ella. Este movimiento es una propuesta sobre el análisis del conocimiento, sus alcances y limitaciones apartándose del núcleo del programa moderno que se basaba en la creencia de un mundo objetivo. Las bases del constructivismo se interpretan en dos niveles: desde la naturaleza del conocimiento abstracto y del conocimiento científico, y desde las actividades de conocimiento de los individuos o las comunidades humanas. Jean Piaget propone que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad en la que se desenvuelve y, de esta manera, el individuo, al actuar sobre la realidad, va construyendo las propiedades de ésta al mismo tiempo que estructura su propia mente. Aun cuando, genéricamente, se habla del constructivismo como una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden, existen varios criterios a partir de los cuales se pueden organizar las diferentes formas o expresiones de este movimiento (19, 33, 34).

**La posmodernidad** fue otro movimiento surgido en el tercio final del siglo XX, en el que participan entre otros Gilles Deleuze, Jean Baudrillard, Jacques Derrida, Gianni Vattimo y por último Jean Lyotard, como un rechazo a la modernidad en relación a su forma de entender la realidad y a la sociedad capitalista fruto del positivismo. Esta filosofía asume que el orden social ha sido construido sobre estructuras ideológicas que asfixian al ser humano y que este pensamiento es reproducido por la ciencia para legitimar el significado del individuo, la sociedad y el mundo. El posmodernismo plantea el conocimiento como plural, relativo y cambiante, dándole un golpe al conocimiento científico que quiere monopolizar la verdad pretendiendo descubrir leyes universales y que, en aras de la objetividad, ha ignorado que el conocimiento es el resultado de sistemas prefigurados por un mundo de valores, tradiciones y vivencias. El gran despliegue de la ciencia y la tecnología aumentó la complejidad de la sociedad capitalista, modificando las relaciones sociales, las prácticas y los valores sobre las cuales se establece la vida diaria, en consecuencia se han perdido los referentes haciendo casi imposible inferir de estas relaciones sociales una ley causal o lineal, ya que la incertidumbre estará por encima del reduccionismo, el determinismo y la imagen de progreso (19, 33).

Las contribuciones de cada una de las corrientes de pensamiento del siglo XX que cuestionaron el orden (ver el universo como una máquina), la fragmentación (descomponer el todo y estudiarlo por separado), la reducción (medir y formalizar) y la lógica inductiva como respuesta a los cambios que ha tenido la humanidad y que demandan diferentes formas de interpretación a la existente, fueron forjando un nuevo modelo de pensamiento llamado la complejidad, de los cuales, sus principales representantes son: Bateson, Prigogine, Maturana, Kausman y Edgar Morin (19).

### **1.1.3 El pensamiento complejo**

La complejidad no se encuentra en los laboratorios de investigación sino en la vida diaria. El pensamiento simplificador puede concebir lo uno (reduccionismo) o lo múltiple (holismo), pero no puede mirar lo que pueden ser las dos cosas al mismo tiempo. El

pensamiento complejo plantea acabar con esta dicotomía excluyente, invitando y obligando a razonar con emoción. Este nuevo paradigma tiene como base lo transdisciplinario, cuya finalidad es superar la fragmentación del conocimiento más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplina). Lo que caracteriza a la transdisciplinariedad no es sólo la realidad interactuante, sino totalizadora que responde a un hecho esencial y es que la interdisciplinariedad no logra responder a la realidad integradora que sólo puede observarse y descubrirse bajo nuevas formas de percepciones y valoraciones. En la complejidad, la ciencia debe adquirir una comprensión multidimensional de la realidad, sin querer obtener conclusiones definitivas, ya que se ha demostrado que la ciencia es un saber que no es estático y que se encuentra en constante adaptación (13, 35).

Esta nueva forma del pensamiento propone la necesidad de integrar o articular saberes dispersos como una nueva forma de entender e investigar la realidad sin quedarse sólo en el ámbito de las ciencias, pues reconoce sus restricciones para identificar las diferentes dimensiones del hombre, de la historia y de la sociedad en sus diferentes facetas (emocional, racional, psíquica, biológica, espiritual, económica, política, social, cultural, etc.). La complejidad llega para superar entre otros: la separación entre lo subjetivo y lo objetivo, la formulación de leyes generales, la causalidad lineal, que son los fundamentos del pensamiento científico actual al cual no desconoce, pero si aclara que éste no es la única forma de conocer el mundo y, por el contrario, postula que la realidad siempre será contradictoria y que existen múltiples relaciones entre su diferentes niveles. Por estas razones, para la complejidad en el universo aplican además el desorden y la casualidad, y en la sociedad se alternan la autonomía y el condicionamiento de múltiples factores, al contrario de las leyes inexorables de la historia que dejan poco margen de actuación al hombre (36-38).

Morin afirma que la racionalización intenta englobar la realidad en una visión coherente, negando todo lo que la contradice e ignorándolo por considerarlo irreal. Los positivistas desconocen todo lo que no puede ser interpretado desde la ciencia en términos de leyes y experimentación, desconocen los enunciados lingüísticos que no tengan su correlato empírico y que no puedan estar sujetos a verificación. El nuevo paradigma de la complejidad utiliza el diálogo entre las estructuras lógicas creadas por el hombre y el mundo real, admitiendo que hay múltiples instancias donde cada una de ellas es decisiva pero insuficiente, pues sobrelleva su principio de incertidumbre. También afirma que las ideologías, producto de una sociedad, están compuestas por ideas sin que por ello sean ciertas o falsas, pues aún en las condiciones más singulares, localizadas, particulares o las más históricas en las cuales se producen las ideas o teorías, habrá un principio de incertidumbre en el fondo de la verdad (13, 35, 38).

Se puede resumir el paradigma de la complejidad en tres principios básicos:

- 1 Principio dialógico: No existe como en la dialéctica la superación de contrarios, permitiendo que los dos términos coexistan sin dejar de ser antagónicos.

- 2 Principio de la recursividad: los productos y los efectos son a su vez causas y productores de los fenómenos que los generan, en oposición a la visión secuencial de causa y efecto.
- 3 Principio hologramático: propone que el todo está en la parte y la parte está en el todo. Va más allá de la visión fragmentaria, que solo percibe las partes, y de la visión holística, que solo ve el todo.

Estos tres principios requieren dos nuevos conceptos que le son transversales: paradigma y sujeto. El paradigma es una estructura mental y cultural inconsciente bajo el cual se mira la realidad (a diferencia de Kuhn quien afirma que es científico y, por lo tanto, consciente). El sujeto es toda realidad viviente que presenta tres características: autonomía, individualidad y capacidad para procesar información; por lo tanto, es necesario el pensamiento complejo, capaz de unir conceptos que se rechazan entre sí sin rechazar lo simple, más bien, verlo articulado con otros elementos. En conclusión, se requiere “comprender un pensamiento que separa y que reduce junto con un pensamiento que distingue y que enlaza” (13, 19, 21, 35-37).

Hasta aquí se han expuesto y discutido los distintos enfoques epistemológicos pos renacentistas bajo los cuales se han logrado gran cantidad de avances científicos y tecnológicos que han permitido alcanzar el desarrollo económico, político y social de la actualidad. En el campo de la salud, el paradigma positivista ha cimentado las bases para la epidemiología clásica que busca describir el panorama de la salud poblacional, pero como se ha planteado, un cambio de paradigma requerirá de la epidemiología social o la epidemiología crítica. Sin embargo por el alcance de esta tesis solo se planteará la primera de ellas a pesar que conserva las bases filosóficas del positivismo.

## **1.2 La epidemiología: herramienta diagnóstica de la salud colectiva**

En términos generales, la epidemiología provee una imagen de la salud de una sociedad, la que a su vez es el resultado de procesos económicos, políticos, sociales y de estructuras de diversa índole que determinan la distribución diferente y desigual de los recursos y servicios que promueven la salud (39, 40). Esta situación es reconocida por Breilh quien afirma que la epidemiología es una manifestación bastante transformada de las relaciones de poder de quienes gobiernan esas sociedades. Por tal razón, los paradigmas y sus modelos de investigación han sido el producto de la interrelación entre las ideas y operaciones de los expertos con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos sociales de un contexto histórico específico (39).

Almeida propone que la Epidemiología se puede estructurar en tres ejes fundamentales, los cuales servirán de base para entender el cambio de la epidemiología clásica a la epidemiología social. Estos ejes son: la clínica, la estadística y la medicina social (25).

Los dos primeros ejes serán descritos a continuación y el último se describirá completamente en otro capítulo del presente trabajo (Marco Conceptual).

### 1.2.1 La epidemiología clásica

Aportes de la clínica: La práctica clínica provee los datos individuales que al ser colectados y resumidos adecuadamente proveen la información colectiva tan necesaria para el desarrollo y constitución de la epidemiología. Algunos hechos históricos permiten mostrar estos aportes de la clínica: la medicina hipocrática delineó el pensamiento epidemiológico al analizar la distribución de las enfermedades en los ambientes; más tarde, en la era romana se realizaron censos periódicos y un registro obligatorio de nacimientos y defunciones (lo que hoy llamaríamos estadísticas vitales); luego en el siglo X, los árabes acogieron estos principios dando origen a una práctica de salud pública en la cual se establecen registros con información demográfica y sanitaria, sistemas de vigilancia epidemiológica y rituales de higiene individual en la cultura islámica. Ya en el siglo XVII en Inglaterra, Thomas Sydenham, fundador de la clínica moderna y precursor de la ciencia epidemiológica elabora el concepto de 'historia natural de las enfermedades'. En Francia, los inicios de una medicina moderna resultaron del estudio por parte de los médicos de una enfermedad que afectaba episódicamente los rebaños ovinos lo cual traía pérdidas importantes para la industria textil francesa. El hecho que los médicos llegaran a los hospitales (que antes eran considerados como hoteles, hostales, albergues) fue decisiva para el progreso de la clínica moderna, ya que por primera vez examinaban muchos pacientes con enfermedades similares (25).

Aportes de la estadística: Estadística, en su origen, significa la medida del Estado, un neologismo, creado para referirse al conjunto de atributos de una nación. La aparición del Estado moderno (gobierno, nación y pueblo) y la creencia de que el pueblo es su principal riqueza -entre otras cosas, porque el poder político era el poder de los ejércitos- hizo necesario contar al pueblo y al ejército además de mantenerlos sanos. Se puede decir que el contar las enfermedades encarnaría el elemento metodológico de la estadística con lo cual también se lograría garantizar su neutralidad epistemológica (25). Algunos aportes a la estadística se pueden encontrar en Sir Edmund Halley, quien desarrolló técnicas de análisis de datos que resultaron en las famosas tablas de vida. Daniel Bernouilli, uno de los creadores de la teoría de las probabilidades, desarrolló fórmulas para estimar años de vida ganados por la vacunación contra viruela y para realizar análisis de costo-beneficio de intervenciones clínicas. Pierre-Simon Laplace, además de consolidar la teoría de las probabilidades, perfeccionó métodos de análisis de grandes bases numéricas aplicándolos a cuestiones de mortalidad y otros fenómenos en salud, anticipó los conceptos de eficacia, aleatorización y el diseño y análisis de los estudios de caso-control (25).

La fusión entre la estadística y la clínica: comienza con las propuestas de Sydenham que fueron robustecidas con los análisis de John Graunt que identificaron un patrón en las

causas de muerte y diferencias entre las zonas rurales y urbanas. Por esos mismos años William Petty llamó 'aritmética política' a la construcción de tablas de mortalidad por edad de ocurrencia, idea que propició la elaboración de gran cantidad de 'leyes de la enfermedad' que describían la probabilidad de enfermar a determinada edad, permanecer enfermo durante un número específico de días y, a morir por determinadas causas de enfermedad. Con los trabajos de Pierre-Charles Alexander Louis se puede decir que se consolidó la estadística en la epidemiología, lo cual queda demostrado en la primera declaración de la Sociedad Epidemiológica de Londres: "la estadística también nos ha proporcionado un medio nuevo y poderoso para poner a prueba las verdades médicas, y mediante los trabajos del preciso Louis hemos aprendido cómo puede ser utilizada apropiadamente para entender lo relativo a las enfermedades epidémicas". Trabajos posteriores como los de Lambert Adolph Quetelet, creador del popular índice de masa corporal y defensor del carácter aplicado de la estadística y de William Farr quien creó un registro anual de mortalidad y morbilidad para Inglaterra y el País de Gales, consolidaron la estadística como herramienta fundamental de la epidemiología (25, 41).

La actual epidemiología: La teoría microbiana allanó el camino para que la epidemiología adoptara un modelo de causalidad que reproducía el de la física, y en el que un solo efecto es resultado de una sola causa, siguiendo conexiones lineales. Ya como una disciplina, la epidemiología afirma que la enfermedad no sucede ni se distribuye aleatoriamente, por lo que la investigación pretende identificar las 'causas' de las enfermedades, diferenciándolas de las que se asocian a ellas únicamente por azar. Estas investigaciones han caracterizado una enmarañada red de 'causas' para cada enfermedad, y desde los años 1970 se postula que el peso de cada factor presuntamente causal depende de la cercanía con su efecto aparente ('red de causalidad') (41). Por lo tanto, la actual epidemiología resulta de la unión de aspectos biológicos con una teoría de la enfermedad en la que se proponen modelos matemáticos de muchas enfermedades, versión que se identificó por la consolidación de las bases matemáticas y la propuesta de una epidemiología clínica que desembocó en la "Medicina Basada en Evidencia". El rechazo a este modelo biomédico, facilitó el surgimiento del concepto de medicina social (tema descrito más adelante), el cual entiende la salud como una cuestión social y política, asociado a una preocupación sociológica y a la vez, un compromiso con los procesos de transformación de la situación de salud (25).

El concepto de 'contagio' que respaldaba la relación entre el ámbito económico y social en el siglo XIX, y el concepto de 'transmisión' que afirmaba su relación entre el medio interno con el externo en el siglo XX, no fueron suficientes para la construcción de un enfoque supuestamente integral (estaba orientado a fragmentos de la realidad llamados 'variables'). Para legitimar el discurso de la gerencia y el eficientismo que propone el modelo neoliberal (convierte los derechos adquiridos en bienes de consumo o mercancía, monopoliza, privatiza y comercializa la oferta de bienes y servicios de los que depende la salud) fue necesario la interpretación del 'contagio / transmisión' desde el campo de las probabilidades, dando lugar a los factores de riesgo que dejan por fuera el ámbito social (39).

La definición propuesta actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup>, se caracteriza por el predominio del paradigma positivista lo cual la hace muy dependiente de la estadística y centrada en lo biológico con el fin de “controlar una enfermedad” (42).

### 1.2.3 La epidemiología social

La epidemiología social<sup>5</sup> se instaura como resultado del aumento en el ritmo de reproducción del capital en la economía mundial desde mediados de los ochenta y que se manifiesta con cambios drásticos en el clima del planeta, la extinción de ecosistemas y deterioro de las condiciones necesarias para el mantenimiento de la vida y la salud, con lo cual se cuestiona el modelo reduccionista y lineal de la epidemiología clásica. En el contexto de la epidemiología social anglosajona y con el respaldo de la OMS, surge el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DtSS) que admiten labores redistributivas (como sinónimo de equidad) de la cooperación internacional y de la gestión pública con el fin de controlar la crisis de la salud resultado de la aceleración (22, 39, 42, 43).

Brehil cuestiona la concepción y difusión de este modelo en el 2005 pues según el:

... ignoró la producción en este tema publicada en América Latina desde 1970 por científicos del pensamiento crítico latinoamericano, tal vez por un sesgo en la evaluación académica o más bien un intento de desconocer un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase-etnia y género y de sus perfiles de salud con la estructura de propiedad y de acumulación, sus políticas de Estado y sus relaciones culturales (39).

Para comprender las teorías, conceptos y métodos que van a permitir aclarar las relaciones existentes entre el cuerpo biológico y el cuerpo político<sup>6</sup> y sus consecuencias en los perfiles epidemiológicos se debe tener en cuenta cómo se incorpora (*embodiment*<sup>7</sup>,

---

<sup>4</sup> “la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

<sup>5</sup> El término epidemiología social aparece por primera vez en el título de un artículo sobre la relación entre la mortalidad infantil y la segregación residencial publicado por Alfred Yankauer en *American Sociological Review* en 1950. Nancy Krieger. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*

<sup>6</sup> *Conjunto de los elementos materiales y de las técnicas que sirven de armas, de relevos, de vías de comunicación y de puntos de apoyo a las relaciones de poder y de saber que cercan los cuerpos humanos y los dominan haciendo de ellos unos objetos de saber.* Michel Foucault. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión.* 1a, ed.-Buenos Aires : Siglo XXI; Editores Argentina, 2002. 314 p

<sup>7</sup> *Concepto que se refiere a cómo incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos, desde la vida intrauterina hasta la muerte; el corolario es que no hay aspecto de nuestra biología que se pueda comprender sin conocer la historia y las formas de vida individuales y sociales.* Nancy Krieger. *Glosario de epidemiología social.* *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002

termino original) biológicamente el mundo que nos rodea, en el que simultáneamente somos una especie biológica (entre muchas) y un ser humano, cuyo trabajo e ideas nos han transformado a nosotros mismos y al planeta que habitamos. En el caso de la epidemiología social, afrontar las nociones de causalidad requiere resolver quién es el responsable de los patrones poblacionales de la salud, la enfermedad y el bienestar además de entender cómo se manifiestan en el presente y el pasado las desigualdades sociales en la salud<sup>8</sup> (43, 44).

Las tres tendencias teóricas actuales en la epidemiología social buscan dilucidar principios capaces de explicar las desigualdades sociales en salud y todas representan la teoría de la distribución de la enfermedad que no se reduce a las teorías orientadas al mecanismo de causalidad de la enfermedad. La diferencia entre estas tres teorías está en el énfasis en los aspectos de las condiciones sociales y biológicas en la conformación de salud de la población, cómo se integran las explicaciones sociales y biológicas, y, por lo tanto, sus recomendaciones para la acción (43).

### *Teoría Psicosocial*

Propone que el entorno social generado por la interacción humana, no solo altera la susceptibilidad individual al afectar las funciones orgánicas, sino que además pueden ser directamente patógeno, debido a que el estado de salud a cualquier edad es reflejo tanto de las condiciones actuales como de las acumuladas durante toda la vida, incluyendo las experimentadas en la gestación. Dentro de los factores psicosociales relevantes están: las relaciones de poder, las formas de organización social y, los rápidos cambios sociales que llevan a la exclusión social y el duelo, en el cual el soporte social (activo psicosocial) actúa como un amortiguador. Estos factores explican por qué determinados grupos sociales están desproporcionadamente aquejados por enfermedades como la tuberculosis, la esquizofrenia y el suicidio. Otros términos han sido incluidos dentro de esta teoría, uno de ellos es la "alostasis" la cual se presenta como una alternativa a la "homeostasis" para describir sistemas (biológicos) que pueden alcanzar el equilibrio a través del cambio. El término "carga alostática" introducido posteriormente describe el desgaste de los sistemas que protegen el cuerpo<sup>9</sup> ocasionado por la hiperactividad o hipoactividad crónica en respuesta a la tensión interna y externa. Los términos "capital social" y "cohesión social", son definidos como activos psicosociales poblacionales, los cuales perfilan la salud de la población a través de las normas y el fortalecimiento de los lazos sociales (43).

### *Producción social de la enfermedad/economía política de la salud*

---

<sup>8</sup> Se refiere a las disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002

<sup>9</sup> sistema nervioso autónomo, eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y sus consecuencias cardiovasculares, metabólicas e inmunológicas

Esta teoría engloba los factores económicos y políticos que contribuyen a la enfermedad y direccionan los sistemas de salud. Describe sistemas teóricos, muy parecidos a los descritos en la teoría psicosocial, que tratan explícitamente los determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de la enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades, así como las barreras estructurales que impiden que las personas vivan de forma sana. Los problemas son las prioridades de la acumulación de capital y su medio de aplicación por el Estado, por lo que unos pocos pueden seguir acumulando riqueza (o volverse más “ricos”), mientras que una mayoría considerable continua viviendo en la pobreza. Otros análisis abordan las desigualdades sociales relacionadas con la etnia y el género, explorando las consecuencias para la salud de experimentar formas económicas sociales y simbólicas de la discriminación racial, sexual, de género, entre otras. Recientemente también se han incorporado a este análisis las decisiones corporativas y la complicidad del gobierno en la transferencia de residuos tóxicos desde los países desarrollados hacia los países subdesarrollados. En esta escuela de pensamiento, los determinantes de la salud se analizan en relación con quién se beneficia de las políticas y prácticas específicas. Trata temas en los cuales se evalúa cómo la acumulación de capital afecta la salud y cómo se evidencia a través de la organización del trabajo un puesto perjudicial con exposición a riesgos laborales, escalas salariales inadecuadas, contaminación y mercantilización desenfrenada de la actividad, la necesidad y el deseo de prácticamente todos los seres humanos(43, 44).

### *Teoría Ecosocial*

Esta teoría parte del supuesto de que el ser humano es una especie que cohabita y altera su entorno (natural), agrupa los patrones poblacionales así como los niveles de organización social como factores que favorecen la aparición de enfermedades. Demuestra la intensa actividad en el pensamiento epidemiológico social contemporáneo, pues las representaciones pictóricas de los nuevos marcos para explicar los patrones actuales y cambiantes de la distribución de la enfermedad se niegan a permanecer en un solo plano<sup>10</sup>. La terminología también se cambia, ya que invoca no solo nociones metafóricas sino literales de la ecología<sup>11</sup>, situando a los humanos como una especie notable entre muchas cohabitando, evolucionando y alterando nuestro planeta dinámico. El objetivo no es ser una teoría que pretenda explicar todo (y por lo tanto nada), sino más bien generar un conjunto de principios integrales y comprobables que sirvan para orientar la investigación y la acción específica. En el caso particular de la teoría ecosocial, su imagen fractal fomenta deliberadamente el análisis de los patrones de población actuales

---

<sup>10</sup> La triada ecológica (hospedero, huésped, medio ambiente), la cadena causal dispuesta a lo largo de una escala de organización biológica (desde la sociedad hasta las moléculas), la red bidimensional de causas y la torta causal. Esta es la base de la epidemiología clásica

<sup>11</sup>La “teoría ecosocial”, representada por un arbusto fractal evolutivo de la vida entrelazada a todas las escalas: lo micro a lo macro. La “ecoepidemiología” hace referencia a sistemas interactivos anidados, cada uno con sus estructuras y relaciones localizadas y finalmente la “perspectiva de los sistemas socio-ecológicos”, dibujado como un cubo que representa el pasado y el presente cuyos tres ejes se extienden desde el individuo a la población, próxima-a-distal, estático / modular del ciclo de vida y que se proyecta hacia delante, al futuro.

y cambiantes de la salud, la enfermedad y el bienestar en relación con cada uno de los niveles de organización biológica, social y ecológica<sup>12</sup> y que se manifiesta en todas y cada una de las escalas, ya sea relativamente pequeña y rápida (por ejemplo, la catálisis enzimática), o relativamente grande y lenta (por ejemplo, la infección y la renovación del conjunto de personas susceptibles a una enfermedad infecciosa) (43, 44).

### **Colofón**

El positivismo ha contribuido y seguirá aportando al desarrollo de las ciencias farmacéuticas relacionadas con el medicamento como tecnología y como mercancía, sin embargo, se ha convertido en un obstáculo epistemológico cuando el farmacéutico entra a formar parte de la atención en salud, pues no es adecuado para entender a las personas que consumen medicamentos que como seres sociales presentan temores, expectativas, ansiedades, alegrías, etc., hechos que seguramente modificarán la eficacia o seguridad de los fármacos. Se requiere un cambio en el paradigma que permita prestar atención a la descripción de lo individual, lo específico, la existencia de múltiples realidades, lo particular del hecho que se estudia, sin pretender establecer generalizaciones o leyes universales a partir de datos estadísticos, sino más bien considerar que los fundamentos de una teoría son válidos solo en un espacio y tiempo determinados (14).

Aunque la epidemiología social es una disciplina relativamente joven, se convierte en una herramienta novedosa para la realización de las AAF ya que alienta a pensar crítica y sistemáticamente sobre la conexión íntima e integral entre la existencia social y biológica y quien es el responsable de las desigualdades en salud. Ya que actualmente a los medicamentos se les atribuye un exagerado papel en la salud de la población, el farmacéutico asistencial deberá estudiar en detalle los determinantes sociales de su consumo y utilización pues es bien conocido su modesto papel en la salud pública y más bien son fuente de iatrogenia (43-45).

---

<sup>12</sup> célula, órgano, organismo/individuo, la familia, la comunidad, la población, la sociedad, el ecosistema

## 2. MARCO CONCEPTUAL: El farmacéutico en el proceso salud – enfermedad - atención

“...creer que los medicamentos son el principal recurso para la salud...es como confundir lapiceras con sabiduría, revólveres con seguridad o tenedores con alimentación...”  
Ginés González García Ex-ministra de Salud Argentina

Dado que el profesional farmacéutico involucrado en actividades asistenciales es considerado un profesional de la salud, es necesario establecer cómo se encuentra articulado a las prácticas de la salud. Para tal fin, se trae a colación a Juan Samaja en su libro *Introducción a la epistemología de la salud*, donde define las ‘prácticas de salud’ como: “...aquellas prácticas destinadas a la preservación de la salud de los seres sanos y la curación y recuperación de los seres enfermos.” Lo cual se complementa en el mismo libro con la definición de Pedro Lain Entralgo como: “El conjunto de los sistemas de saberes teóricos y prácticos que han ido siendo adoptados en la historia para la curación de los seres enfermos o para preservar la salud de los sanos.” (46).

Sin embargo, definir que es salud o enfermedad representa todo un desafío. Lo que las personas consideran una enfermedad (padecimiento o daño a la salud) son situaciones muy frecuentes que afectan la cotidianidad de los grupos sociales, haciendo parte de un proceso en el que se construye conjuntamente la subjetividad. La respuesta social a la enfermedad es también un hecho usual y frecuente que contribuye a la formación de una estructura indispensable para la producción y reproducción de una sociedad. Por lo tanto, la enfermedad y la respuesta que esta origina son procesos estructurales en todos los sistemas y conjuntos sociales que producen representaciones y prácticas, además de constituir un saber que les permitirá comprender, enfrentar, resolver y, en algunas ocasiones pretender, eliminar las enfermedades. Por esta razón, no se puede elaborar un concepto de salud separado de la enfermedad y de la atención que se requiere para enfrentarla. Es necesario, entonces, establecer el proceso salud enfermedad atención (PSEA) como una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento y determina el tipo de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetivo, y solo puede comprenderse contextualizado en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida (47-49).

Para efectos de este capítulo, se describirá primero lo relacionado con el proceso salud-enfermedad y posteriormente la atención en salud, en donde están involucrados no solo los sistemas de salud y la demanda de sus servicios, con énfasis en los profesionales farmacéuticos y el medicamento. Con el fin de demostrar que estos conceptos (salud, enfermedad, atención) se han interpretado de manera diferente según el paradigma

vigente de la época, cada uno de ellos será presentado y desarrollado de acuerdo con éste: el teológico (explicación de los fenómenos naturales por la voluntad de dioses o demonios), el metafísico (explicación por fuerzas o entidades abstractas), el científico (basado en el positivismo) y el social (basado en las relaciones de individuos). Debido a que el tema de la AF es el centro de esta tesis será presentado como un tema aparte en el capítulo siguiente. Un resumen de esta información se puede encontrar en el Anexo A.

## **2.1 El proceso salud-enfermedad-atención**

Como se mencionó en el párrafo anterior, las palabras salud y enfermedad están cargadas de significados culturalmente compartidos (creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos) y constantemente interactúan con el concepto hegemónico vigente, dando como resultado las particularidades de los servicios de atención en salud. Cuando una persona percibe algo como síntoma de un padecimiento (malestar), esto es la consecuencia de una desviación a lo que se asume como normal dentro de un estándar cultural e histórico. Si esa persona cree estar enferma y supone que requiere ayuda profesional, seguramente será aceptada y apoyada en su entorno cultural, siempre y cuando esos síntomas hayan sido interpretados y considerados como un mal por la sociedad en la cual habita (49).

El concepto de salud-enfermedad ha tenido diferentes versiones en la historia de la humanidad. En un documento elaborado por Armando Arredondo, se logra identificar por lo menos 10 modelos del proceso salud-enfermedad, aclarando que es imposible separar la salud y la enfermedad y, por lo tanto, su relación, por cierto muy compleja, puede describirse más como un continuo con diferentes niveles de equilibrio dinámico que como una separación de ambos conceptos (50).

### **2.1.1 La salud-enfermedad**

#### ***2.1.1.1 Paradigma teológico***

Con la invención del lenguaje y la agricultura, se da inicio a la edad antigua, durante la cual la enfermedad fue considerada como producto del castigo de los dioses o la posesión del cuerpo por espíritus malignos. En la mayoría de las civilizaciones de la antigüedad existieron problemas de salud por causas externas (fracturas, quemaduras, traumatismos, heridas o, en el caso de los egipcios, los ‘vientos portadores del mal’), para las cuales no había necesidad de buscar explicaciones diferentes a lo que era evidente. Sin embargo, los pueblos buscaron la explicación de las enfermedades en la voluntad de los dioses, ya sea por intervención directa (castigo) o indirecta (venganza a través de espíritus), como sucedió en las civilizaciones politeístas de Mesopotamia y Egipto y monoteístas como Irán

antiguo e Israel. En la India, además de la idea mítico-religiosa, se contemplaba una explicación más 'racional' atribuida al desequilibrio de cinco elementos básicos (viento, fuego, agua, tierra y éter o vacío) que componen los fundamentos de la medicina ayurveda. En el caso de China, las enfermedades ocurren por un desequilibrio en el flujo del yin (debilidad, frío, humedad, oscuridad, tierra y lo negativo) y el yang (fuerza, calor, sequedad, luz, cielo y lo positivo) a través de los canales por los que se distribuye en el cuerpo humano. Estas alteraciones pueden tener un origen exógeno (el clima, los astros y las sustancias tóxicas o contaminantes) o endógeno (los desequilibrios internos en los cinco elementos primordiales del cuerpo humano: tierra, agua, fuego, madera y metal). En la América precolombina, a pesar de su diversidad cultural, también se consideró la posibilidad de que esta fuera originada por la acción de fuerzas superiores o la pérdida del alma. La asociación entre religión y enfermedad queda evidenciada en el hecho de que aquellas civilizaciones que contaron con escritura consignaron las prácticas médicas y terapéuticas en sus libros sagrados: el Código de Hammurabi (Mesopotamia), los papiros de Ebers, el papiro de Londres y el papiro de Carlsberg (Egipto), el Avesta (Irán antiguo), la Biblia y el Talmud (Israel), los Veda y *cuerpos médicos* (India), y el Daodejing en China (51).

#### **2.1.1.2 Paradigma metafísico**

En el siglo VI antes de Cristo, los griegos presocráticos ponen en entredicho la explicación mítico-religiosa de la enfermedad y proponen una teoría naturalista del cuerpo humano y de la enfermedad con lo que nace la medicina técnica. Se considera a Hipócrates como el primer médico que rechazó las creencias populares que señalaban a las fuerzas sobrenaturales como causas de las enfermedades; separó la medicina de la religión argumentando la relación entre el macrocosmos (tierra, agua, aire y fuego) con el microcosmos (sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra) y que la enfermedad era consecuencia de los factores ambientales, la dieta y los hábitos de vida. Consideró que el ser humano se encontraba sano cuando los cuatro humores se encontraban en equilibrio y que la enfermedad se originaba cuando existía desequilibrio (por exceso o defecto) de los humores como consecuencia de la acción conjunta entre el macrocosmos y el microcosmos, ya sea por causas externas (alimentación, acción del medio, clima, temperatura, estaciones, venenos y miasmas) o internas (condición típica e individual del paciente). A partir de este momento se comenzaron a utilizar productos de la naturaleza con el fin de restablecer el equilibrio, y este ejercicio fue practicado por los primeros médicos de la historia humana (23, 50).

La influencia del paradigma de los humores planteado por Hipócrates se expandió primero al Imperio romano con el establecimiento de Asclepiades en Roma. Posteriormente, enciclopedistas como Aurelio Cornelio Celso (contemporáneo de cristo) y Plinio el viejo realizan una recopilación de la medicina grecorromana que servirá de base para que más tarde los médicos Dioscórides y Galeno compilen gran parte de la materia médica de la época, obras que tendrán una gran influencia durante todo el periodo medieval en las grandes culturas del mundo oriental y occidental (bizantina, islámica y cristiana occidental), permaneciendo hasta los albores del renacimiento. Durante el medioevo se describe la naturaleza de la enfermedad y su esencia como un desequilibrio, como una

alteración que aparta al organismo individual de la ordenación regular de su propia naturaleza que podrá ser conocida por medio de la especulación racional a partir de los datos de la observación. La expansión y consolidación del cristianismo en gran parte de Europa, ocasionó un retroceso hacia el paradigma teológico del origen de las enfermedades (el pecado, la tentación y la pasión), (51, 52). Podría afirmarse que el fin del paradigma medieval se produce como consecuencia del fracaso de la medicina galénica ante las epidemias de las grandes pestes europeas, del surgimiento de la sociedad y la ideología burguesa en el renacimiento, entre otros acontecimientos (23).

### **2.1.1.3 Paradigma científico**

Como los campesinos medievales eran explotados y las ciudades ofrecían mejores oportunidades, estos migraron hacia ellas, ocasionando hacinamiento y malas condiciones higiénico-sanitarias que trajeron como consecuencia enfermedades como el Mal de San Vito, el fuego de San Antonio y, finalmente, la peste negra o peste bubónica, que ocasionaron la muerte a la mitad de la población europea (53). Estos acontecimientos ponen en crisis el paradigma vigente fomentando el surgimiento de diferentes corrientes de pensamiento<sup>13</sup> que intentan, sin éxito, cambiar la concepción de enfermedad (23).

La aparición del empirismo clínico<sup>14</sup> (reduce todas las enfermedades a ciertas y determinadas especies, describe su historia sin incluir hipótesis y registra los fenómenos claros y naturales), y un nuevo concepto de higiene resultado de una clasificación de las enfermedades<sup>15</sup> (que renovarían el papel del ambiente y el comportamiento del individuo), darán origen más tarde a la práctica de la higiene pública encargada del control del ambiente, y a la higiene privada preocupada por el control del comportamiento individual (23). Tres componentes del concepto de enfermedad fueron importantes en la construcción del paradigma moderno del proceso salud-enfermedad (versión epidemiológica), estos son:

Componente anatomoclínico: Al iniciarse el siglo XIX, se integran la anatomía y la orientación clínica, se revisan críticamente los conocimientos existentes hasta ese momento acerca de las lesiones anatómicas y su relación con la sintomatología clínica, con lo cual se crea una nueva plataforma al saber patológico. Como consecuencia, se desarrollará una semiología física (palpación, auscultación y percusión) que por medio de

---

<sup>13</sup> los seguidores de Paracelso (el cuerpo humano está integrado por cantidades variables de *mercurius*, *sulphur* y sal), la iatrofísica (buscaba la aplicación de la física para dar respuesta a los interrogantes de la fisiología y patología humana), la iatroquímica (buscaba encontrar explicaciones químicas a los procesos patológicos y fisiológicos del cuerpo humano, y proporcionar tratamientos con sustancias químicas) y el vitalismo (existe un principio de vida que no se puede explicar solamente como resultado de fuerzas físicas o químicas).

<sup>14</sup> El empirismo clínico se apoya en la observación clínica y prescinde de la esencia de la enfermedad teniendo en cuenta 1) una descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible, 2) una práctica o método curativo estable y acabado y 3) una descripción de cada enfermedad separando los fenómenos particulares, constantes y accidentales

<sup>15</sup> Las enfermedades agudas, producidas por "una alteración secreta e inexplicable de la atmósfera que inficiona el cuerpo humano" (epidémicas) y por otra parte, las enfermedades crónicas, que dependen en gran medida del régimen de vida que el enfermo quiso adoptar.

los signos físicos intentarán descubrir las lesiones de los órganos sin tener que esperar a la autopsia post mortem (23).

Componente fisiopatológico: En la visión newtoniana del mundo físico, surgen dos elementos básicos para que la fisiología se consolide como ciencia moderna: en primer lugar, la elaboración desde la física y la química del concepto de función y, en segundo lugar, la utilización del método experimental para desarrollar el estudio. Estos principios llevarán a concebir al organismo animal como una máquina en la que la fisiología es la anatomía en movimiento y cada órgano tienen una función que se puede deducir de su estructura. La aplicación de los nuevos principios de la fisiología al análisis de la enfermedad dará como resultado el nacimiento de la mentalidad fisiopatológica que elaborará la concepción de la enfermedad como un proceso íntimamente relacionado con el naciente positivismo. Aunque esta idea está presente desde la antigüedad, hay tres aspectos que son novedosos: 1. el proceso ahora afecta a la realidad energético-material que los físicos y los químicos han enseñado a conocer, y se muestra en medidas de tipo experimental; 2. el clínico sabe que las irregularidades por él descubiertas en la enfermedad cumplen las leyes físicas y los mecanismos de acción de la naturaleza e intentan descubrir la estructura de tal realización; y 3. el curso de la enfermedad es tácito o expresamente referido al proceso energético-material general del cosmos, concebido éste también como proceso (23).

Componente etiopatológico: Los trabajos de Koch, Pasteur y otros sobre la teoría microbiana del origen de las enfermedades despejan un nuevo camino en la conceptualización de la enfermedad. Se recupera la vieja discusión hipocrático-galénica sobre las causas, que había sido abandonada por el influjo del empirismo y del positivismo en la patología, e impulsa la investigación en este sentido. También colabora a este proceso el desarrollo de la toxicología, la cual muestra que las causas externas de las enfermedades no sólo pueden ser microbiológicas sino también químicas y físicas (23).

A pesar de los avances en la biología, la fisiología y la tecnología para el diagnóstico y la terapéutica, el concepto del proceso salud-enfermedad actualmente se encuentra estancando en las versiones propuestas en párrafos anteriores. Con relación a la versión anatomopatológica, la búsqueda de lesiones anatómicas que antes se realizaba mediante la palpación, la percusión y la auscultación ahora se realiza por medio de la tomografía axial computarizada, la laparotomía exploratoria, las biopsias, los isótopos radiactivos, entre otros. Con relación a la versión fisiopatológica, la búsqueda de alteraciones funcionales ahora se realiza mediante análisis bioquímicos y registros gráficos cada vez más sofisticados, con el agravante de que los límites entre lo normal y lo patológico pueden ser ajustados acorde a intereses particulares. En la versión etiopatológica, para la identificación de microorganismo se utilizan tinciones de Gram, cultivos de microorganismos, pruebas inmunológicas, etc. Entonces, la biología molecular y la genética son las 'nuevas' causas de la enfermedad que poco o nada diferencian o modifican esta versión (23)

Con estos elementos se ha llegado a la versión epidemiológica en la cual la enfermedad es una realidad que se inicia incluso cuando aún no hay signos o síntomas ocasionados por una modificación estructural o funcional de los órganos, causada por agentes externos o internos que ahora se intentan controlar y donde las condiciones ambientales son elementos predisponentes para que el agente entre en contacto o se manifieste en el futuro enfermo. Estos acontecimientos pueden ser observados y medidos si las técnicas son las adecuadas; sus comportamientos pueden ser interpretados en análisis estadísticos y cuantitativos y expresados finalmente en leyes universales. Todo lo anterior siempre encaminado a identificar y solucionar los problemas que afectan al hombre como máquina biológica, sin tener en cuenta al ser humano que siente y piensa, inmerso en una cultura y en una sociedad (23).

En conclusión, lo que hoy se considera como biomedicina, se inició a fines del siglo XVIII en algunos países europeos y unos años más tarde se extendió a los países americanos. A partir de ahora, en este documento denominaremos a este enfoque, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) cuya característica central es el biologismo, que entiende la salud y la enfermedad como problemas individuales (no colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista) que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria (reduccionista), que supedita la prevención, la promoción de la salud y la salud pública a estos elementos (individuales, biológicos, fragmentados y curativos), que piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que las causas, en las razones individuales antes que las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. Además de lo anterior, enajena a la persona quien pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las elites profesionales y a la alta tecnología. Se dice que es hegemónico porque se considera como la única y verdadera forma de atender la enfermedad que es legitimada por criterios científicos y por el Estado. Se reconoce que este modelo es útil en muchos problemas de salud, pero su posición dominante descarta continuamente otras formas de entender las enfermedades que pueden ser más útiles que las oficiales (26, 54, 55). Este modelo se consolidó y extendió en los albores del siglo XX desde Estados Unidos con el apoyo de Rockefeller y Carnegie a través de sus fundaciones, quienes vieron la oportunidad de difundir el pensamiento capitalista desde estas escuelas (56).

#### **2.1.1.4 Paradigma social**

La burguesía consolidó su poder político en Inglaterra, Francia y en los Estados Unidos a fines del siglo XVIII. A raíz de esto se manifestaron diferentes formas de intervención del Estado sobre el asunto de la salud de las poblaciones: En Inglaterra, el movimiento hospitalario y el asistencialismo anteceden a una medicina de la fuerza de trabajo ya parcialmente sustentada por el Estado en áreas urbanas. En Francia, se estableció una Medicina Urbana, a fin de sanear los espacios de las ciudades, ventilando las calles y las construcciones públicas y aislando áreas miasmáticas y en Alemania, las propuestas de una Policía Médica basada en la obligatoriedad de las medidas de control y vigilancia de las enfermedades, bajo la responsabilidad del Estado, junto con la imposición de reglas de higiene individual para el pueblo (57).

La revolución industrial y su economía política ocasionan un quebranto de las condiciones de salud de la clase trabajadora y la formación de un proletariado urbano sometido a elevados niveles de explotación; también originan una lucha política que se expresa en diferentes socialismos, uno de los cuales pasó a interpretar la política como medicina de la sociedad y a la medicina como práctica política, iniciando un movimiento organizado hacia la politización de la medicina en Francia, el cual fue denominado por Guérin en 1838 como 'Medicina Social', para describir los modos de tomar colectivamente la salud. Tres personas contribuyeron a entender la importancia de los sistemas político-económicos como causa de las condiciones sociales generadoras de enfermedad: Friedrich Engels en Manchester (1844) sostenía que el capitalismo británico obligaba a la clase obrera a vivir y trabajar en condiciones que causaban enfermedades; Rudolf Virchow en Alemania (1850) identifica que las causas de una epidemia de tifus eran esencialmente políticas y sociales lo que lo llevó a liderar el movimiento médico-social, y en la década del 60 del siglo XX en Latinoamérica, Salvador Allende como Ministro de Salubridad del gobierno Chileno vinculó los ingresos salariales con la desnutrición y sus consecuencias (mortalidad infantil, deformidades esqueléticas, tuberculosis entre otras (25, 40, 58).

Como se describe en los dos párrafos anteriores, los orígenes de la medicina social se encuentran posiblemente en el siglo XVIII y a América Latina llega en el siglo XX de la mano de Salvador Allende. El desarrollo de un pensamiento crítico en diversas partes del mundo occidental que permitiera superar los obstáculos epistemológicos<sup>16</sup> del MMH es consecuencia de varios acontecimientos políticos, económicos (deuda externa y consumismo propiciado por el complejo médico-industrial) y de salud pública ante los pobres resultados en salud (las intervenciones utilizadas para recuperar la salud eran también responsable de riesgos y daños). Uno de las corrientes que han desarrollado este pensamiento crítico en Latinoamérica es el movimiento de la Medicina Social-Salud Colectiva (MS-SC) quienes entienden el proceso de salud-enfermedad de una colectividad como: "...el modo específico en que el proceso biológico de desgaste y reproducción en un grupo humano se manifiesta, ya sea en indicadores (expectativa de vida, condiciones nutricionales, etc.) y en las maneras específicas de enfermar y morir" (59).

Asa Cristina Laurell, del MS-SC complementa lo anterior afirmando que:

...el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción (7).

---

<sup>16</sup> Según Quevedo estos obstáculos son: 1) la confianza en la observación como fuente fundamental del conocimiento y en la razón como capacidad clasificatoria de los datos observados. 2) La anatomía como punto de referencia para reclasificar la enfermedad. 3) El papel del ambiente en la etiología de la enfermedad que impide la diferenciación entre lo ambiental y lo social y finalmente 4) El papel del comportamiento del individuo en la etiología de la enfermedad sin comprender las relaciones de éste con la cultura como receptáculo social general de dicho comportamiento.

La otra postura, en un sentido similar, la aporta la corriente Anglosajona que afirma que las enfermedades son causadas por una combinación de exposiciones biológicas, sociales y de comportamiento que conducen a la creación de patrones de riesgo diferenciales para distintas poblaciones. Esta postura tiene diferencias fundamentales con la MS-SC que serán nombradas más tarde como la determinación de la salud y los determinantes sociales del proceso salud enfermedad atención respectivamente (7, 40, 58-60).

En la actualidad, muchas personas, incluidos los profesionales de la salud, piensan que la enfermedad son los problemas que ocurren en una persona cuando tiene alguna molestia, un dolor o algún otro signo o síntoma que altera su 'actividad normal'. Las personas reaccionan ante este tipo de problemas y piensan que lo que debe conseguirse en el país para solucionarlos, es exclusivamente una atención individual, oportuna y de buena calidad en los consultorios, hospitales y otros servicios de salud. Este abordaje no reconoce que los problemas determinantes de las enfermedades no se originan en los organismos individuales ni están en el cuerpo, sino que los procesos se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y principalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos. La confusión y dicotomía entre los problemas de orden individual con los que corresponden a lo colectivo puede originar errores, ineficacia y desperdicio de recursos y esfuerzos en la investigación como en la acción respectiva. Sería absurdo, por ejemplo, ante una neumonía adquirida en comunidad realizar primero un estudio detallado de los aspectos sociales, puesto que lo que debe hacerse con urgencia es tratar con medidas individuales para salvar esa vida y recuperar esa salud individual; pero, por otro lado, sería también un error pretender solucionar el problema de malaria entregando medicamentos a la población (24, 59).

### La causalidad en la Medicina Social

Debido a las limitaciones de los modelos actuales de causalidad (mono y multicausal) relacionados con el modelo biomédico y con el fin de proporcionar una explicación a la enfermedad como proceso social, se ha visto la necesidad de encontrar un nuevo planteamiento del problema de la causalidad, para lo que la corriente de la MS-SC propone el concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad-atención (7).

Como se mencionó en el capítulo anterior, a partir de los años 1960, además de retomarse el concepto de medicina social, se establecieron las bases para pensar el asunto de la salud en las sociedades de una manera científicamente fundamentada, aclarando la importancia de la determinación social e histórica, con lo cual se originaron dos enfoques epidemiológicos que permiten comprender las bases sociales de la salud: el primero es la epidemiología social anglosajona representado por la comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS que tiene como base la epidemiología clásica y sienta las bases de los DtSS<sup>17</sup>, y el segundo es una propuesta alternativa cuyo

---

<sup>17</sup> Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del

resultado es la medicina social y salud colectiva latinoamericana <sup>18</sup> que proponen el concepto de determinación social en salud (DSS), la cual toma distancia del positivismo en salud, la causalidad y la teoría del riesgo (59, 61).

Estas diferencias no son solamente conceptuales, sino pragmáticas, pues el modelo OMS sigue atado a una causalidad donde los 'determinantes sociales' son asumidos como factores externamente conectados, y de esa manera se repite el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales, invisibilizando las relaciones de dominación subyacentes. La salud colectiva latinoamericana desde 1976 enlazó la construcción integral del objeto salud con una práctica integral de transformación social (no la transformación de 'riesgos' aislados o 'factores determinantes'), llegando al concepto de 'determinación' como un proceso por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades y que implican modos históricos estructurales (39).

La MS-SC latinoamericana cuestiona a la propuesta anglosajona la falta de análisis de la estructura social de acumulación y exclusión, el principio asociativo de conjunción y asociación causal como eje de los determinantes sociales, y una visión reduccionista del concepto de exposición y riesgo. La relación entre la exposición y el riesgo establece la necesidad de contextualizarlas con los modos de vida, para encontrarle sentido y brindar indicaciones más concretas, además de eliminar el concepto de significación estadística y representatividad de la muestra (39, 59).

Las diferencias entre los DtSS y la DSS no son solamente de concepto, sino ético-políticas. Algunas de estas características son:

- ✓ Los DtSS entienden la sociedad en su realidad poblacional (suma de individuos), mientras que la DSS muestra la sociedad como un todo irreductible a la dinámica individual.
- ✓ Los DtSS mantienen un punto de vista funcionalista de la sociedad (homeostasis vs. desviación de la normalidad), la DSS mantiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica-dialógica de lo biológico con lo social.
- ✓ Los DtSS ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene, mientras que la DSS identifica diferentes formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud-enfermedad para comprender la dialéctica de lo humano y el origen de las desigualdades e inequidades.

---

dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Disponible en [http://www.who.int/topics/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/topics/social_determinants/es/)

<sup>18</sup> La medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo; conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. Las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras. Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2), 2002

- ✓ Los DtSS explican los resultados en salud como una relación con el contexto social, donde la posición de la persona genera exposición y vulnerabilidad diferencial, ignorando las fuerzas y relaciones de poder de la sociedad. La DSS releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos de salud-enfermedad.
- ✓ Los DtSS intentan encontrar las causas de las enfermedades en la exposición a factores de riesgo que producen vulnerabilidad, formastiempos de exposición y respuestas diferenciales. La DSS reconoce la relación entre la ciencia y la política y propone la transformación social como propósito central de la investigación y de la acción (61).

En el enfoque de la DSS se entienden las causas de las enfermedades en el plano de lo colectivo y los procesos que operan como determinación de las mismas. Este modelo presenta como características principales: un planteamiento epidemiológico que revela el origen de la salud colectiva, una interpretación dinámica de las causas de enfermedad que no se pueden abstraer y que para transformarlas se requiere entender las leyes específicas de los procesos biológicos que están presentes en el interior de la vida social, un profundo vínculo entre lo social y lo biológico, una distribución y origen de condiciones epidemiológicas y de la enfermedad dentro de una red de procesos de determinación individuales y específicos, un movimiento de la vida social en un espacio histórico-natural concreto estudiado desde la reproducción social<sup>19</sup> la cual se puede abordar considerando un nivel general, uno particular y uno singular (39, 59).

## 2.1.2 El concepto de la OMS y sus críticos

La definición de la OMS de salud, según la cual "...es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"<sup>20</sup>, ha generado controversias pues aunque se resalta como positivo que tiene en cuenta otras dimensiones del ser humano (no solamente la biológica) y no hace mención a daños físicos, desviaciones de parámetros o alteraciones funcionales, ha contribuido en buena parte a la consolidación del MMH. Algunas críticas a esta definición son:

- ✓ La inclusión de la palabra 'estado', está en contraposición con la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida, confirmando la visión mecanicista y reduccionista propia de la concepción hegemónica biomédica (62).

---

<sup>19</sup> "Se refiere a la reproducción de la totalidad de la vida social, no solo de la vida material y del modo de producción sino también la reproducción espiritual de la sociedad y de las formas de conciencia social a través de las cuales el hombre se posiciona en la vida social. La reproducción social es la reproducción de lo cotidiano, de valores, de prácticas culturales y políticas y del modo como se producen las ideas en la sociedad. Ideas que se expresan en prácticas sociales, políticas, culturales, y en patrones de comportamiento que acaban por permear toda la trama de relaciones de la sociedad". Yazbeck, Carmelita. O serviço social como especialização do trabalho coletivo. En Capacitação em Serviço Social e Política Social, (1999): Mod. 2. CFESS – ABEPS – CEAD/NED UNB. Brasília

<sup>20</sup> Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Constitución de OMS 1946

- ✓ El carácter absoluto de la palabra ‘completo bienestar’, es impracticable al no ser ni operativo ni mensurable (62). Esta expresión contribuye a la medicalización de la sociedad de una manera involuntaria ya que las personas quieren mantener el ideal de “salud” por medio de la aceptación y adaptación del diagnóstico que se le ha brindado y para este fin utiliza los recursos que están a su disposición en el sistema de salud. Como resultado de esta interpretación, la sociedad actual dedica gran cantidad de recursos económicos para producir y distribuir asistencia sanitaria, lo que ha promovido el surgimiento de poderosos grupos económicos encargados de atender esta demanda y que poseen una gran capacidad de influir en la política de una nación y que genéricamente son llamados como ‘el complejo médico–industrial’<sup>21</sup>. Según Evans “... esta concentración de esfuerzo económico ha determinado que las políticas públicas o colectivas de salud acaben dominadas por la asistencia sanitaria” (22, 63-65).
- ✓ En otro sentido, el ‘completo bienestar’ es cuestionado porque solo permite dos estados: el primero se refiere al bienestar, el cual es considerado como un ideal relacionado con lo bueno, y el segundo tiene que ver con la ausencia de circunstancia biológicas negativas (enfermedad, dolor, incapacidad o muerte). Sin embargo, no siempre existe la correspondencia entre enfermedad médica y malestar personal, ya que el concepto que el paciente tiene de salud como ausencia de padecimiento no tiene que coincidir con la ausencia de enfermedad tal como lo entendería un médico (47, 48, 63). Desde la antropología médica se han realizado esfuerzos para integrar los conceptos de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*). Susser trató de aclarar la confusión al proponer la enfermedad como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva y padecimiento como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo. Recientemente, algunos antropólogos han retomado de Parsons la categoría de disfunción social, referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad (66, 67).
- ✓ Las medidas de salud pública, las condiciones sociales y económicas y el medio ambiente, entre otros, han cambiado los patrones de enfermedad, por lo que, en la actualidad, las enfermedades crónicas representan la mayor parte de los gastos de la asistencia sanitaria, ejerciendo presión sobre su sostenibilidad. Entonces, con esta concepción de salud, se declaran a las personas con enfermedades crónicas y discapacidades como permanentemente enfermas, subestimando la capacidad humana para hacer frente a la vida autónoma y así funcionar con plenitud y bienestar con una enfermedad crónica o una discapacidad. Parte del problema es seguir usando las mismas categorías que surgieron de lo anatómico-clínico-fisiológico-patológico señalado en un apartado anterior, lo cual da lugar a mayores niveles de dependencia médica (22, 62).
- ✓ La enfermedad es concebida como un problema de variación cuantitativa de las funciones normales, ya sea por exceso o por defecto, lo que ha permitido que, a su

---

<sup>21</sup> Grandes corporaciones privadas que producen medicamentos, vacunas, insumos, tecnología médica, o venden seguros y servicios de salud, cuyo interés no está en la salud de la población, sino en sus intereses económicos y ganancias. Stanley Wohl, *The Medical Industrial Complex*, Harmony Books, 1984. University of Minnesota. 218 pag

antojo, grupos de expertos, atendiendo en ocasiones a intereses propios y en ocasiones a los del complejo médico industrial, tiendan a disminuir los límites de 'normalidad' de diferentes parámetros bioquímicos o fisiológicos. Se debe entender que la salud y la enfermedad son términos cualitativos que definen formas determinadas de vida, y que la normalidad y la anormalidad corresponden a la valoración (cualitativa) de medidas (cuantitativa) que definen patrones de comportamiento que les son comunes a determinados grupos, señalando quienes se salen de esta norma o viven con cifras que se encuentran en los extremos de la función de distribución normal. Adicionalmente, no todas las variables biológicas tienen una función de distribución normal (23, 68-70).

## **2.2 La atención en salud**

En el contexto de este documento, se puede decir que la atención en salud consta de una serie de elementos entre los que se destacan: los sistemas de salud, el farmacéutico y el medicamento. A continuación, se revisará el papel de cada uno de estos componentes dentro de los diferentes paradigmas, con la excepción de los sistemas de salud, que no existen en el paradigma social.

### **2.2.1 Los sistemas de salud**

Los sistemas de salud pueden definirse como el conjunto de recursos que se organizan para guiar a la población en el abordaje, apropiación o enfrentamiento de los asuntos relacionados con su salud, mediante la promoción, prevención y rehabilitación frente al riesgo de la enfermedad. Aunque no siempre han tenido la misma estructura (los sistemas de salud), han existido desde que los seres humanos empezaron a preocuparse por proteger su salud. Históricamente la forma de organización de los sistemas de salud ha estado íntimamente asociada a los significados socialmente construidos alrededor de la enfermedad y a la forma como se han organizado los modos de producción. Actualmente, la percepción de salud que tienen las personas trae como consecuencia la búsqueda de opciones para recuperarla, mantenerla o mejorarla, ya sea de forma individual o grupal. Las sociedades direccionan gran parte de sus recursos para producir y distribuir asistencia sanitaria, lo cual demuestra la creencia de que su disponibilidad y uso son imprescindibles para la salud tanto del ser humano como individuo como para el ser humano como grupo (población).(63, 71, 72).

### **2.2.1.1 Paradigma teológico**

Durante la antigüedad, en la mayoría de las culturas, la enfermedad fue vista de dos maneras: aquellas que eran originadas por causas físicas evidentes (traumas, heridas, etc.) y otras cuyas causas no eran posibles de identificar. Estas últimas tuvieron inicialmente una explicación mágica (mítica) que, en la medida que las civilizaciones avanzaron en la historia, se fue transformando; la explicación estuvo sustentada en los dioses (teológica).

La concepción mítico-religiosa de la enfermedad prevalente en esa época requería un tratamiento mágico-religioso, el cual era realizado por brujos, hechiceros, videntes o chamanes que conocían las causas de las enfermedades y las muertes, ejerciendo de este modo el papel de los sanadores. Este importante rol les permitía tener gran reconocimiento y respeto de parte de los integrantes de la comunidad, razón por la que el 'paciente' se sometía totalmente a los dictados de estos elegidos que podían hablar con los dioses e interpretar sus signos. Si el trastorno tenía causa evidente (golpe, caída) utilizaban remedios empíricos (trepanación, entablillado, hierbas medicinales). Si la enfermedad no era explicable, se la consideraba de origen sobrenatural o un castigo, el tratamiento se basaba en prácticas de carácter religioso, tales como ofrendas a los dioses, oraciones y rituales. El sostenimiento de estos sanadores estaba a cargo de la aldea, mediante retribuciones en especie de los enfermos (71).

### **2.2.1.2 Paradigma metafísico**

La ruptura del paradigma teológico ocurrió en la sociedad griega, dando inicio al pensamiento médico científico con el planteamiento de la teoría de los humores por parte de Hipócrates, reforzado posteriormente por Galeno y luego por la teoría miasmática propuesta por Sydenham. Para la resolución de los problemas de salud desde este nuevo paradigma, en la Grecia antigua se podían distinguir tres tipos de práctica médica: la psicológica, la resolutive para hombres libres<sup>22</sup> y la medicina para esclavos<sup>23</sup>. Posteriormente, el cristianismo favorece la fundación de instituciones hospitalarias y refuerza los aspectos éticos del cuidado. Durante la Edad Media, como consecuencia de la expansión y consolidación del cristianismo en Europa, hubo una regresión hacia el paradigma teológico. La sociedad medieval estaba organizada en forma de pirámide y dividida a su vez por clases sociales estructuradas de manera jerárquica y estática, generando que cada individuo permaneciera en la clase social en la que había nacido. La enfermedad era concebida como castigo divino a los pecadores, mientras que la salud no solo significaba la curación física, sino también la salvación espiritual, por este motivo la práctica de la medicina era ejercida por los monjes médicos y los pacientes estaban totalmente sometidos a sus dictámenes. La organización de la práctica asistencial mantenía la división jerárquica establecida: los médicos de los reyes y la nobleza estaban contratados por exclusividad, los médicos de la burguesía atendían a domicilio y, los

---

<sup>22</sup> La psicológica se basaba en el tratamiento individualizado y utilizaba la persuasión verbal, mientras que la resolutive se aplicaba a los hombres sin dinero suficiente para pagar los honorarios ni el tratamiento. En ambos, la finalidad era mantener las capacidades mentales para que pudieran ejercer su rol.

<sup>23</sup> Ejercida por los esclavos de los médicos quienes prescribían lo que la práctica indicaba sin pedir aclaración sobre la enfermedad. El objetivo era mantener la fuerza física de los esclavos para no detener la producción.

médicos municipales y de órdenes religiosas atendían a los siervos y campesinos en los hospitales (71).

### **2.2.1.3 Paradigma científico**

La ruptura del paradigma medieval (teoría miasmática) fue un proceso gradual que estaba basado en la búsqueda de la causa para orientar el tratamiento. De esta forma fue desarrollándose primero el pensamiento anatómico-patológico, luego el clínico y finalmente el etiopatológico basado en el modelo microbiológico con los descubrimientos de Koch y Pasteur. Este cambio paradigmático se vio favorecido, entre otros acontecimientos, por el fracaso de la medicina galénica ante las epidemias de las grandes pestes europeas, el surgimiento de la sociedad y la ideología burguesa en el renacimiento.

Con la industrialización, la vida de los trabajadores cambió radicalmente: los niños y las mujeres trabajan en condiciones infrahumanas durante extensas jornadas para aumentar el capital que los grandes empresarios exigen, pero las industrias necesitan de personas saludables. Tanto el capitalismo como el socialismo, coinciden en que para conservar la prosperidad de las empresas (por lo tanto de los Estados) se requiere de asistencia sanitaria para mantener a las personas productivamente útiles (51, 52). La salud tiene como finalidad la preservación de la fuerza de trabajo, la protección de la clase dirigente y la salvaguardia del orden social bajo una organización con la clásica división de una medicina para los ricos atendidos en sus palacios, la medicina para la clase media atendida en su casa y la medicina para los pobres atendidos en el hospital de beneficencia, municipal, religioso o real; la institución hospitalaria sigue ligada a la pobreza. Como consecuencia de las epidemias, las autoridades se ven obligadas a promover y organizar acciones tendientes a reglamentar la lucha contra estas, regular el ejercicio de la profesión, ordenar la formación e incrementar la red hospitalaria. El Estado advierte que debe regular la práctica médica asistencial para crear una organización suficientemente amplia y sostenible. En el siglo XIX inicia un cambio en el esquema de la organización asistencial y se abren paso los sistemas de salud modernos (71).

En pleno auge de la revolución industrial (finales del siglo XIX) y con ella la organización de la fuerza de trabajo, los Estados identifican que la muerte, la enfermedad o la discapacidad de los trabajadores tenían un alto impacto en la productividad, por lo que su situación de salud empezó a formar parte de la agenda política de algunos países europeos. Un ejemplo de ello fue la Rusia zarista que en 1865 crea el 'zemstvo', primer servicio público de atención médica gratuito financiado con ingresos tributarios, pensado para atender a la población campesina. Otro ejemplo ocurrió en la Alemania de 1880, donde se estableció el modelo 'bismarckiano'<sup>24</sup>, caracterizado por el enfoque de aseguramiento donde las pensiones y los subsidios se estimaban según los ingresos recibidos por los aportantes y sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado. En el siglo XX, se extienden estos ejemplos: Gran Bretaña aprobó la primera ley de Seguro Nacional de Salud, la Revolución Rusa creó el sistema soviético de servicio de salud, Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones que tenían los trabajadores, Chile impulsó la primera legislación de un seguro sanitario en un

---

<sup>24</sup> Se considera el primer modelo de desarrollo de política social (Estado Social)

país en desarrollo, Estados Unidos establece los lineamientos del primer seguro social ('Káiser Permanente'), y Nueva Zelandia es el primer país en introducir un servicio nacional de salud (71).

### ***Los actuales sistemas de salud***

La OMS define los sistemas de salud como

...la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero<sup>25</sup>.

Para Juan Luis Londoño (exministro de salud de Colombia) y Julio Frenk, los sistemas de salud pueden entenderse como un conjunto de relaciones estructuradas entre la población y las instituciones. Resaltan la importancia de que la población presenta una serie de condiciones que componen las necesidades en la salud y que requieren de una respuesta por parte de las instituciones, estas respuestas se dan por medio de funciones específicas de las instituciones que tienen el objetivo de satisfacer las necesidades en salud de la población. Los sistemas de salud modernos cuentan con un grupo diverso de organizaciones que aportan los elementos necesarios para ofrecer servicios entre las cuales se cuenta: las universidades e instituciones que forman a los profesionales y auxiliares que suministran los servicios de salud, los centros de investigación encargados de la producción de nuevos conocimientos y el desarrollo de nuevas tecnologías y, las empresas del complejo médico industrial (compañías aseguradoras y fabricantes de medicamentos y equipos médicos). Las funciones básicas de un sistema de salud según los autores son:

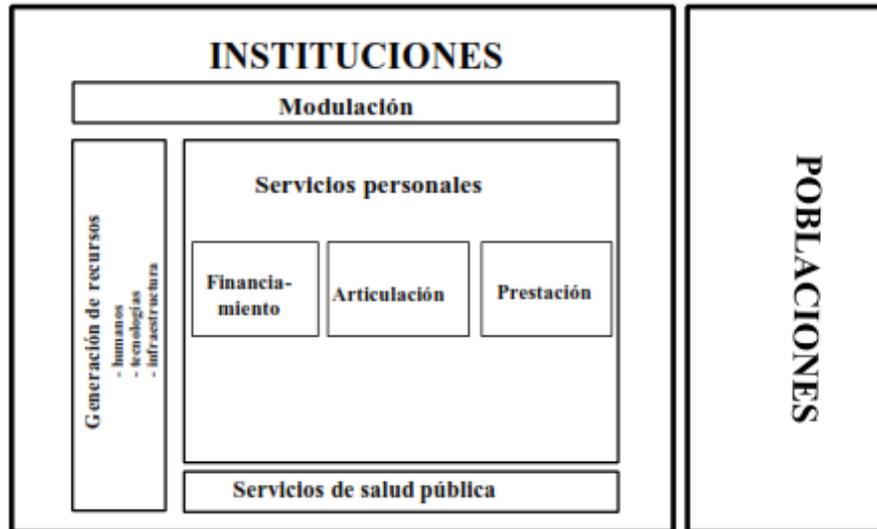
- ***Modulación:*** Es el establecimiento, implantación y monitoreo de las normas para el sistema de salud, así como la dirección estratégica. En el establecimiento de las normas es necesario equilibrar los intereses de los diferentes actores. Esta última función se ha ido descuidando, especialmente en los sistemas de salud donde el órgano regulador (Ministerios de Salud) dedica la mayor parte de sus recursos (económicos, políticos y humanos) a la prestación directa de los servicios (73).
- ***Financiamiento:*** Hace referencia a la transferencia de dinero de las fuentes primarias (hogares y empresas) y secundarias (gobierno y organismos internacionales), y a su depósito en fondos reales o virtuales, que pueden ser asignados a través de arreglos institucionales para la producción de servicios.
- ***Articulación:*** Son aquellas actividades que facilitan que los recursos financieros sean destinados a la producción y consumo de la atención en salud, como la afiliación de grupos a los planes de salud.
- ***Prestación:*** Es la combinación de los insumos dentro del proceso de producción, ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de

---

<sup>25</sup> Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

productos, como los servicios de salud, para generar un resultado, cambios en la salud de las personas.

Estas cuatro funciones de los sistemas de salud (modulación, financiamiento, articulación, prestación), son la base para identificar los modelos institucionales. En la gráfica 1, se puede observar el esquema resumido de los componentes de un sistema de salud



**Gráfica 1. Componentes de un sistema de salud**

Tomado de: Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Juan-Luis Londoño y Julio Frenk. 1997. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353.

En los países de ingresos medios como los latinoamericanos, los sistemas de salud tienden a ser una mezcla de los modelos vigentes que se estructuran en función de una compleja red de fuerzas económicas, políticas y culturales que desafían la integración de las poblaciones (acceso a instituciones) con las instituciones (arreglos para llevar a cabo sus funciones (71, 73). En la Tabla 1 se encuentra un resumen de los diferentes modelos de los sistemas de salud en Latinoamérica.

Tabla 1. Modelos de sistemas de salud en América Latina

INTEGRACION DE POBLACIONES	INTEGRACION DE FUNCIONES INSTITUCIONALES	
	Integración vertical	Separación
Integración horizontal	<b>Modelo público unificado:</b> Cuba, Costa Rica	<b>Modelo de contrato público:</b> Brasil

<b>Segregación</b>	<b>Modelo segmentado:</b> la mayoría de los países latinoamericanos	<b>Modelo privado atomizado:</b> Argentina, Paraguay
--------------------	--	---

Tomado de: Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Juan-Luis Londoño y Julio Frenk. 1997. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353.

La crisis de los sistemas actuales: Con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población, los gobiernos de todo el mundo han realizado esfuerzos para mantener la viabilidad económica de los sistemas de salud, la cobertura completa junto con la atención integral y continúa a los usuarios. Como solución a los problemas antes mencionados, la OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud) ha propuesto el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), pero hasta ahora no han tenido ni la aceptación ni el desarrollo esperado. La integración vertical y horizontal de los servicios de salud, aunque se ha querido presentar como una alternativa, realmente no ha mostrado resultados adecuados y más bien ha sido fuertemente criticada esta alternativa. Un análisis más detallado de la crisis de los sistemas de salud que obligó a su reforma inicialmente en Estados Unidos y luego en Latinoamérica, será presentada en el apartado del farmacéutico asistencial (72).

## 2.2.2 La demanda de los servicios de salud

Los motivos por los cuales una persona consulta van más allá de la carga de morbilidad (entendida desde la visión biomédica) que pueda estar sufriendo, pues es bien sabido que, por una parte, solo una pequeña cantidad de las personas con síntomas consultan al médico y, por otra, no todos los problemas de salud que tiene una persona son informados al médico en el momento de la consulta. También aquí hay que mencionar que existen personas que utilizan los servicios de salud sin que tengan una justificación clara para los aseguradores. (74)

Según Evans, un componente importante de la salud es la percepción que el individuo tiene de su propio estado. Un sentido exagerado de la fragilidad no es salud, sino hipocondría, pues demasiado énfasis en la cantidad de cosas susceptibles de ir mal, pueden generar ansiedad excesiva y cierto sentido de dependencia sanitaria. Para la industria de la asistencia sanitaria es algo muy ventajoso en términos económicos y quizá contribuya en alguna medida a la reducción de la enfermedad entendida bajo el MMH (63).

La atención en salud es un proceso en el cual se pueden considerar dos clases de actividades, unas relacionadas con el prestador y otras con el paciente, que en todo caso son una respuesta a la necesidad de atención cuando la persona percibe una alteración

de la salud o del bienestar. Es posible que algunas veces el trabajador de la salud detecte el problema como también puede ocurrir que el paciente busque la atención o que cada uno perciba una cosa distinta. Lo cierto es que el contacto con el médico (en el esquema biomédico actual), deberá culminar en un diagnóstico y una intervención terapéutica. Se puede considerar que la utilización de los servicios de salud es un proceso dinámico y complejo en el cual se han establecido algunos determinantes de la demanda de atención en salud, que pone en contacto a los actores con el propósito de satisfacer una necesidad de salud determinada y en el que se incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor y a la incapacidad (50, 75).

Con el fin de intentar dar explicaciones a los motivos que tienen las personas para buscar servicios de salud, se han propuesto diversos modelos, algunos de los cuales se detallarán a continuación.

### **2.2.2.1 Epidemiológico**

Según este modelo, los daños a la salud<sup>26</sup> son necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios de salud. La demanda a estas necesidades dependerá también de la exposición a factores de riesgo, a los cambios en dichos factores y a los cambios en el significado social de la enfermedad. En este modelo epidemiológico, los riesgos se pueden clasificar en dos categorías: 1. riesgos iniciadores (aquellos que ocurren antes que la enfermedad sea irreversible) que son los que estimulan a la población a utilizar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento y, finalmente, los servicios de mantenimiento y rehabilitación; 2. riesgos pronósticos (cuando la enfermedad es irreversible) que tienen una relación más directa con los servicios de mantenimiento y disminución de la discapacidad. La población que utiliza con mayor frecuencia los servicios de salud gozará de un efecto protector mayor, pero, a su vez, existe también la probabilidad de convertirse en un factor de riesgo para su salud dependiendo de la presencia de iatrogenia<sup>27</sup> en el proceso de atención médica. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios que se estén utilizando bajo el MMH, aunque esto no descarta el riesgo que incluso puede superar el beneficio (75, 76).

### **2.2.2.2 Sociológico**

Existen varios modelos sociológicos. 1. Suchman propone que cada persona tiene una red central social para resolver su vida (red de relaciones sociales) y, por lo tanto, las características de las redes sociales de cada individuo determinan el hecho de utilizar o

---

<sup>26</sup> Lo que el individuo percibe como daño, o salud alterada. Esta percepción no es un asunto individual, más bien corresponde a una construcción social que se expresa o materializa en cada individuo.

<sup>27</sup> La iatrogenia se define como el daño que el enfermo no tenía y que de alguna forma el proceder médico causó. La iatrogenia puede ser clínica (daño físico), social (medicalización de la vida) y estructural (destrucción de la cultura: Un nuevo lenguaje impregna la sociedad hasta sus fundamentos profundos). Ivan Illich. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral editores, 1975.

no (automedicación) los servicios de salud ante la percepción de la enfermedad. La red social de apoyo influye de manera determinante en los diferentes episodios de la enfermedad y en la búsqueda de ayuda o consejos para la atención a la salud. Por lo tanto, los niveles de conocimiento que tenga el individuo y su red de relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinarán las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará dependiendo de la percepción del daño a la salud. 2. Mckinlay relaciona los aspectos culturales como determinantes de la forma en que se percibe la necesidad de atención ante un daño de salud<sup>28</sup>. 3. Andersen propone que la utilización de los servicios de salud depende de la necesidad de atención (percibida por el paciente y por el personal de salud), los factores predisponentes (variables sociodemográficas) y los factores capacitantes (condición socioeconómica). Este modelo comprende dos dimensiones: proceso (política de salud, características de los servicios y características de la población) y resultado (utilización real de los servicios y su satisfacción). 4. Mechanic desarrolló un modelo basado en la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente, proponiendo diez determinantes y dos niveles de definición, las cuales interactúan para influir en que una persona busque o no ayuda para un problema de salud. 5. Brehil y Granda proponen que el análisis de la demanda y utilización de los servicios de salud se pueden situar en tres niveles de determinación: nivel general (relacionado con la reproducción social), nivel particular (relacionado con la reproducción de la fuerza de trabajo) y nivel específico (relacionado con la reproducción del individuo). Según estos autores, para que una persona utilice un servicio de salud se debe primero tener la sensopercepción del problema, el registro racional de la existencia de este problema, el planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema, la selección de los medios de solución y la ejecución de las actividades para la solución (75, 76).

### **2.2.2.3 Económico**

Varios modelos han intentado explicar la utilización de los servicios de salud y se pueden agrupar en dos grandes categorías: modelos basados en la teoría de la demanda y modelos basados en la teoría del capital humano.

El primero modelo trata de demostrar que la respuesta a la demanda de servicios de un bien depende de su propio precio (elasticidad de precios), de otros precios (elasticidad cruzada positiva) y del ingreso (elasticidad del ingreso). Diversos estudios demostraron que esa elasticidad de la demanda de los servicios de salud era baja, con lo cual se concluyó que la gente es poco sensible a los cambios en los precios de servicios médicos, por lo que se dice que la demanda es inelástica. Este modelo no se puede aplicar en el corto o mediano plazo, pues para estimar estos cambios se requieren varios años.

---

<sup>28</sup> Los aspectos culturales presentan diferentes niveles de influencia: la evaluación y definición de los síntomas, el ordenamiento de prioridades y problemas en función de una percepción individual y pertenencia de grupo y, finalmente, la vulnerabilidad percibida a partir del encuentro médico-paciente. Arredondo Armando. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. Salud Ment. 2010 ; 33( 5 ): 397-408

En cuanto al segundo modelo (teoría del capital humano), se plantea una visión racionalista del ser humano, y sus autores proponen que la utilización de los servicios de salud está en relación con la demanda de salud, considerándola como una forma de mantener, invertir e incrementar el capital humano. Las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores invirtiendo en ellos mismos y en sus dependientes económicos. Grossman considera que

...una inversión en capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera del mercado, y señala que la edad afecta la tasa de depreciación del conjunto del capital salud, mientras que los cambios en el ingreso tienen dos efectos: al incrementarse el salario, el costo de los días enfermo se incrementa, el valor de los días sano se incrementa y, dado que la producción de salud implica el uso del tiempo del individuo, el incremento del ingreso aumenta el costo de producir salud (75, 76).

## **2.3 El farmacéutico**

Como se mencionó al inicio de este capítulo, las actividades del farmacéutico, o su equivalente en los diferentes paradigmas, han estado ligadas necesariamente al concepto salud-enfermedad predominante en cada una de las épocas (divisiones) de la historia, las cuales han estado marcadas a su vez por hechos políticos, económicos y culturales de las sociedades. A continuación se presenta una breve descripción de las actividades y los antecesores del farmacéutico durante el paradigma teológico (mítico-religioso), luego se describe el nacimiento de la profesión a finales del medioevo durante el reinado del paradigma metafísico y, finalmente, los cambios en el perfil profesional que se han dado durante el paradigma científico; también se esboza una visión del farmacéutico en el paradigma social.

### **2.3.1 La función del farmacéutico en los diferentes paradigmas**

#### **2.3.1.1 Paradigma teológico**

Durante la época antigua, las actividades relacionadas con la preparación de los elementos terapéuticos las realizaba el sanador del cual se reconocían los médicos-sacerdotes (chaman, brujo, hechicero, mago, exorcista, sacerdote) que practicaban una terapéutica mágico-religiosa y en algunos casos se especializaban en un tipo de terapia (quirúrgica o con plantas medicinales), hasta algunas actividades 'paramédicas' ejercidas por personas que no pertenecían a la élite religiosa (51).

Posiblemente la sedentarización de los grupos humanos ocasionó simultáneamente la revolución agrícola, motivó la construcción de asentamientos y el establecimiento de jerarquías sociales (propietarios, guerreros y sacerdotes). Este hecho, sumado a la

abundancia de comida, hizo que aumentara la población y su expectativa de vida pero a cambio de padecer más enfermedades. De esta situación surge un protagonista: el sanador (chamán, sacerdote, hechicero, mago, brujo) que se apoderó de esta 'sabiduría' y la utilizó como poder curativo en los miembros de esta sociedad, y ejerció como en la actualidad llamaríamos médico y farmacéutico simultáneamente. Como médico 'diagnosticaba' y trataba las enfermedades y como 'farmacéutico' buscaba las sustancias con fines curativos y las preparaba para su 'administración' (23, 52). Estos protagonistas estuvieron presentes en las civilizaciones occidentales (Mesopotamia), del medio oriente (Israel, Egipto) y culturas Americanas precolombinas (mayas, aztecas e incas), presentándose en algunos casos un grado de 'especialización' (51, 53, 77). En la medida en que avanza la civilización y se va reemplazando el paradigma teológico estas actividades serán desarrolladas por los primeros médicos de la historia.

### **2.3.1.2 Paradigma metafísico**

La sustitución de la idea mística de la enfermedad por un enfoque más naturista (desequilibrio de los humores o elementos) origina la medicina técnica, donde los médicos de la época son también 'farmacéuticos' que buscan y preparan los medicamentos que bajo este nuevo paradigma se utilizaban para sanar (51-53, 77). Aunque durante este largo periodo de tiempo se presentaron pocos avances en la comprensión de las enfermedades, hubo grandes cambios en el ejercicio de las actividades relacionadas con el conocimiento técnico necesario para la preparación de los medicamentos, además de un aumento en el número de sustancias utilizadas por los médicos (51, 52).

Con la instauración del islamismo a partir del año 622, los árabes se expanden rápidamente y establecen su religión y cultura en gran parte de Oriente y Occidente. Con ellos llegan los aportes a la farmacia, se tecnifican algunas actividades y se estudian con mayor detalle las propiedades de las plantas. En este periodo se elaboran las primeras formas farmacéuticas como las píldoras, pastillas, jarabes, etc., con lo cual se va perfilando el oficio de farmacéutico separándolo del oficio del médico (52, 77-79). Fueron los árabes quienes sembraron la semilla para la fundación de la Escuela Médica de Salerno, donde se realizó la fusión entre su medicina y la europea, logrando adelantos en el Renacimiento junto con otras escuelas como Bolonia, Montpellier, París y Padua (53).

#### Separación de la medicina de la farmacia:

Debido a que muchas personas realizaban las actividades relacionadas con la elaboración y venta de los medicamentos cada país estableció normas para regular esta actividad. Por lo tanto, los farmacéuticos no surgieron de médicos especializados, sino de los diversos comerciantes dedicados a los simples medicinales. Los primeros pasos para una separación definitiva de las dos profesiones se dio en la villa de Arlés (Francia) por medio de normas que reglamentaban el ejercicio de las profesiones sanitarias y, posteriormente, las Ordenanzas Medicinales de Federico II en 1240 para el Reino de las Dos Sicilias.

Entre los posibles motivos para la definitiva separación, se pueden enumerar algunos de carácter científico-académico como el hecho de que los médicos se ven abrumados por la

gran cantidad de conocimientos necesarios para la preparación de medicamentos y requieren asistencia en su trabajo de visitar a los enfermos, diagnosticar y tratar enfermedades. Además, con la creación de las primeras universidades, los médicos tienen que estudiar primero para poder ejercer su oficio, mientras que los boticarios no. Acontecimientos de carácter religioso como los concilios del siglo XII que prohíben a los monjes ejercer la medicina, razón por la cual estos se dedican a la farmacia que requería de un laboratorio y un huerto especializado, y, finalmente, otros de carácter socio-económico entre los cuales se identifica la agrupación de los boticarios en gremios que, además de darle una sólida posición social, permitían el establecimiento de una regulación a esta actividad profesional. Como consecuencia de esto, aparecen las *Apothekes* como lugares para almacenar yerbas, morteros y otros elementos que permitían descifrar las fórmulas magistrales de los médicos, quedando este nombre para designar las farmacias o boticas en Europa Central (51, 77, 79).

Posterior a la separación del oficio del farmacéutico del médico ocurren dos acontecimientos que contribuirán a la consolidación del profesional farmacéutico:

- *El descubrimiento de América*: fue consecuencia del desarrollo de nuevos instrumentos de navegación (el astrolabio y la brújula), la aparición de los grandes veleros y galeones, el hostigamiento de los otomanos a los marinos que traían la carga del oriente y la teoría de que la tierra era redonda. Este descubrimiento produjo un gran impacto en todos los niveles, aquí interesa resaltar que en lo cultural alteró las costumbres europeas relacionadas con la alimentación, los conocimientos y la forma de tratar las enfermedades con nuevas plantas (guayaco, quina) (51). En la población nativa se pueden resumir estas consecuencias utilizando un texto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe:

... las poblaciones indígenas durante el orden colonial se ven sometidas a una permanente intervención, desestructuración y destrucción de sus formas de vida, lengua y cultura. En muchos casos son desplazados, dispersados o expulsados de sus territorios originarios perdiendo con ello los vínculos sociales y culturales que les aglutinaban. En este proceso, la pérdida y deterioro de los recursos naturales junto a otros factores (explotación laboral, enfermedades, etc.) serán la causa de una gran catástrofe demográfica que en pocos años hará bajar a menos de la mitad el número de población estimada del continente, situación que puede haber servido de incentivo para la incorporación de mano de obra esclava de origen africano (80).

- *Organización y formación académica de los farmacéuticos*: En el siglo XVI surgen en Inglaterra y Francia las primeras academias de medicina, las cuales regulaban a los farmacéuticos. Estas instituciones examinaban medicamentos y prescripciones en las diversas farmacias, tenían autoridad para sancionar severamente a los transgresores, incluyendo el encarcelamiento de estas personas. En Inglaterra, para el siglo XVIII, los droguistas tenían el mismo nivel de los médicos generales, sin embargo, la terapéutica era muy anticuada (aplicación

de ventosas, sangrías, purgantes, mercurio y una teriaca<sup>29</sup> basada en quina). En Norteamérica (Filadelfia) se creó el Colegio de Farmacia como respuesta al deterioro de la práctica y la discriminación por parte de la facultad de medicina de la Universidad de Pensilvania (53). En el siglo XVIII, en Francia se produjo el cambio en la denominación de boticario (*apothicaire*) a farmacéutico (*pharmacien*), ejemplo que después fue seguido por casi todos los países europeos. Para esta época, se consolidó la reputación y el reconocimiento social del farmacéutico por el hecho de tener una formación universitaria (51).

### **2.3.1.3 Paradigma científico**

Como parte de la hegemonía del paradigma científico, las actividades del profesional farmacéutico van a presentar dos grandes cambios: el farmacéutico de la botica, que conocía el arte de preparar medicamentos y era un profesional muy respetado en la sociedad de la época, por el proceso de industrialización se ve obligado a prestar sus servicios a la industria farmacéutica, convirtiéndose en un empleado más (farmacéutico industrial), y aquellos que atendían en su botica se consolaron con la entrega de estos medicamentos ya preparados (farmacéutico comunitario). Posteriormente, las guerras mundiales, que traen consigo crisis económicas y sociales, originan un nuevo modelo económico que facilitará la entrada del farmacéutico en el campo de la salud (farmacéutico asistencial).

#### El farmacéutico industrial

El siglo XIX marcará el futuro desarrollo histórico-social de las ciencias farmacéuticas, pues simultáneamente aparece el 'mercado farmacéutico' gracias a la formación de consorcios industriales que producen y exportan medicamentos. Hay gran proliferación de la publicidad farmacéutica, se prohíbe la comercialización de productos secretos o milagrosos y el farmacéutico manifiesta su desagrado, pues su actividad en la botica-droguería se limita a dispensar lo que otros han fabricado (1). La principal característica de esta época es un distanciamiento de la función social del medicamento (recurso terapéutico para mantener o mejorar el estado de salud de la población) para convertirse en un bien de consumo (fuente de acumulación de riqueza) al servicio de la maquinaria capitalista. La educación en estas sociedades se basaba en planes de estudio con un fuerte componente de ciencia y tecnología, mientras que en los países en vías de desarrollo solo se dedicaban a reenvasar y conformar redes comerciales para la venta de medicamentos (51, 81). Este paulatino cambio de la actividad artesanal hacia una actividad industrial se va presentando en el tiempo como consecuencia de algunos acontecimientos que describiremos brevemente:

- *El positivismo*: Al considerar que la razón y el conocimiento garantizarán la libertad de las personas; la ciencia y la técnica resolverán todos los problemas y lograrán el

---

<sup>29</sup> La triaca o teriaca (del árabe tiryāq, del latín theriaca y del griego θηριον) era un preparado polifármaco compuesto por varios ingredientes distintos (en ocasiones más de 70) de origen vegetal, mineral o animal. González-Nuñez J. La farmacia en la historia. La historia de la farmacia. Barcelona, España: Grupo Ars XXI; 2006. 259 p.

progreso del ser humano; lo racional, lo objetivo y lo tangible sustituirán lo subjetivo se consolida una forma de pensamiento que favorece el desarrollo de las ciencias básicas. Al identificar los microorganismos como agentes etiológicos se consolida el modelo biomédico de la enfermedad y se establece una racionalidad en la búsqueda de nuevos medicamentos (17, 18).

- *La primera revolución industrial:* Caracterizada por el cambio de una economía agrícola y manual a una comercial e industrial, sustentada en el positivismo y resultado de: 1. la invención de la máquina de vapor (1769) que trajo nuevas formas de trabajo y producción, además de un nuevo orden social-económico impulsado por la burguesía que exigía de la 'nueva ciencia' la popularización y el utilitarismo. 2. La publicación de la obra de Adam Smith (1776), en la cual plantea, entre otras cosas, que el trabajo es una medida del valor intercambiable de todos los bienes y fuente de toda riqueza, la organización de las sociedades alrededor de la ley de la oferta y la demanda, la necesidad de que los gobiernos se ocupen de la seguridad nacional y ciudadana, dejando libertad total para la iniciativa personal. 3. La Revolución francesa (1789) con sus ideales de 'libertad, igualdad y fraternidad', robustecidos con la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América, establecieron un nuevo escenario político, en el que los ciudadanos parecían los protagonistas de la historia (51).
- *Desarrollo de las ciencias básicas:* En el campo de la salud surge la farmacología experimental que aporta el aislamiento de muchos principios activos derivados de plantas medicinales (alcaloides, la digoxina, la quina) y, posteriormente, la síntesis de nuevos fármacos, lo cual se convierte en el ideal de la terapéutica. Estos hechos marcan el inicio de la industria farmacéutica gracias a los nuevos conocimientos adquiridos, la protección de los derechos de propiedad, la competencia de mercado y el principio basado en el beneficio y la riqueza empresarial, fruto del pensamiento capitalista de la época. El boticario de la fórmula magistral cede el paso al farmacéutico industrial como consecuencia de la producción masiva de los medicamentos fabricados por la industria alemana, francesa, inglesa, italiana y estadounidense, mientras que algunos boticarios no se conformaron con ser empleados de la naciente industria farmacéutica y fundaron sus propias empresas (51, 78, 82).
- *Nuevos modelos económicos:* Estos nuevos modelos surgen de la devastación económica que se originó en las dos guerras mundiales y, en el medio, la Gran Depresión de los años de 1930. Debido a que el progreso industrial y la aceleración de la producción originaron una acumulación de productos en las fábricas, pues los consumidores no podían adquirirlos, el mercado se paralizó, las fábricas cerraron y el desempleo aumentó. Para sortear esta crisis fue necesaria una modificación de la ideología capitalista a una neocapitalista, propuesta por Keynes que, entre otros aspectos, sugiere que Estado debe participar en la dinamización de la economía, por ejemplo con la construcción de carreteras, edificios y universidades, para generar empleo y así la gente tendrá dinero para consumir los productos que las fábricas ofrecían. Adicionalmente, propuso plantear políticas para fomentar el deseo por adquirir los productos del mercado, la ideas de ahorrar y, agregado a esto, la idea de

trabajar menos tiempo para que, en épocas del capitalismo tradicional, el tiempo de ocio fuera utilizado por el trabajador para consumir no solo los productos materiales, sino también vacaciones, esparcimientos, servicios, etc. (origen de la “sociedad de consumo”) (83). El periodo comprendido entre el final de la Segunda Guerra Mundial y 1970 se conoce como el ‘Estado de bienestar’ que se caracterizó, entre otras cosas y en algunos países, porque el Estado se intervino para garantizar pensiones, subsidios, atención sanitaria a los excombatientes y sus familias; la atención sanitaria a los problemas de salud derivados de la actividad laboral a la mujer embarazada y un sistema previsional que garantizaba una retribución a los ancianos (51, 83).

- la Declaración Universal de los Derechos Humanos que estableció, entre otras cosas, el derecho al trabajo, un salario digno, el derecho al descanso, condiciones laborales dignas, etc. (51, 83).

En la primera parte del siglo XX, un grupo de individuos poderosos que manejaban una proporción significativa de la riqueza corporativa de los Estados Unidos, reconoció que la "industrialización" de la atención sanitaria les ofrecería nuevas oportunidades de controlar aún más la riqueza y el poder. Al ‘racionalizar’ la provisión de atención de salud pública e incorporar en este proceso los avances tecnológicos que tienen lugar en la química a principios del siglo XX, Andrew Carnegie y John D. Rockefeller a través de sus fundaciones filantrópicas, desarrollaron el cuidado de la salud como un negocio, (patentes de la industria farmacéutica). La riqueza de este grupo de hombres les permitió establecer y refinar instituciones y compañías posteriores que les garantizarían el control total de la maquinaria de provisión de salud pública. Al refinar y financiar continuamente estas operaciones a lo largo de la primera mitad del siglo XX, estos hombres fueron capaces de desarrollar el modelo de negocio de la industria farmacéutica que conocemos hoy, un modelo que en buena parte se basa en la explotación financiera de los derechos de patente sobre los productos tecnológicamente producidos (56).

### El farmacéutico asistencial

Hasta mediados del siglo XX, la profesión farmacéutica se consolidó alrededor de la fabricación y el desarrollo tecnológico de los medicamentos basados en el paradigma positivista y los nuevos modelos económicos propuestos. Sin embargo, tres acontecimientos ocasionarán que estas actividades comenzaran a tener un giro que marcó el inicio de una nueva era en el quehacer del farmacéutico: el neoliberalismo económico, la crisis de innovación de la industria farmacéutica y las reformas a los sistemas de salud.

- *El neoliberalismo económico*: Sus aportes teóricos fueron aceptados y puestos en práctica principalmente en Estados Unidos como consecuencia del endeudamiento producido por la segunda guerra mundial, la guerra de Vietnam y la implementación de políticas asistenciales (‘Estado de Bienestar’) que obligaron al Estado a imponer políticas que afectaban mayoritariamente a los productores de bienes y servicios. Milton Friedman y Friedrich von Hayek son considerados los ideólogos de esta política económica que fue aplicada posteriormente por Margaret Thatcher (Inglaterra) y

Ronald Reagan (Estados Unidos). Las características más importantes del neoliberalismo son: disminución y control estricto del gasto público con incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos; privatización de las empresas públicas; desregulación de la actividad financiera; desregulación y flexibilización de la relación laboral (con ataques a los sindicatos, destrucción de los contratos colectivos y cambios regresivos en la legislación laboral) y depresión salarial. Esta concepción abandona las ideas de solidaridad y colectividad para reemplazarlas por el individualismo y la competitividad; acaba con la idea de un Estado benefactor para dar lugar a otros modelos que postulan que tanto el pobre como el rico tienen y deben tener las mismas posibilidades de ser competitivos (83, 84). Las consecuencias del neoliberalismo en el sector salud se ven reflejados de la siguiente manera:

- ✓ Libera al Estado de garantizar y financiar la salud poblacional, trasladando esta responsabilidad al sector privado (capital financiero) con el fin de convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista.
  - ✓ Los fabricantes de tecnologías sanitaria (complejo médico-industrial) encuentran una oportunidad de negocio en este nuevo esquema de seguridad social ya que los adelantos científicos y las transformaciones tecnológicas en el campo de la medicina requieren un gran aporte de capital (capital industrial). En la medida en que el hospital público, por su desfinanciamiento, no puede acceder a la nueva tecnología se propician los procesos de tercerización o privatización.
  - ✓ La disminución en la cobertura y calidad de los servicios públicos de salud, debidas en parte a la desfinanciación, son achacadas a fallas estructurales del mismo sistema
  - ✓ La legitimación de esta política económica se apoya en el logro de un consenso social que se construye haciéndonos creer que el Estado es ineficiente y corrupto, mientras que lo privado es eficiente y democrático. Los beneficios de la prestación privada de servicios son publicitados en todos los medios de comunicación y la democracia consiste en la 'libertad' de elegir al prestador más acorde con los deseos de cada persona (84-86).
- *La crisis de innovación de la industria farmacéutica:* Tras la segunda guerra mundial, la industria farmacéutica aplicó una gran tecnología a la producción de medicamentos y se convirtió rápidamente en una de las más avanzadas del mundo. La antibiosis<sup>30</sup> se puede considerar el invento industrial de la posguerra, no tanto por el descubrimiento de los antibióticos, sino por las repercusiones en la salud pública, ya que, según la visión de algunos salubristas, se comenzaron a controlar enfermedades como la tuberculosis, tífus y difteria que eran devastadoras y previamente intratables. Sin embargo, algunos autores han atribuido esta disminución a la mejora en las condiciones sociales y económicas (7, 87, 88). La industria farmacéutica se encargó

---

<sup>30</sup> la antibiosis más que controlar enfermedades, contribuyó a consolidar el paradigma microbiológico (positivista unicasal, empírico, pragmático), pues no solo se logra "evidenciar la causa" de las enfermedades (unos microorganismo), sino que además se logra obtener la curación en una molécula específica (antibiótico), lo que se pudo "comprobar" empíricamente.

de hacer publicidad masiva por el supuesto triunfo sobre las enfermedades infecciosas, convirtiendo a los antibióticos en el medio de control de enfermedades nunca antes tratadas y colocándose como líderes de la lucha contra los microorganismos, aspecto que coincidió con la consolidación del nuevo orden mundial (posguerra), la explotación de recursos naturales en zonas tropicales y países subdesarrollados donde las enfermedades infecciosas tenían una alta incidencia. De esta manera, identificaron que para lograr el éxito económico era más importante la comercialización que la investigación y desarrollo de nuevos fármacos. El aumento en la competencia estimuló nuevas estrategias de comercialización de sus productos (incluida la inducción a la demanda) que obligó al aumento en sus presupuestos de publicidad, representantes de ventas y al desarrollo de nuevas formas farmacéuticas o formas de presentación que permitieran mejorar la oferta (69, 78, 82).

Debido a que la producción de medicamentos se encontraba casi totalmente industrializada<sup>31</sup>, los farmacéuticos se dedicaron de tiempo completo a la práctica de la farmacia que se limitaba a la preparación de unos pocos medicamentos, su dispensación y adecuación (reenvase). Los farmacéuticos tenían pocas oportunidades de aplicar lo aprendido durante su formación profesional, lo que promovió un nuevo campo de acción que consistió en ir más allá de la dispensación para llenar la brecha que había en el conocimiento del medicamento entre el médico y el paciente (78).

El progreso financiero de la industria farmacéutica ha dependido del aumento en las ventas de los 'éxitos terapéuticos', con lo cual la búsqueda de nuevos fármacos y las estrategias para su comercialización han sido muy controversiales, situación que algunos autores denominan 'la crisis de innovación'. Esta crisis puede ser vista desde tres puntos diferentes: 1. La industria farmacéutica, quienes afirman que esta crisis está motivada por los excesivos controles de las agencias regulatorias, los controles de precios y la competencia de los genéricos entre otras causas, por lo que hay que liberalizar el mercado. 2. Algunos grupos de la sociedad civil quienes le atribuyen la crisis a los incentivos perversos de la investigación y desarrollo y a la política de patentes, por lo tanto hat que regular el mercado y buscar otras fuentes de financiación y 3. La MS/SC quienes responsabilizan de la crisis al modelo económico, epistemológico, ético y político por lo que es necesario un cambio de paradigma. (89-92). Algunas de las características de esta crisis son:

- ✓ La dificultad de encontrar medicamentos con altos rendimientos financieros ha traído como consecuencia la necesidad de comercializar fármacos antiguos a los cuales se les realizan cambios simples (isómeros, metabolitos, forma farmacéutica, estructura química, combinaciones a dosis fijas) y presentarlos a los consumidores como una novedad. A pesar de que el número de nuevos

---

<sup>31</sup> para la década del 1960 solo el 4% de las prescripciones dispensadas en las farmacias de la comunidad requería las habilidades de preparación de un farmacéutico. Higby GJ. Evolution of pharmacy. In: Troy DB, editor. Remington: The science and practice of pharmacy. 1. 21 ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 7-18.

fármacos desarrollados ha disminuido drásticamente en los últimos veinte años, el número de patentes sobre estos cambios se han incrementado continuamente, con lo cual la industria farmacéutica dedica hoy en día más dinero en la investigación de variaciones menores, ya que estas le garantizan un flujo estable de beneficios (69, 92-94).

- ✓ La investigación en productos biotecnológicos con la cual se abre un nuevo panorama en la terapéutica que no necesariamente trae consigo mayor eficacia, aumento en la esperanza o calidad de vida, sino un incremento en el costo de los tratamientos y una mayor confusión en la elección de la mejor opción (95).
- ✓ Prácticas de comercialización controversiales y criticadas como la publicidad dirigida principalmente a los consumidores (que estimula la automedicación), los usos fuera de las indicaciones autorizadas por la entidad reguladora (*off label*), el estímulo a la prescripción (educación médica continuada y visita médica), el freno a la competencia mediante prácticas como los Tratados de Libre Comercio (TLC) y el Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), la posible influencia en la investigación básica y los sesgos en los ensayos clínicos financiados por la IF entre otras. La agresiva comercialización de estos fármacos favorece la sobreutilización y, por lo tanto, un incremento del gasto farmacéutico de una nación. Adicionalmente, una buena parte de los recursos para investigación y desarrollo se emplean para lograr una mayor protección contra la competencia del mercado libre (3, 69, 90-92).
- *El papel de las reformas a los sistemas de salud:* La posguerra hizo reaccionar a la sociedad por la pérdida de más de 40 millones de vidas y el ejercicio totalitario del poder otorgándole valor a la vida humana, por lo que esta adquirió nuevas dimensiones éticas y políticas en la sociedad occidental. Estas nuevas dimensiones se consolidaron en normas internacionales que reconocen no solo el derecho a la vida, sino un nuevo y más complejo derecho humano: el derecho a la salud, traducido como el derecho a una vida saludable y digna, materializados en la Declaración de Principios de la OMS (1946)<sup>32</sup> y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)<sup>33</sup>, responsabilizando al Estado y a la sociedad civil para hacerlo efectivo (96). Estos derechos y responsabilidades serán refrendados por los Gobiernos del mundo en la Declaración de Alma Ata (1978) y en la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño (1990), se acepta que los aspectos relacionados con los derechos humanos afectan las relaciones entre el Estado y el individuo (97). Sin embargo, no se debe confundir el derecho a la salud con el derecho a 'estar sano', pues factores como la herencia genética, el medio ambiente y las intervenciones del propio individuo en su salud no son posibles controlarlas ni

---

<sup>32</sup> La Constitución de la OMS de 1946, dice que "El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, económica o condición social". Disponible en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)

<sup>33</sup> En su artículo 25 menciona que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud de sí mismo y de su familia, incluso alimentación, vestido, vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Disponible en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)

asegurarlas desde el Estado (98). (98). Es por eso que Correa Lugo describe legalmente el derecho a la salud como:

No es el derecho a estar sano, sino a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles y aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible. Este derecho contempla libertades (control de la persona de su propio cuerpo, por ejemplo) y medidas de protección (acceso a los medios y los recursos) (99).

Los sistemas de salud han sido el resultado de la correlación de fuerza entre los grupos sociales involucrados: el Estado, la población y los poderosos grupos de interés. Las reformas de estos sistemas han demostrado que estos son construcciones históricas, fruto de complejas negociaciones, y no corresponden a un modelo predeterminado, con lo cual se generan nuevos conflictos de variada intensidad que ponen en evidencia la necesidad de corregir los cambios inicialmente propuestos. Estos cambios en América Latina más que mejorar los problemas del sector salud, especialmente lo relacionado con la falta de acceso y el costo creciente de los medicamentos, han tenido como norma suprema el garantizar la viabilidad financiera de las instituciones sin afectar los negocios asociados a la prestación de los servicios de salud (100, 101). Los sistemas de salud están definidos por un modelo de acumulación capitalista basado en procesos productivos con el concepto de la salud como bien público y responsabilidad de los Estados productores de bienes y servicios y proveedores de mano de obra sana y educada. Según la OPS, en la década de 1980, los países desarrollados establecieron sus sistemas de salud bajo el modelo de protección social, mientras que en los países en vías de desarrollo se caracterizaron por un amplio reformismo social como respuesta al deterioro de las condiciones de vida de las personas (102, 103). Sin embargo, Granados Toraño identifica cinco causas que originaron las reformas a los sistemas de salud (22):

- ✓ Políticas y económicas: la crisis del modelo de acumulación capitalista de mediados de 1970 produjo: recesión mundial, profundas transformaciones en las formas de producción, dominio del capital financiero en el sistema económico mundial, creciente endeudamiento interno y externo de los países, crecimiento del déficit fiscal, alta inflación, problemas de balanza de pagos y desempleo. En los países latinoamericanos, esta situación implicó profundos cambios en el papel del Estado, ya que desde los organismos multilaterales de crédito les exigirán la contracción del gasto público el control de la expansión monetaria y la reforma del Estado a quien se le achaca la crisis por ineficiencia en el manejo de empresas productivas y de servicios que causan un aumento en los gastos sociales (salud, educación y seguridad social). Para acceder a préstamos que permitieran financiar la crisis de los servicios estatales y la seguridad social en los países latinoamericanos, los gobiernos tuvieron que aceptar los proyectos de reforma impulsados por el Banco Mundial con lo cual la salud deja de tener un carácter de derecho universal, de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir (22, 65, 102, 104).

- ✓ Sociales: A partir del año de 1980 la clase media comienza su desaparición a causa del capitalismo neoliberal (capitalismo salvaje), ocasionando que gran cantidad de personas vivan ahora en situación de extrema marginalidad, exclusión social y segregación social. Esta sociedad solo requiere el 20% de la población económicamente activa para ser productiva, lo cual origina altas cifras de desempleo (o subempleo) y acumulación de una deuda social y sanitaria que amplía cada vez más las brechas sociales (22).
- ✓ Demográficas: El crecimiento desmesurado de la población (con lo cual aumenta el número de pobres a nivel mundial), el proceso de envejecimiento de la población y el éxodo hacia las zonas urbanas en búsqueda de 'mejores' opciones de vida engrosa los cinturones de miseria en las grandes ciudades. Adicionalmente, se debe reconocer que estos cambios han propiciado un deterioro ecológico afectando el medio ambiente (22).
- ✓ Epidemiológicas: Simultáneamente con las transformaciones en los determinantes sociales de la enfermedad surgen las condiciones crónicas degenerativas que son consecuencia del envejecimiento de la población. La violencia como un problema de salud importante, las estrategias de sobrevivencia y de defensa del espacio vital de gran parte de la población de nuestros países, la marginación y exclusión social como fenómenos socio-sanitarios exigen respuestas sociales y de salud complejas. Las enfermedades emergentes (infección por el virus de inmunodeficiencia humana, la drogadicción, los problemas mentales) y reemergentes (tuberculosis, cólera, malaria, dengue, etc.), están asociadas al deterioro social, ambiental y a la tensión de los movimientos migratorios hacia zonas urbanas sin servicios de salud y sociales adecuados (22, 40).
- ✓ Científicas-tecnológicas: el incremento exponencial de la tecnología usada en medicina (métodos diagnósticos, medicamentos), así como su rápida obsolescencia han incrementado dramáticamente los costos de los sistemas de protección y atención de la salud, con lo cual cada vez es más difícil para el Estado garantizar este derecho a buena parte de la población. Estos temas están enmarcados en el proceso de globalización y bajo la influencia del complejo médico-industrial que, unido a la dependencia tecnológica (caso de Latinoamérica), agrava aún más este problema (22, 40, 64, 104).
- ✓ Cultura de la salud: especialmente en el último siglo, la medicina se ha desarrollado bajo la ideología médica del liberalismo económico (biomedicina) que concibe a la salud y la enfermedad como problemas individuales, dejando a un lado la prevención y la promoción de la salud, actuando sobre la enfermedad antes que en el paciente, tratando los síntomas y no las causas, buscando las razones individuales y no las sociales. Además, le arrebató a la persona la autonomía de su propia salud para darle todo el protagonismo a los profesionales de la salud y a la alta tecnología. Este modelo ha sido propiciado por el complejo médico-industrial apoyado por los servicios de salud y otros actores (investigadores, profesionales de la salud, etc.) (22, 40, 65, 102, 104).

La reforma a los sistemas de salud consistió entonces introducir el modelo de la atención gerenciada como estrategia administrativa para adaptarse a los nuevos

requerimientos de los organismos multinacionales de crédito. Para ello se requiere, entre otras cosas: separar el financiamiento de la prestación para generalizar la competencia, financiar a la demanda y no a la oferta, favorecer la privatización y subordinar las decisiones clínicas para reducir los costos (al menos en teoría), manejar de una manera más eficiente los recursos, menos corrupción en las organizaciones y una mayor calidad en la prestación de sus servicios (40, 65). La privatización se logrará con la financiación a través de copagos, aportes obligatorios o pago directo, la gestión por contratación de empresas privadas para la administración de los recursos económicos del sistema, y la provisión se privatiza por la contratación con empresas, instituciones de salud o con profesionales independientes, así como la prestación de servicios de salud, diagnóstico y suministro de medicamentos. De esta manera, la privatización promete productividad y eficiencia, aunque realmente lo que se persigue es extender los negocios a los servicios y seguros sanitarios. El Estado entonces es subsidiario mientras se promueve un mercado que sea rentable, lo cual implica un mayor consumo de bienes y servicios, una demanda artificial, precios artificialmente inflados, patentes privilegiadas y medicalización, esta última como efecto directo de la globalización (22, 40, 65, 102).

A partir de la primera mitad del siglo XX, al menos en Norteamérica se comienzan a desarrollar una serie de actividades en los hospitales que finalmente desembocarán en lo que hoy se conoce como AF y que pone definitivamente al farmacéutico en el área asistencial (1, 105, 106).

La OMS ha reconocido como problemas para alcanzar el máximo nivel de salud la medicalización de la sociedad, el uso inadecuado de los medicamentos y los procesos de acumulación de capital de la industria farmacéutica, lo cual posiblemente coincide con las actividades derivadas de la 'crisis de innovación'. Desde su creación el 7 de abril de 1948, esta organización ha considerado el medicamento como un insumo necesario para alcanzar el grado máximo de salud y para lo cual ha realizado algunas propuestas como por ejemplo: la formulación del concepto de 'medicamento esencial'<sup>34</sup> en 1977; la definición de 'uso racional de medicamentos'<sup>35</sup> en 1985 y una formulación de estrategias para su promoción, y la elaboración de una serie de documentos sobre el papel del farmacéutico en los servicios de salud a partir de 1988 (103, 107).

Debido a la importancia que tiene la OMS a nivel mundial en temas sanitarios, la mayoría de los países miembros han acogido estas propuestas y es así como el farmacéutico llega

---

<sup>34</sup> "Medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Se seleccionan teniendo debidamente en cuenta su pertinencia para la salud pública, pruebas de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con el costo." Selección de medicamentos esenciales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No. 04 junio de 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh3006s/1.html>

<sup>35</sup> "Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad". Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS — Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Septiembre de 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>

en pleno en el área asistencial, donde se reconoce su papel en la disminución o prevención de la morbilidad asociada con medicamentos y la racionalización en el consumo de medicamentos con el fin de mantener la viabilidad financiera de los sistemas de salud (11, 103).

En la actualidad se continúan produciendo cambios en la prestación de asistencia sanitaria impulsados en parte por los cambios en las políticas de pago destinado a frenar el aumento de los costos y por los avances en la tecnología que han permitido que tratamientos complejos puedan realizarse de manera ambulatoria, mientras que la hospitalización se ha mantenido estable en los últimos años. La proporción de médicos por población sigue aumentando lentamente, pero la oferta no se distribuye por igual en todo el país, mientras que la proporción de otros profesionales de la salud (incluidos los farmacéuticos y enfermeras) no aumenta tan rápidamente para mantener el ritmo de envejecimiento de la población (108, 109).

La necesidad de las instituciones de salud de presentar resultados en términos de rentabilidad y garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud han facilitado el ingreso de los farmacéuticos en el área asistencial debido a que los medicamentos son los insumos que más aportan al gasto en salud (3, 110-112) y, por lo tanto, requieren de un control en cuanto a su utilización. En Colombia, la política Farmacéutica Nacional hace énfasis en la importancia de controlar el gasto en medicamentos de la siguiente manera:

La política farmacéutica parte del supuesto de la existencia de una importante ventana de gestión pública del gasto farmacéutico nacional, considerando que el crecimiento del mismo en la última década, en especial del gasto en recobros, puede ser explicado, en una proporción importante, por prácticas inadecuadas de uso, inducción indebida de la demanda, precios altos y márgenes de intermediación exagerados<sup>36</sup>

### **2.3.1.5 Los inicios de un paradigma social**

Aunque no se evidencia una ruptura del paradigma positivista, podemos decir que en la profesión farmacéutica se vislumbran unos intentos por establecer el paradigma social. Desde el tradicional enfoque biomédico, se asume que las enfermedades se deben principalmente a causas físicas, químicas y biológicas y que las variaciones en los síntomas y el comportamiento del paciente durante la enfermedad reflejan la gravedad o la etapa de la enfermedad. Supone, además, que los medicamentos se recetan y consumen de acuerdo con las necesidades físicas del paciente y el conocimiento y criterio científico del profesional de la salud. Al final se asume que los resultados del tratamiento están determinados en gran medida por los procesos fisiológicos o biológicos. Este tipo de enfoque no tiene en cuenta los sentimientos del paciente, creencias y reacciones de comportamiento a la enfermedad y el tratamiento porque el paciente es visto simplemente como un organismo pasivo cuya rehabilitación o recuperación depende únicamente de la disponibilidad y utilización apropiada de la tecnología médica, como los medicamentos,

---

<sup>36</sup> Documento CONPES 155. Política Farmacéutica Nacional. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia. Bogotá D.C., 30 de agosto de 2012

los dispositivos y la cirugía. También supone que la prescripción inapropiada del medicamento o su administración son causadas por la falta de conocimiento científico. Los esfuerzos para mejorar el consumo de medicamentos en entornos institucionales que han confiado en la perspectiva biomédica no siempre han logrado los resultados deseados. Esto puede deberse a que estos esfuerzos ponen demasiado énfasis en la importancia de la información científica y subestiman la importancia de factores no médicos tales como las necesidades y preferencias del paciente, presiones económicas, patrones de dotación de personal y las creencias y normas personales del proveedor (113).

A pesar del enorme avance en la tecnología médica durante las últimas décadas, la salud de muchas personas en todo el mundo aún no ha mejorado. Esto es principalmente debido a que este estado depende en gran medida de factores socioeconómicos y políticos del individuo y de la nación. Los cambios actuales en el panorama político-social de la asistencia sanitaria en todo el mundo también contribuyen a la falta de acceso a servicios de salud eficientes en algunas poblaciones, especialmente en los países en desarrollo. Por otra parte, en la mayoría de los países en desarrollo, la prestación de servicios eficaces de atención de la salud también se ve obstaculizada por la falta de profesionales de la salud competentes, que entiendan las enfermedades y su tratamiento no solo desde el punto de vista biomédico, sino también desde el aspecto social y de comportamiento de las necesidades de cuidado de la salud. La comprensión de estos aspectos mejorará los resultados del tratamiento de los pacientes a través de un entendimiento mutuo de las cuestiones más allá de las ciencias clínicas. Por lo tanto, se requiere la formación de profesionales de la salud (incluyendo los farmacéuticos) con una reorientación al cuidado de la salud incorporando temas relacionados con los aspectos sociales y del comportamiento (24, 114, 115).

Según algunos autores, la práctica farmacéutica en los países desarrollados como el Reino Unido, Australia y Estados Unidos hace evidente que los farmacéuticos pueden contribuir significativamente en la salud pública. En la actualidad existe un movimiento considerable entre los responsables de las políticas de salud y educadores en el desarrollo de habilidades y actitudes de los futuros farmacéuticos para satisfacer las necesidades de salud de la mayoría de personas. Por otra parte, en las últimas dos décadas, amplias transiciones se han observado en los programas de farmacia a nivel mundial, sobre todo con la incorporación de los temas de las ciencias sociales y del comportamiento en el marco del nuevo campo llamado 'farmacia social'. Inicialmente era sinónimo de la distribución social del consumo de medicamentos y de 'farmacoepidemiología', pero recientemente se reconoce que este campo implica mucho más que el consumo de medicamentos en una población. Se incorpora la implicación social asociada a los usos terapéuticos y no terapéuticos de preparaciones farmacéuticas como también se examina desde la perspectiva del comportamiento individual y de grupo los sistemas sociales que existen entre ellos (114-116).

Las últimas décadas han sido testigos de un creciente número de cambios en las funciones de los farmacéuticos. Por ejemplo, en las actividades de atención primaria, la

composición y formulación de medicamentos son cada vez menos importantes debido a la disponibilidad de los medicamentos industrializados. Por otra parte, la adopción para la farmacia de funciones innovadoras orientadas al paciente, tales como asesoramiento sobre medicamentos, la adherencia al tratamiento farmacológico, la revisión de los medicamentos en casa, la vacunación y otras actividades de atención primaria, además de prescriptores complementarios e independientes (hasta cierto punto) garantizan que se pueda dedicar más tiempo a los pacientes y no a los productos. En este contexto, una buena comprensión de la condición socioeconómica, la cultura, etc., de los pacientes es muy importante para lograr el objetivo de la AF (115).

Es evidente que en el proceso de desarrollo de las competencias profesionales, el farmacéutico entienda que los pacientes tienen sus propias creencias, puntos de vista y perspectivas sobre su salud y el uso de los medicamentos. Sus percepciones y perspectivas hacia los medicamentos pueden ser importantes para el éxito de las estrategias de intervención en salud. Los profesionales de la salud en muchos países se enfrentan con el problema del tratamiento de los pacientes cuyas creencias y conductas sobre la salud y la enfermedad pueden ser completamente diferentes de las suyas. Hay una amplia variedad de grupos étnicos con diferente religión o creencias que pueden presentar un reto en la prestación de atención de salud debido a las diferencias en la necesidad de atención en función de su sistema de creencias. La modificación del estilo de vida de estos grupos étnicos o religiosos pueden dificultar la adherencia al tratamiento, y la evidencia sugiere que la mayoría de los pacientes van a modificar su tratamiento, algunos dejaran de tomarlo por completo y otros podrán tomar sus dosis diarias en una sola toma. Es por esto que el farmacéutico debe estar preparado para aceptar que un paciente pueda decidir autónomamente no consumir un medicamento por razones de su cultura o creencias. El conocimiento obtenido de los cursos de farmacia social ayudará a comprender que la valoración del balance riesgo-beneficio de los pacientes es diferente a la de los profesionales de la salud, gracias al desarrollo de habilidades personales e interpersonales relacionados con el asesoramiento y la comunicación eficaz en la mejora del proceso de uso de medicamentos en la sociedad (114, 115).

### **2.3.2 La Relación farmacéutico-paciente**

La RFP no ha sido estudiada completamente y cuando se busca en la literatura, generalmente este tema se relaciona con las habilidades del farmacéutico en la dirección de la entrevista con el fin de lograr la información requerida para la identificación, prevención y resolución de los PRM, tal y como son entendidos desde el concepto de la AF (11, 117-120).

En ese sentido, Caelles et al. han incorporado otros elementos importantes a la RFP (en el marco de la entrevista): la relación con un profesional que colabore sin juzgar, el apoyo en la consecución de mayores beneficios clínicos, el interés que debe demostrarse y

finalmente propone que tanto el farmacéutico como el paciente deben ser proactivos sobre una base de confianza (120). Idoya Beltrán aclara como en la actualidad el paciente ha tomado un rol más activo en la relación y ahora es consciente de su responsabilidad en el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad. Describe el “*counseling*” como un conjunto de conocimientos técnicos, habilidades de comunicación y actitudes del profesional hacia el paciente y que tiene como objetivos la empatía, el respeto, la confidencialidad, escucha activa, motivación para reconocer sus problemas y ayuda en la toma de decisiones (121). Victoria Hall describe algunas situaciones y emociones que se pueden presentar en la RFP, así como los factores que facilitan y dificultan la comunicación (122). Freitas et al., realizan una propuesta desde lo filosófico, lo cual constituye un avance en este sentido ya que menciona que el paciente debe ser visto como un individuo con conocimientos, experiencia y principios y la RFP debe estar basada en el respeto mutuo teniendo en cuenta que ambos son profesionales: el farmacéutico en aspectos técnicos y clínicos del medicamento y el paciente en su experiencia, sentimientos, miedos, esperanzas y deseos. También menciona que el paciente debe ser visto como un todo (visión holística) que incluye considerar el contexto en el que vive y su influencia en la toma de decisiones en salud (3). Finalmente Cipolle et al., define la relación terapéutica en el marco de la AF como “una asociación o alianza entre el profesional y el paciente formada con el propósito de optimizar las experiencias del paciente con sus medicamentos”, enfatizando en la necesidad del reconocimiento de responsabilidades por parte del paciente y el farmacéutico y que está basada en la confianza, respeto, autenticidad, empatía y compromiso. También resalta la necesidad de entender la cosmovisión del paciente y cómo el farmacéutico debe tratar de enlazarlas con el fin de establecer conjuntamente los objetivos terapéuticos (123).

Dado que existen pocos antecedentes sobre la RFP, se tomará como referencia la relación médico paciente para orientar la reflexión sobre esta (124) .

**Paradigma mágico-religioso:** el enfermo era reconocido como un poseso, una persona que habría caído en desgracia por algún comportamiento que no gustó a los dioses o al brujo. El sanador tenía gran reconocimiento y respeto de parte de los integrantes de la aldea, razón por la que el “paciente” se sometía totalmente a los dictados de estos elegidos, que podían hablar con los dioses e interpretar sus signos. Con el fin de prevenir desequilibrios en el seno de la tribu o para mantener el bienestar colectivo, sus líderes instauraron sistemas morales basados en modelos arbitrarios de conducta elaborados ya sea a partir de tabúes religiosos o por leyes impuestas (71, 125).

**Paradigma metafísico:** se funden lo humano con lo técnico y se piensa en ayudar al enfermo en una posición más paternalista donde el paciente era considerado como un ser pasivo (de ahí, este nombre), que debería obedecer ciegamente las recomendaciones del médico. Se plantean los principios de valor del médico en el juramento hipocrático dentro de los cuales cabe resaltar el principio de beneficencia (no negar un beneficio conocido) y no maleficencia (no perjudicarlo expresada en el principio de *primun non nocere*). Sin embargo, durante la época, la práctica de la medicina estaba jerarquizada y por lo tanto, unas relaciones de poder y unos valores éticos diferentes de acuerdo al estrato social del

enfermo. El sistema moral estaba basado en una sumisión a la técnica y a los médicos con el objetivo de mantener el equilibrio de humores (71).

**Paradigma científico:** De la revolución industrial y el liberalismo económico de la Ilustración, surge la ética principialista basada en la idea de hombres libres, iguales y racionales donde se concibe la enfermedad desde el punto de vista del conocimiento científico absoluto. Las relaciones de poder aún existen pero no son tan marcadas gracias a los principios éticos de: Beneficencia (Hacer todo el bien al paciente); No maleficencia (no dañar a los demás); Autonomía (los valores, criterios y preferencias del enfermo gozan de prioridad en la toma de decisiones, en virtud de su dignidad como sujeto) y Justicia (todos los sujetos merecen el mismo respeto y deben reivindicar su derecho a la vida, a la salud y a la equidad en la distribución de los recursos sanitarios) (71, 126). Esta ética presenta algunos puntos de discusión: en primer lugar definir que es benéfico o perjudicial en esta época de profunda intervención de la medicina en todos los campos de la vida es todo un reto. En segundo lugar, el principio de justicia tiene dos puntos de vista: el del paciente, ya mencionado anteriormente y el del Estado que tiene que asegurar una equitativa distribución de recursos para la salud, los hospitales y la investigación. En tercer lugar, la autonomía no resolverá todos los problemas de la relación entre el paciente y el profesional de la salud pues su ejercicio inadecuado podrá convertirse en paternalismo y finalmente la priorización de estos principios ha sido objeto de intensos debates sin llegar a un consenso de cual es más importante en caso de ser necesario su jerarquización (124, 126-128). El sistema moral está basado en lo que diga la ciencia y la razón y que se haya demostrado científicamente. Cada persona merece según sus propias capacidades, habilidades, esfuerzos, etc.

Bajo este paradigma, Gracia y Lázaro consideran que los sistemas de salud identifican al enfermo (persona con manifestaciones clínicas de una enfermedad) ya no solo como paciente (persona que acude a buscar ayuda), sino también como consumidor (cuando utiliza algún servicio), cliente (cuando debe pagar por la utilización de los servicios) y usuario (si realiza algún trámite administrativo). Desde entonces se han acuñado expresiones como relación enfermero - paciente (REP), luego relación sanitario-usuario (RSU), hasta llegar a lo que estos autores denominan Relación Clínica (RC) (129, 130). En ese mismo sentido, el glosario de bioética da a entender que la definición de la RMP<sup>37</sup> puede ser extendida a la relación profesional de la salud – paciente donde el profesional farmacéutico puede incluirse.

**Paradigma social:** la ética de intervención trata con sujetos históricos, la enfermedad como asunto de determinación social y donde las verdades son también históricas. La ética principialista con sus múltiples cualidades, es incapaz de desafiar y resolver los macro-problemas éticos relacionados con diversos campos de la salud pública y colectiva, por lo tanto y como lo menciona Garrafa, se requiere de una bioética transformadora,

---

<sup>37</sup> *“Es una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético. La relación médico-enfermo (o, más genéricamente, la relación sanitario-paciente) sólo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir, a la excelencia”*

Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/import/Glosario%20de%20Bioetica.pdf>

comprometida e identificada con la realidad de los países en desarrollo que permita responder a problemas como:

...la exclusión social y la concentración de poder; la pobreza, la miseria y la marginalidad; la globalización económica internacional y la evasión dramática de recursos de los países periféricos para los países centrales; la manipulación de la información; la falta de consolidación de la cultura (o de políticas efectivas...) de defensa de los derechos humanos universales y de la ciudadanía; la inaccesibilidad de los grupos económicamente más frágiles a las conquistas del desarrollo científico y tecnológico; y la desigualdad de acceso de las personas pobres a los bienes de consumo básicos indispensables a una supervivencia humana con dignidad (131).

El sistema moral sobre el que se basa la relación trabajador de la salud paciente está basado en que lo que está bien o mal es un asunto histórico que se construye colectivamente entre grupos sociales en disputa-conflicto económico, político e ideológico, cada grupo social tiene una manera de entender el mundo y en la disputa histórica uno u otro se hace hegemónico e impone de diversas formas su punto de vista a los demás, para mantener el estado de cosas (justificar mantener privilegios). La ética de intervención tiene como objetivo conseguir el respeto de los derechos de las personas, la promoción de los valores democráticos, el fortalecimiento ético de la sociedad civil y las buenas actitudes en la atención de las personas usuarias, familiares y acompañantes en todos los procedimientos y programas, considerándolas no sólo como receptoras sino también como agentes activos en la participación y gestión de los servicios y de su bienestar (131).

## 2.4 El medicamento

La palabra MEDICAMENTO proviene del latín *medic(um)*: 'médico' + *men-tu(m)*: 'instrumento'. Literalmente significa: instrumento utilizado por el médico para curar una enfermedad. En 1250 se utilizaba la palabra *melezinamiento* (derivado de *melezinar*, y este derivado de *melezina*, del latín *medicina*, derivado de *mederi*, 'cuidar, curar') y a partir de 1940, la palabra medicamento se utiliza con su significado actual.<sup>38</sup>

La palabra fármaco a su vez proviene del griego *pharmakon* y puede significar 'veneno' o 'brujería'. Este término está relacionado con 'placebo', que surgió simultáneamente cuando Sócrates y Platón enseñaban que "la eficacia de un medicamento es mayor cuando el enfermo a quien se le administra, confía en él" (132).

La creencia actual aceptada sin mayores discusiones es que si los medicamentos son utilizados en las mismas dosis y para las mismas enfermedades, sus efectos serán predecibles y su eficacia será igual para todos los pacientes. Obviamente esta creencia

---

<sup>38</sup> Tomado de Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Universidad de Salamanca. Disponible en <http://dicciomed.eusal.es/palabra/medicamento>

tiene que ver con el modelo hegemónico biomédico de la concepción del proceso salud-enfermedad que considera a todos los organismos biológicamente iguales y que obedecen a leyes físicas, químicas o matemáticas precisas (133).

Sin embargo, desde el punto de vista de la antropología médica y farmacéutica, algunos autores opinan que la eficacia es un fenómeno multinivel que comprende el organismo puramente biológico y al hombre como ser social y cultural. Desde esta perspectiva, se considera que la eficacia es el resultado de la interacción entre las creencias del médico en su oficio, del paciente en su curación y las del grupo social donde se encuentran, como por ejemplo: la relación precio-eficacia, las marcas comerciales, el país de origen del medicamento, entre otras, con lo cual se crean representaciones socialmente compartidas que son respaldadas por acciones de movilización de los pacientes y familiares para, finalmente, manifestarse a favor o en contra a partir de la eficacia instrumental (la cura de lo real por medio de lo simbólico). Las terapias de forma general integran dimensiones físico-químicas, simbólicas, metafísicas y sociales, integradas de tal forma que no siempre es posible conocer la fuente de su eficacia, ya que la cura implica simultáneamente la supresión de las causas y de los síntomas (134-137).

Se puede considerar que la concepción actual del medicamento arrastra un poco de cada paradigma, pero se reconoce que siempre prevalecerá uno por encima de los demás (hegemonía). Se realizará inicialmente una descripción del medicamento en cada paradigma para finalizar analizándolo desde esa dicotomía de agente quimioterapéutico y símbolo.

## **2.4.1 El medicamento en los diferentes paradigmas**

### ***2.4.1.1 Paradigma teológico***

La respuesta inicial del hombre primitivo a la enfermedad seguramente fue el instinto que lo guío a buscar en su hábitat más cercano los alimentos que le permitieran sobrevivir y los remedios para curarse o aliviar sus males. Dado que no existen registros escritos de esa época, se presume que nuestros antepasados prehistóricos desarrollaron conductas similares a los animales en este tipo de situaciones: limpieza de las heridas, desparasitación, inmovilización de los miembros afectados por traumatismos y la búsqueda de hierbas. Con el paso del tiempo fue encontrando plantas, sustancias o partes de animales y minerales que resultaban eficaces frente a las enfermedades, y la repetida observación de los efectos de estos hallazgos, así como la comprobación de resultados favorables obtenidos con su empleo, produjeron un conocimiento que se transformó en experiencia y se transmitió a través de la memoria colectiva dando lugar al tratamiento empírico. Durante el neolítico se desarrolló la magia, se enunciaron explicaciones sobre la vida y se dio inicio a rituales para enfrentar las enfermedades que aquejaban a la población. Para sobrevivir, se debía ser exitoso en la caza, la pesca y la agricultura, por lo que se necesitó acudir a poderes mágicos y supersticiosos y así controlar las fuerzas naturales o sobrenaturales. Así mismo, se debió recurrir a estos

'poderes especiales' para intentar explicar la acción curativa de esas sustancias, cuya administración comenzó a rodearse de ensalmos y conjuros convertidos en el elemento principal, cuando no único, de la actuación terapéutica. Por medio de la magia los humanos primitivos enfrentan la enfermedad teniendo en cuenta quién la combate, cómo se combate y dónde se realiza el ritual de sanación (51).

Ya en las primeras civilizaciones, la religión fue sustituyendo paulatinamente a la magia y, por lo tanto, la terapéutica se fundamentaba en los exorcismos, oraciones, sacrificios (desde lo religioso) y en los encantamientos y conjuros (desde lo mágico). En estos ritos se incluían materiales derivados de los tres reinos de la naturaleza, los cuales requerían de algún tipo de manipulación (reducir su tamaño, mezclarlos con miel o leche, barro, etc.) para poder ser administrados, con lo cual se elaboraron las primeras 'formas farmacéuticas' siempre con el enfoque mágico religioso cuyo significado solo era comprendido dentro de cada una de esas culturas. Un ejemplo de esto lo constituye el producto denominado 'lágrimas de Isis', descrito en los papiros egipcios con información de las proporciones de los componentes y el modo de preparación (para el médico) y la forma como el enfermo debe usar el producto. Los chinos ya conocían la práctica de la antibiosis aplicándola a las heridas infectadas, describieron el sarampión, la lepra y la tuberculosis mucho antes que en occidente. Algunos autores atribuyen a los Israelitas la institución de la higiene social como ciencia, dada la abundancia de mandatos higiénicos presentados en la Biblia y el Talmud como la desinfección de vestidos, objetos hogareños, enjuagues frecuentes, aislamiento de leprosos y cuarentenas, entre otros (51).

#### **2.4.1.2 Paradigma metafísico**

Como en las anteriores civilizaciones, en la Grecia antigua existía una mezcla de empirismo y magia representada en una religión politeísta, donde sus dioses al ser más humanos les permitían a sus habitantes una relación menos rígida que fue allanando el camino para el planteamiento del nuevo paradigma. Entre los dioses griegos relacionados con el tema de interés se cuenta con Apolo dios de las enfermedades y el mal; su hijo Asclepio que sanaba las enfermedades; Panacea, hija de este último, que curaba todas las enfermedades e Hygea diosa de la higiene. Durante esta época y en la obra homérica la *Ilíada* aparece el término *Pharmakon*, una sustancia que puede actuar como veneno o remedio (51).

El conocimiento del medicamento basado en la observación y el estudio surge entonces en la civilización griega siendo Dioscórides y luego Galeno a quienes se les considera los padres de los medicamentos, cuyos conocimientos fueron conservados y transmitidos en la edad media, gracias a los árabes. Platón y Aristóteles llevan la filosofía y la ciencia griega a su cumbre e Hipócrates rechaza el origen divino de la enfermedad liberando el pensamiento griego de la concepción teológica del terapeuta. Para poder enfrentar la enfermedad desde el paradigma de los cuatro humores se requiere de una terapéutica más elaborada compuesta por productos vegetales simples, los cuales son integrados en uno solo por medios mecánicos que aún hoy en día se conocen como 'galénica' (reunión de gran cantidad de ingredientes en una sola preparación) para referirse a los principios

activos y a los inertes o excipientes contenidos en la presentación. El objetivo de estas preparaciones era restablecer el equilibrio que se había perdido entre el macrocosmos (los cuatro elementos) y el microcosmos (los cuatro humores) (51, 53).

La expansión territorial realizada por Alejandro Magno permitió desarrollar los conocimientos sobre más medicamentos, recopilar y describir sistemáticamente la materia farmacéutica gracias a los aportes de los egipcios y separar los medicamentos de los venenos, dando origen al famoso mitridato<sup>39</sup> que permaneció vigente hasta la Alta Edad Media. Ya en Roma, Celso, Dioscórides y Plinio el viejo recopilan en sus obras la información sobre la preparación y uso de los medicamentos utilizados en Grecia y Roma, que obviamente eran una acumulación de los conocimientos de culturas aún más antiguas y donde se describen en detalle las primeras formas farmacéuticas. Con Galeno se popularizó el uso de la triaca preparada con más de 50 ingredientes, una panacea que se utilizaba para combatir los venenos, el aire putrefacto y las pestes. La composición de la triaca, así como el mitridato, fue modificada durante los quince siglos que duró su vigencia (51).

La Edad Media en Europa fue el escenario de la lucha entre los cristianos y los musulmanes (representada por los árabes), estos últimos querían mejorar lo existente hasta el momento, creando, entre muchas cosas, la alquimia (aportando métodos nuevos como la destilación, etc.), separaron el oficio del boticario del médico y fundaron las primeras farmacias (en Bagdad), escribieron las primeras farmacopeas, idearon formas farmacéuticas como jarabes, confecciones, conservas, aguas destiladas y líquidos alcohólicos y crearon la palabra 'droga' (*hatrúka*) que significa charlatanería. Para esta misma época, Avicena describió algo más de 760 medicamentos y recomendó que los nuevos medicamentos deberían probarse primero en animales y humanos antes de autorizar su uso generalizado (51, 53, 138). El resultado de esta intensa actividad de los árabes se ve reflejado no solo en un aumento en el número de preparaciones disponibles, sino en la complejidad de su preparación y almacenamiento, lo cual requiere un conocimiento más especializado.

#### **2.4.1.3 Paradigma científico**

Para el siglo XIII, Roger Bacon y otros contemporáneos plantean que el médico llega al conocimiento de la enfermedad por medio de la experiencia y la razón, sentando las bases del positivismo en la medicina. La nueva mentalidad que llegó con el Renacimiento reemplaza el "todo ha sido creado por Dios" por "el hombre es el centro del mundo y medida de todas las cosas", originando el empirismo racionalizado. Con la llegada de la Peste o 'muerte negra', los médicos de la época intentaron infructuosamente, bajo el paradigma reinante, purificar el aire, purgar los humores mediante sangría y, finalmente, hacer buen uso de los medicamentos disponibles para el momento: los laxantes, el bolo

---

<sup>39</sup> Antídoto de la antigua farmacopea en cuya composición entraban el opio, el agárico, aceite de víboras y otros ingredientes. González-Nuñez J. La farmacia en la historia. La historia de la farmacia. Barcelona, España: Grupo Ars XXI; 2006. 259 p.

arménico, la triaca, etc. Este acontecimiento junto con otros anteriormente descritos ocasionan el divorcio completo del paradigma metafísico gracias al desarrollo de la anatomía, la fisiología, la química y, más tarde, la etiología, con lo cual se va consolidando el nuevo paradigma científico bajo la filosofía positivista (51).

Este paradigma también requería intervenciones terapéuticas acorde a la nueva visión de la enfermedad. Acompañado del desarrollo de las ciencias naturales y exactas, los medicamentos también experimentaron un desarrollo similar en cuanto a la técnica y conocimiento para su preparación (nuevos ingredientes y procesos) como, por ejemplo, en Norteamérica (Filadelfia) donde se fundó la primera industria de hierbas medicinales, en Europa, donde Stanislaus Limousin aportó al perfeccionamiento de los equipos de inhalación y administración de oxígeno terapéutico, la invención de las ampollas de vidrio y el gotero, entre otros desarrollos. En el instituto Pasteur, se descubrieron medicamentos arsenicales para el tratamiento de la sífilis, se inició el trabajo para la síntesis de sulfas y se reconocieron los primeros antihistamínicos.

La actividad del farmacéutico de la época era mezclar sustancias para preparar lo que hoy llamamos formas farmacéuticas, tales como: jarabes, elixires, colirios, soluciones, gargarismos, tinturas, colodiones, emplastos, ungüentos, etc. Si bien desde el siglo XVIII en Europa ya se había comenzado a industrializar la preparación de medicamentos, las posteriores guerras estimularon la producción masiva, pues se requerían grandes cantidades de medicamentos para tratar a los heridos. De esta manera la preparación de medicamentos salió de la botica para ser producidos en las modernas plantas de alta tecnología del siglo XX (53).

#### **2.4.1.4 Paradigma social**

El medicamento visto en su integralidad como agente quimioterapéutico, como mercancía y como símbolo ha sido ampliamente estudiado desde un enfoque biomédico incluso cuando se estudia a nivel colectivo (farmacoepidemiología), desconociendo las diversas relaciones sociales que se generan durante su utilización. Por tal razón, este paradigma propone identificar las interacciones y la movilidad de su uso con los diferentes actores, siguiendo un orden biográfico en su 'vida social': producción, distribución, etc. Se reconoce al medicamento como un objeto con cualidades medicinales impregnado de aspectos culturales que traen asociados valores sociales, comerciales y políticos, además de evaluar la forma en que los medicamentos son utilizados e interpretados en los diferentes niveles de una sociedad (internacional, nacional, sistema de salud, institucional, hogares), con el fin de comprender los malentendidos y los conflictos que conducen al uso inadecuado, a la desigualdad en el acceso y a las políticas erráticas de medicamentos (6, 134, 139-141).

El uso de los medicamentos se acompaña de un conjunto de prácticas y gestos que, aunque individuales, están sujetos a un marco médico institucional. Desde su fabricación hasta su llegada al paciente el medicamento incorpora una gran cantidad de representaciones sociales y de símbolos que lo revisten de múltiples facetas (104, 106). Para comprender mejor este tema, se presentan dos propuestas que estudian las relaciones sociales, producto de la utilización de medicamentos: una de ellas desde la

visión de la Medicina Social Salud Colectiva (MS-SC) y la otra desde la antropología farmacéutica.

### La Dinámica Social Relacionada con los Medicamentos

A partir del enfoque de la MS-SC, Orozco plantea que los problemas de salud-enfermedad-atención hay que analizarlos de una forma diferente al modelo biomédico, resaltando su carácter social-colectivo-promocional-preventivo-de derechos humanos, para, así, poder evidenciar que los procesos sociales en los cuales están inmersos los medicamentos son intermediarios de la producción, reproducción y transformación social. Por esta razón, propone el concepto de 'Dinámica Social Relacionada con los Medicamentos' (DSRM) con el fin de visibilizar las diversas interacciones sociales que están incluidos en la investigación, registro, producción, comercialización, publicidad, prescripción, dispensación y administración. Esta denominación (la DSRM), permite destacar que los problemas con medicamentos van más allá de los efectos biomédicos, pues estos no pueden desligarse de las personas que "los piensan, investigan, registran, producen, comercializan, publicitan, prescriben, dispensan, venden, administran, consumen e interpretan" (140).

Orozco también cuestiona que en el ámbito de la salud pública se reconocen tres problemas importantes relacionados con los medicamentos: acceso inequitativo, calidad inadecuada y uso irracional. Para la MS-SC estos problemas son apenas la superficie, se encuentran en el nivel singular de los fenómenos manifiestos fácilmente observables. En un nivel intermedio, el particular, están los procesos y problemas en los que se concreta la dinámica social relacionada con los medicamentos, aquí se moldean los problemas singulares, se comprenden los procesos de investigación y desarrollo, registro, producción, comercialización, prescripción, dispensación, administración y consumo de medicamentos. En el nivel más profundo, el general, están los procesos y problemas sociales que generan los dos niveles anteriores, es el nivel que permite una mejor comprensión de la esencia social de los procesos salud-enfermedad-atención, entre los cuales están los problemas relacionados con la dinámica social de los medicamentos. Podemos resumir la propuesta de Orozco de la siguiente manera:

Sin negar lo que la evidencia científica actual aporta a los medicamentos, se puede afirmar que seguramente algunos medicamentos podrán modificar algunas condiciones de salud, pero no hay que olvidar que detrás del medicamento existe una industria multimillonaria que se lucra de estos desarrollos, que para los diferentes actores del sistema de salud se constituyen en un símbolo que representa las posibilidades de la ciencia para mejorar la calidad o expectativa de vida de los usuarios; como herramienta de control social contribuyen a la medicalización de la vida y control de los cuerpos ayudando a manipular las percepciones de las necesidades de salud; fortalecen el poder del médico y de esa manera reproducir el modelo biomédico y finalmente estimulan el consumismo no solo de ellos mismos sino de los servicios de salud (140).

Continúa este autor mencionando que:

Los medicamentos están inmersos en una dinámica social en la que las personas se relacionan para entender, interpretar y enfrentar sus condiciones de salud y vida, y obtener reconocimiento (poder simbólico), producir, circular, intercambiar y acumular valor (poder económico), establecer normas y tomar decisiones (poder político) (140).

### La “vida social” de los Medicamentos

La lógica cultural (carácter simbólico) de los medicamentos fue comprendida por los primeros antropólogos en las llamadas sociedades primitivas. Lo llamaron magia, fetichismo o animismo<sup>40</sup>: Para el año 1980, algunos antropólogos extendieron esa perspectiva cultural a los medicamentos y comenzaron a examinarlos sistemáticamente como fenómenos sociales y culturales. Para esa época, ya era claro que la biomedicina, y en particular los medicamentos, se utilizaban en casi todas las sociedades de África, Asia y América Latina. De otro lado, las críticas radicales de la invasión farmacéutica del Tercer Mundo llamaron la atención de académicos como Illich quien señaló la expropiación de la salud en la sociedad. Con el concepto de medicamentos esenciales de la OMS, los políticos y antropólogos interesados en las implicaciones sociales prestaron más interés a las formas en que los medicamentos eran suministrados y utilizados en el cono Sur (139).

El enfoque antropológico de los medicamentos se basa en el orden biográfico de su ‘vida social’. Primero se preparan (generalmente en un entorno tecnológicamente avanzado), luego se comercializan a los proveedores al por mayor (ministerios de salud y empresas privadas), así como a los minoristas (hospitales y clínicas, farmacéuticos, comerciantes y profesionales de la medicina). A continuación, se distribuyen a los consumidores (ya sea con receta o de venta directa). La prescripción es una fase intermedia que se le suministra al paciente (en forma de un documento) y le permite comprar el medicamento. El medicamento alcanzará la etapa final de su vida cuando llega a las manos de un consumidor que lo va a usar para restaurar, mejorar o mantener su salud. La forma en que el medicamento se administra constituye el momento más importante de su vida, pues el uso incorrecto puede hacer que toda su vida carezca de sentido. Finalmente, se puede decir que los medicamentos tienen una ‘vida’ después de su ‘muerte’ que consiste en el cumplimiento de su propósito (la eficacia), es decir, su efecto sobre el bienestar de la persona que las tomó (134, 139, 142).

Cada una de estas etapas se caracteriza por un contexto y unos actores específicos: durante la producción y comercialización, son los científicos y empresarios que trabajan para las compañías farmacéuticas; la prescripción involucra a los profesionales de la salud y sus pacientes en el contexto de una práctica médica; la distribución se lleva a cabo por los vendedores (visitadores médicos, expendedores de medicamentos, etc.) y sus clientes en un entorno de mercado. Finalmente, el consumo por parte de los usuarios, ya sea en un ambiente casero (lejos de los profesionales médicos) o en un ámbito institucionalizado, supervisado por médicos, farmacéuticos y enfermeras (134, 139, 142) .

---

<sup>40</sup> Creencia que atribuye vida anímica a todos los seres. Creencia en la existencia de espíritus que animan todas las cosas. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

De la misma manera, cada etapa tiene un régimen de valores que se expresa en diversas ideas acerca de los medicamentos. En la fase de producción y comercialización, los conceptos de la investigación científica, bien de mercado y competencia comercial son dominantes; en la prescripción, los médicos los identifican como herramientas indispensables en sus encuentros con los pacientes; para los vendedores y compradores al por mayor, son mercancías, y para los pacientes y sus familiares significa la esperanza de resolver sus problemas. A lo largo de la fabricación, comercialización, prescripción, compra y consumo, las personas les dan una historia a los medicamentos, los cuales adquieren un rango y fuerza en la sociedad. Los productos farmacéuticos no son sólo los productos de la cultura humana, también son productores de la misma, ya sean como vehículos de la ideología (facilitadores del autocuidado) o como fuentes percibidas de la eficacia que dirigen los pensamientos y acciones de las personas e influyen en su vida social. Por lo tanto, la biografía de los medicamentos es considerada como una metáfora adecuada que permite poner orden a los comportamientos sociales y culturales, arrojando luz sobre su complejidad. Adicionalmente, desde el punto de vista académico, permite proponer cinco temas de investigación que coinciden con las cinco etapas de la vida biográfica mencionadas anteriormente (134, 139, 142).

## **2.4.2 Dualidad ontológica del medicamento**

Para el farmacéutico asistencial es un reto integrar y entender los aspectos biológicos y sociales que permitan tener una visión más amplia de los medicamentos. Como un esfuerzo para aportar en la superación de este reto, en este documento se tendrá en cuenta la propuesta de Fernando Lefevre que afirma que los medicamentos presentan tres dimensiones inseparables: agente quimioterapéutico, mercancía y símbolo, con lo cual se logra conferirle el poder social (143). Las dos primeras corresponden a una misma categoría ontológica (objeto fáctico, que puede ser percibido por los sentidos) y la segunda a una categoría de valor (una cualidad por la que una persona o cosa es apreciada o bien considerada). Estas tres dimensiones no son excluyentes, sino complementarias permitiendo entender la complejidad del medicamento.

### **2.4.2.1 El medicamento como agente quimioterapéutico y mercancía**

La concepción tecnológica fue y sigue siendo la esencia del quehacer farmacéutico y, por lo tanto, se puede afirmar que esta constituye el núcleo actual de la profesión. Según esta visión, el medicamento es:

Todo producto que, convenientemente administrado al organismo, es capaz de prevenir, curar, paliar o diagnosticar un estado patológico. En esta definición se encuentran implícitos dos elementos característicos de todo medicamento: el principio activo (sustancia responsable del efecto farmacológico) y la forma de dosificación (producto resultante del proceso tecnológico que confiere al medicamento características adecuadas para su administración) (144).

Esta definición reconoce al medicamento como un agente quimioterapéutico al describir los objetivos terapéuticos (prevenir, curar, paliar o diagnosticar), y como tecnología desglosa al medicamento en sus componentes: principio activo y forma de dosificación que son los elementos básicos necesarios para el diseño, fabricación y control de calidad.

Esta definición no contempla aspectos clínico-terapéuticos como la seguridad ni los determinantes de su uso con las repercusiones sociales, culturales y económicas.

Desde el punto de vista legal, en Colombia, un medicamento, según el decreto 677 de 1995, es:

Aquél preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado (145).

Al igual que la concepción tecnológica, la visión legal contempla los mismos objetivos terapéuticos con lo cual se describe su papel como agente quimioterapéutico. Adicionalmente, le confiere integralidad al medicamento (no solo la forma farmacéutica, sino el material de empaque y envase) y además establece la necesidad de la calidad y estabilidad como prerrequisitos para el uso adecuado. Este concepto permite la estandarización de la fabricación de medicamentos con una calidad uniforme, independiente de quien lo fabrique o comercialice y sirve de soporte para decisiones de mercado. En este mismo sentido, no tiene en cuenta los potenciales efectos deletéreos ni contempla los determinantes de su uso con las repercusiones sociales, culturales y económicas.

La tecnología farmacéutica se preocupa por la estabilidad, facilidad de administración y control de la liberación de un fármaco en un sitio determinado del organismo, las propiedades quimioterapéuticos sugieren la utilidad sobre la salud, aspectos que son aceptados por las agencias regulatorias y que en últimas permitirán que los medicamentos se comporten como mercancías, es decir que se puedan intercambiar por dinero.

#### **2.4.2.2 El medicamento como símbolo**

Para la población, el medicamento adquiere el papel de símbolo, entendido este, como una pequeña porción de algo material (cápsula, tableta, jarabe, etc.) impregnado de un valor (la salud). La función simbólica del medicamento asume que la enfermedad es un hecho orgánico que se puede enfrentar a través de éste y es la única manera científicamente válida para obtener un valor muy deseado (salud). Por lo tanto, en esta dimensión se reconoce el medicamento como mercancía (porción de algo material intercambiable por dinero) y como agente quimioterapéutico (recuperación de la salud) (136, 137). A los medicamentos siempre se les ha asignado valores que no se les puede comprobar empíricamente pero que son imprescindibles para que funcionen, posiblemente debido a su origen mágico. Según González et al.:

...Acaso el tema tenga cierta reminiscencia del viejo mito de Prometeo, quien robó el fuego a los dioses y los entregó a los hombres. Este mito se asocia a la idea de que las personas buscan dominar la magia y ponerla al servicio de la humanidad. Bien podría

extrapolarse ese mito al devenir histórico del medicamento desde lo mágico a lo científico a través de la técnica, en pos de una utilidad práctica ya no para los dioses sino para los seres humanos. (146)

Aprovechando que los medicamentos simbolizan la eficacia frente a enfermedades o dolencias, la determinación social de la enfermedad se vuelve invisible, se engaña a las personas con la apariencia de una eficacia científica y se esconde su papel como una mercancía elaborada para garantizar la acumulación de capital (136, 137, 143, 146). El farmacéutico y en general todos los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de investigar y concientizar sobre este aspecto con el fin de evitar que los medicamentos se conviertan en símbolos sustitutivos de la salud, pues de esta manera se evita o distrae la intervención de las causas sociales y conductuales de la enfermedad.

### **2.4.3 Aspectos metodológicos en el conocimiento del medicamento**

Estas tres dimensiones del medicamento pueden ser utilizadas para estudiarlos desde diferentes niveles de análisis:

**Tecnológico:** los medicamentos son considerados como una mercancía que debe cumplir con los requerimientos de calidad establecidos por la farmacopea con el fin de garantizar la estabilidad, adaptación a la vía de administración, y, finalmente, debe tener una apariencia física en su material de envase y empaque que lo haga competitivo frente a otras opciones de mercado. Se identifican las interacciones fisicoquímicas del fármaco con los demás componentes de la formulación (tecnología farmacéutica), así como con el sitio de administración del medicamento (biofarmacéutica). Esta actividad es desarrollada por farmacéuticos en la investigación y desarrollo, los entes regulatorios estableciendo normas de fabricación y control de calidad y la IF investigando nuevas formas farmacéuticas o sistemas de administración para ser competitivos en el mercado. La investigación en este campo es realizada con ensayos de laboratorio utilizando las ciencias básicas (física, química, matemáticas y biología) como soporte teórico y la elaboración de lotes piloto con el fin de explicar los hallazgos (78, 147).

**Fisiológico:** los medicamentos son considerados como agente quimioterapéutico, explorando la interacción del fármaco a nivel molecular, celular, tisular y de órgano-sistema. Estos permiten caracterizar los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos que servirán posteriormente para el establecimiento de formas farmacéuticas, regímenes de dosificación, y para soportar la autorización de un registro sanitario. Participan en esta actividad los farmacéuticos, farmacólogos y otros profesionales de la salud en el diseño y desarrollo de los protocolos de investigación, los entes regulatorios estableciendo normas éticas para su realización y la IF investigando nuevos medicamentos que lo hagan competitivo en el mercado. La investigación en este campo corresponde a la llamada Fase I y II, soportada por las ciencias básicas que sirven como base teórica para la farmacología experimental en la cual se utilizan personas sanas (en ocasiones y

dependiendo del medicamento, pacientes) en las cuales se evidenciaran estos resultados (148, 149)

**Clínico-terapéutico:** El medicamento se identifica como un agente quimioterapéutico. Se busca identificar la eficacia (respuesta clínica en condiciones ideales de uso) y la efectividad (respuesta clínica en condiciones reales de uso), lo cual constituye las bases de la farmacología clínica. Los pacientes son protagonistas fundamentales de esta etapa, la industria farmacéutica a quien le interesa demostrar la eficacia de sus nuevos desarrollos, los grupos de investigación de las universidades, los miembros de los comités de ética, los médicos, farmacólogos, enfermeras, farmacéuticos, bioestadísticos, entre otros profesionales y, finalmente, las autoridades regulatorias quienes adjudicaran permisos de comercialización a los medicamentos que hayan superado esta etapa. La investigación se realiza a través de lo que se conoce como Fase III (experimentos clínicos controlados), utilizando como herramientas la bioestadística y la epidemiología clásica (148, 149).

**Epidemiológico:** El medicamento se presenta en su doble papel de agente quimioterapéutico y mercancía. Todos los usuarios de medicamentos son protagonistas en este nivel de análisis: médicos, farmacéuticos, enfermeras y pacientes, entre otros. Estos análisis son de interés principalmente para las instituciones rectoras y reguladoras de salud, aunque también los han utilizado la industria farmacéutica (estudios de fase IV) con el fin de promover su uso. La farmacoepidemiología es la herramienta que se utiliza para: conocer cuánto y cómo se utilizan los medicamentos, cuantificar la respuesta clínica de los medicamentos en condiciones reales de uso y, finalmente, proponer estrategias tendientes a mejorar el uso de los medicamentos (149-151).

**Ambiental:** Actualmente este nivel de análisis plantea al medicamento como una mercancía, estudia la interacción de los medicamentos una vez han sido utilizados (o no) sobre el medio ambiente: fauna, flora y ecosistemas. Hasta el momento, los ingenieros ambientales, biólogos, entidades oficiales encargadas de la protección del medio ambiente y la biología están realizando algunos estudios valiéndose de la ecología y los impactos ambientales. Son pocos los estudios disponibles en este campo (152, 153) .

### **Colofón**

Se ha reconocido que la salud y enfermedad no son fenómenos dicotómicos y excluyentes, más bien son un proceso continuo que involucra la salud-enfermedad y la atención, los cuales son resultado de construcciones sociales bajo los paradigmas vigentes en cada época de la humanidad. Según Ivan Illich la posguerra trajo una “mutilación” simbólica de la imagen del hombre, convirtiéndolo en “el hombre necesitado” que nos hace dependientes (en el sentido de necesidad) de bienes y servicios. Hoy en día se considera que para satisfacer esas “necesidades”, es primordial tener bienes / servicios y acumularlos sin importar para que sirvan. Las otras formas de entender las necesidades perdieron su vigencia y con ellas se fueron los valores convencionales que fueron la base de las relaciones sociales y constituyeron la piedra angular de las distintas culturas (154).

Tal vez por su origen mágico y los cambios en las cosmogonías a lo largo de la historia el medicamento se ha impregnado de estas características y el significado actual sea el resultado de una mezcla ecléctica, y la profesión farmacéutica es el crisol donde se amalgamaron todas ellas. Algunos autores han propuesto que las diferentes culturas le atribuyen al medicamento dos características bien definidas: 1. puede ser identificado como un objeto tangible que pertenece al mundo real y que se comporta como una mercancía; puede ser diseñado, fabricado e intercambiado por dinero, para lo cual, las concepciones legales y tecnológicas serían suficientes, y 2. el medicamento se considera como portador de un valor (intangibile) que los usuarios le atribuyen por su capacidad de curar, o al menos mejorar su calidad de vida (134, 139, 142, 155-158).

En el cambio de las actividades del farmacéutico influyeron diferentes acontecimientos entre los cuales se pueden identificar los siguientes: Desde lo político se produce una redistribución del mundo como consecuencia de las guerras mundiales y trae como consecuencia la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la creación de organizaciones supranacionales de salud; desde lo económico, la implementación del neoliberalismo que arrastra el consumismo promovido por Keynes, una acelerada reproducción del capital, una profunda reforma a los servicios de salud que son privatizados y reformas sociales que profundizan la inequidad en la sociedad. En lo relacionado con la industria farmacéutica, esta acoge los principios neoliberales y en su afán por acumular más capital entra en crisis de innovación con lo cual se aumenta la cantidad de medicamentos disponibles en el mercado y con esto la probabilidad de iatrogenias que producirán elevados costos en la atención en salud.

Los acontecimientos anteriormente mencionados permitieron la consolidación del MMH ya que legitiman la economía neoliberal al justificar el consumo de medicamentos y tecnologías en salud. (159, 160). Las consecuencias inevitables de MMH fueron la medicalización<sup>41</sup> de la vida que trajo consigo una nueva cultura del medicamento (aumento del consumo) y de la salud y, opuesto a ello, las reformas en los sistemas de salud que obligan a prestar una asistencia eficiente para hacerlas rentables (pugna entre el capital industrial y el capital financiero) (161, 162).

---

<sup>41</sup> “Denota la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójales o indeseables, de tal fenómeno”. Mainetti JA. *Electroneurobiología*. 2006; 14 (3); 71-89; Foucault, hace referencia al proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico. *Historia de la medicalización. Educación médica y salud*. 1977; 11(1); 3-23. Ilich lo denomina *Yatrogenia social*. Ivan Ilich. *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. Barral editores, 1975.

### **3. MARCO REFERENCIAL: La AF en el mundo y la metodología de investigación**

"A desire to take medications is, perhaps, the greatest feature which distinguishes man from other animals".  
Sir William Osler, 1891

#### **3.1 El origen y expansión de la AF**

Como se describió en el capítulo anterior, el desarrollo de las ciencias básicas (química y la fisiología) da origen a la farmacología; la gran demanda de medicamentos originada por las guerras mundiales y las políticas económicas de ese momento impulsan el desarrollo de la industria farmacéutica, con lo cual la mayoría de los farmacéuticos abandonan la botica para dedicarse a labores productivas en esta floreciente industria, y aquellos que deciden permanecer en la farmacia comunitaria se dedican al despacho e información sobre medicamentos, aunque con gran frustración, pues su papel se ha restringido al de simple despachador.

Posiblemente el aumento en el número y la disponibilidad de medicamentos en el mercado ha incrementado la morbi-mortalidad por esta causa, la cual ha sido documentada desde finales de la década de 1960. Estos estudios hacen mucho énfasis en que estos acontecimientos adversos pudieron haber sido prevenidos (163-166). Estos hechos coinciden con otros sucesos políticos y económicos, los cuales permitirán que el farmacéutico, aprovechando el gran conocimiento técnico que posee, comience a cambiar el enfoque de la práctica de los productos, y los sistemas biológicos a garantizar la mejor terapia farmacológica y la seguridad del paciente, aumentando el nivel de responsabilidad del farmacéutico. Es en ese momento cuando se puede considerar el surgimiento de las AAF, de las cuales la AF es una de las más conocidas y polémicas a nivel mundial. A continuación se presenta en forma resumida el origen y la expansión de este concepto (167).

##### **3.1.1 El origen del concepto**

El concepto de AF nació a partir de un término utilizado por Mikeal et al. en 1975, como una aproximación de la definición análoga a la atención médica, pero fue Brodie quien incluyó en la definición las necesidades relacionadas con medicamentos para un paciente dado y la disposición no sólo de los medicamentos requeridos, sino también de los servicios necesarios para una terapia segura y eficaz (168).

La primera aproximación al concepto actual de AF se llevó a cabo en el año 1988 por Strand, Cipolle y Morley. En ese momento presentaron un instrumento llamado 'Diagnóstico Farmacéutico de la Farmacoterapia' diseñado con el objetivo de estandarizar la documentación de las bases de datos, las actividades de atención al paciente de un farmacéutico clínico y los planes terapéuticos (169). Posteriormente, Hepler y Strand definen la AF como "... la provisión responsable de la terapia con medicamentos con el propósito de lograr resultados concretos destinados a mejorar la calidad de vida del paciente" (1), la cual se basa en tres puntos clave: 1. el farmacéutico tiene que responsabilizarse de los resultados, 2. se debe realizar el seguimiento a la terapia farmacológica, y 3. se debe tener un compromiso directo con los pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida con el uso de los medicamentos (1). Esta definición también implica que el farmacéutico debe identificar los problemas potenciales y reales relacionados con la medicación con el fin de prevenirlos o resolverlos, por lo que en el año 1990 Strand et al., definen los PRM como: "...una experiencia indeseable del paciente que involucra terapia con medicamentos y que interfieren real o potencialmente con una deseada evolución de los pacientes" (9, 168).

Este concepto se inició en los Estados Unidos y se extendió rápidamente a muchos otros países gracias, entre otros hechos, al documento elaborado por la OMS sobre el papel del farmacéutico en los sistemas de salud durante la conferencia de la *Fédération Internationale Pharmaceutique* (FIP) en Tokio en 1993<sup>42</sup>, a la creación del *Pharmaceutical Care Network European* (PCNE) en 1994<sup>43</sup> y el manual para el desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente en 2006<sup>44</sup>. (168, 170). Posiblemente pudieron contribuir a la consolidación a nivel mundial del concepto de AF como sinónimo de la AAF los siguientes hechos: la orientación de la AF hacia el paciente ambulatorio, la importancia que la OMS (como ente mundial de actividades de promoción, prevención e intervención en salud) le dio a la Atención Primaria en Salud (APS), el cambio en la actividad del farmacéutico donde ahora puede interactuar con los usuarios de los medicamentos y la interpretación del término que le dieron los docentes de las diferentes facultades de farmacia a nivel mundial, entre otras.

A continuación se presenta un breve panorama de la AF en diferentes países comenzando por Estados Unidos y Canadá (por su cercanía geográfica se dejan en el mismo apartado), pasando luego a España (separada de Europa por el idioma y su gran influencia en América Latina) y posteriormente otros países de donde fue posible obtener información. Se finalizará este recuento con la situación en América Latina y Colombia.

---

<sup>42</sup> *The role of the pharmacist in health care system*. Report of a WHO meeting Tokyo, Japan. 1993

<sup>43</sup> Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE). <http://www.pcne.org/>

<sup>44</sup> <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094s/s14094s.pdf>

### 3.1.2 La situación en los Estados Unidos y Canadá

La AF en los EE.UU. es estimulada por asociaciones nacionales como la *American Pharmacist Hospital Association* (APhA), quienes han elaborado su propia definición (171). Adicionalmente existe una fuerte discusión relacionada con la posibilidad de que el farmacéutico pueda realizar otro tipo de actividades de atención primaria como prescribir medicamentos, aunque Estados como Virginia ya autorizan a los farmacéuticos para la prescripción de medicamentos y administración de vacunas<sup>45</sup>. Para este siglo, se han introducido nuevos servicios profesionales y se han instituido más credenciales que aseguran la competencia de todos los egresados farmacéuticos para apoyar su continuo desarrollo y la progresión de la carrera profesional. Las escuelas de Farmacia están trabajando para lograr un modelo generalizado y estándar de cuidado, determinado únicamente por las necesidades de pacientes y poblaciones (172). El gobierno de los Estados Unidos ha comenzado a formular un plan para la población de Medicare a través de la aprobación de la Ley de Modernización de Medicare del año 2003, por lo que la AF está sufriendo una transformación hacia el modelo gerencial que se conoce como *Managment Therapy Medication* (MTM)<sup>46</sup>, que ofrece una oportunidad para que los farmacéuticos desarrollen servicios de atención directa del paciente en la comunidad (173).

En lo relacionado con Canadá, la *National Association of Pharmacy Regulatory Authorities* (NAPRA por sus siglas en inglés) regula la práctica de la farmacia y la explotación de las farmacias en sus respectivas jurisdicciones y cuenta con 14 miembros de las Autoridades Reguladoras de Farmacia. Utilizan la definición de AF de Strand et al. (10). Se reconoce como obstáculos para la prestación de la AF la escasez de farmacéuticos y la falta de sistemas de reembolso de los servicios cognitivos (112). La evidencia del valor de la AF en las farmacias comunitarias de Canadá ha recibido el apoyo de varios proyectos de investigación y se espera que continúe la expansión del papel del farmacéutico en la atención al paciente. Al contrario que los EE.UU., la farmacia no está tan orientada por los intereses económicos ni la atención gerenciada, lo cual es atribuido por diferentes autores a un mejor desarrollo de la farmacia privada donde existen más elementos del cuidado durante la práctica. La Farmacia canadiense muestra más parecido con el norte de Europa, pues en algunos Estados esta práctica es remunerada y existen bases de datos disponibles en internet y sistemas de vigilancia sobre el consumo de medicamentos que facilita la realización de estudios (174).

---

<sup>45</sup> Michael Levin-Epstein. Is Pharmaceutical Care' A Problem or Panacea?. *Managed Care*. 1998. Disponible en: <http://www.managedcaremag.com/archives/1998/2/pharmaceutical-care-problem-or-panacea>

<sup>46</sup> El *Managment Therapy Medication* es un servicio distinto o grupo de servicios que optimizan los resultados terapéuticos para pacientes individuales. Son independientes, pero pueden ocurrir en conjunto con el suministro de un medicamento. Bluml BM. *Definition of Medication Therapy Management: Development of Profession Wide Consensus*. *J Am Pharm Assoc*. 2005;45:566–72.

### 3.1.3 La llegada del concepto a España

Como se mencionó en el apartado anterior, el informe de la OMS/FIP de 1993 en Tokio donde se analizaron las responsabilidades del farmacéutico frente a las necesidades del paciente y la comunidad, fue fundamental para la expansión del concepto y actividades de la AF. En el caso de España, dos años después del informe, un grupo de farmacéuticos lograron incluir una sesión sobre el *Pharmaceutical Care* en un congreso de la Asociación Española de Farmacéuticos de la Industria (AEFI). Posterior a este evento y teniendo como antecedentes la creación de la Red Española de Atención Primaria, un grupo de congresistas lideró la creación de los servicios de AF en España. La consolidación de esta iniciativa se dio en 1997 con la realización del estudio sobre AF en personas que han sufrido episodios coronarios agudos liderado por un grupo de docentes e investigadores, la creación de la Fundación *Pharmaceutical Care* en 1988, y por la realización del Máster en AF organizado por la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada desde el año 2000 (170). Otra actividad más reciente es el foro de AF integrado por los expertos en el área y convocado por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos cuyo objetivo es difundir un mensaje común en el colectivo farmacéutico, consensuando conceptos y haciéndolos llegar también a otros profesionales de la salud y la sociedad en general (175).

Para la realización de las actividades de AF los españoles han acudido a las oficinas de farmacia que son definidas por la legislación española como ‘establecimientos sanitarios privados de interés público’, donde el trabajo de los farmacéuticos asistenciales asegura la accesibilidad al medicamento, ofrece apoyo sanitario y realiza SFT a los pacientes. Están distribuidas de tal manera que permiten a toda la población española disponer de este servicio muy cerca al lugar de residencia, garantizando el acceso al mismo medicamento con el mismo precio a lo largo de toda la geografía española. Estas oficinas incluyen el concepto de AF y (176). La generalización del modelo de AF requirió ajustar estas actividades en el marco de las funciones asignadas en la ley: las dirigidas al medicamento (selección, adquisición, distribución e información) y las que están orientadas al paciente (consulta farmacéutica, SFT, farmacovigilancia, educación sanitaria) (175). Finalmente, es de reconocer que desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se ha aprobado el Consenso sobre AF, el cual está disponible en su página web.

### 3.1.4 La llegada del concepto a Europa

Se presume que la llegada del concepto de AF a Europa estuvo determinada por la conferencia de la FIP en Tokio en el año 1993 y la creación del PCNE en 1994. Hay varias razones por las cuales es difícil obtener una imagen clara de las prácticas de farmacia y AF en Europa: a pesar de que la Unión Europea ha existido durante muchos

años, se han hecho una serie de recomendaciones sin lograr una armonización en el ámbito de la atención primaria de salud; por este motivo, todavía hay grandes diferencias en las políticas de atención de la salud y las prácticas entre los países europeos. Por otra parte, no es muy común describir las prácticas actuales o desarrollos profesionales en la farmacia; la mayoría de los artículos se centran en las amenazas comerciales y profesionales a la farmacia o los retos del futuro. Es más fácil encontrar artículos que describan investigaciones en pequeños elementos de la práctica de la farmacia, pero en la mayoría de los países europeos aún no es una práctica frecuente. Hay muchas revistas farmacéuticas en Europa que se publican en más de cuarenta idiomas diferentes y muchas no están indexadas en las principales bases de datos internacionales como Medline/Pubmed (171, 177).

Los diferentes términos utilizados en Europa, como *farmaceutische zorg* en Bélgica, *farmaceutische patiëntenzorg* en los Países Bajos, *Pharmazeutische Betreuung* en las regiones de habla alemana, *farmaceutisk/Farmacøytisk Omsorg* en la mayoría de los idiomas escandinavos o *pharmaceutique soïn* en las regiones de habla francesa, se refieren básicamente a la AF en términos de la definición Hepler y Strand. Además, existen conceptos aparentemente dispares con implicaciones similares, como “seguimiento Farmacoterapéutico” con la extraña traducción de *pharmacotherapy follow-up* en España y Portugal y *Medicines Therapy Management* en algunas partes del Reino Unido (UK). El término “Servicios Cognitivos de Farmacia”, que se utiliza a menudo en los círculos sociales de farmacia, también apunta en la dirección de la AF. Además de esta gran diferencia en los términos utilizados, también puede haber una diferencia en la interpretación de la AF dentro de un país o entre ellos y del ámbito donde se desarrolla (comunitario, ambulatorio u hospitalario) (171, 177, 178).

Una aproximación particular del ejercicio de la AF en Suecia es conocida como Apoteket AB, perteneciente al sistema de farmacias minoristas, ya que se organiza en una sola cadena de propiedad del gobierno. Algunas de las actividades relacionadas con la AF se han dirigido a grupos específicos de pacientes durante las campañas temáticas anuales. Un sistema de clasificación para la documentación de los PRM y las intervenciones de farmacia fue desarrollado en el año 1995 e incorporado en el software de todas las farmacias de la comunidad en 2001 (179). Una base de datos nacional de PRM (SWE - DRP) se creó en 2004 para recopilar y analizar PRM e intervenciones a escala nacional. Las universidades no parecen tener ningún deseo de influir en la práctica de la farmacia y potencialmente podrían asumir un papel más activo en la preparación de los estudiantes de farmacia de los servicios orientados al paciente (180).

Tres organizaciones existen en Europa relacionadas con el tema: Pharmaceutical Group European Community (PGEC) que participa en el desarrollo de sistemas informáticos y que incorpora algunos elementos de la AF, El foro EuroPharm que desarrolla los aspectos de la implementación de la AF y, la PCNE que coordina la mayoría de la investigación europea en el campo de la AF (181).

En general, la evidencia bibliográfica ha logrado demostrar una gran actividad en AF en algunos países nórdicos, Reino Unido, Holanda, Alemania y algunos países

mediterráneos. Sin embargo, en Europa central y oriental, la aplicación de la AF no ha mostrado avances similares a los países de Europa occidental (182).

### 3.1.5 El ingreso del concepto en Australia y Asia

En Australia y Nueva Zelanda el desarrollo de la AF fue motivado, entre otros acontecimientos, por el lanzamiento del programa de uso adecuado de medicamentos en 1992 y la presentación del concepto de AF por Hepler. Después de una discusión, se acordó que el modelo práctico de Minnesota podría ser utilizado en la práctica farmacéutica de Australia. Desde esta época se han realizado cursos de entrenamiento para los farmacéuticos y varios proyectos financiados por el gobierno han demostrado los beneficios clínicos y económicos de la AF. Según Foppe van Mil, los desarrollos que ha realizado Nueva Zelanda en algunos programas de AF y en los que han conseguido resultados similares, están relacionados con la cercanía geográfica con Australia (171).

En la India, los farmacéuticos no han sido reconocidos aún por la sociedad en el campo asistencial, incluso en la nueva política de salud del gobierno de la India (2002). En los hospitales desempeñan actividades técnicas relacionadas con el medicamento (suministro, adecuación, distribución, etc.) en lugar de actividades asistenciales. La educación farmacéutica tiene una orientación industrial, tal vez, porque es el mayor productor mundial de medicamentos genéricos y ocupa el 4º lugar a nivel mundial en volumen de producción de medicamentos<sup>47</sup>. Aunque no se conoce con exactitud el inicio de la AF, en el año 2009, la Association of Community Pharmacists of India (ACPI) toma la iniciativa de realizar la AF siguiendo los lineamientos y protocolos del documento de la OMS/FIP. Un documento del 2011 del Servicio de Salud Indio (IHS) adopta la definición de la APhA (183) algunos artículos publicado entre los años 2011-2012 definen y describen la AF acorde a la propuesta de Hepler y la posterior modificación por parte del A FIP en 1998 (184, 185).

En Japón, el 30% de los farmacéuticos están distribuidos como farmacéuticos comunitarios o farmacéuticos de hospital, el resto están empleados en la industria y en las universidades. La farmacia clínica está todavía inmadura y se necesitará más tiempo para alcanzar el nivel de los países occidentales (186). En 2006, el programa de farmacia ofrecido por las universidades se cambió a un programa de 6 años, incluyendo 6 meses de formación clínica en hospitales y farmacias comunitarias ante la necesidad de contribuir al desarrollo de un sistema de asistencia sanitaria para una sociedad que envejece. A pesar de que los farmacéuticos japoneses aún no están formados para proporcionar AF, se espera que tengan un papel en el cuidado de una población que envejece, sobre todo en el entorno de la comunidad (187). (187). A pesar de que la

---

<sup>47</sup> La India cuenta con más de 20.000 plantas productoras y da empleo a 3,3 millones de personas, entre empresas nacionales y multinacionales. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2012/12/10/la-industria-farmaceutica-india-la-farmacia-de-los-pobres/>

dispensación de medicamentos por parte de los médicos está muy extendida, los farmacéuticos han logrado con éxito el pago de una amplia gama de servicios de AF con independencia de los productos farmacéuticos y el derecho legal, así como la responsabilidad de practicar la AF, tanto en el hospital como en la práctica comunitaria (188). No se logró ubicar algún documento que permitiera identificar cual es el concepto de AF que se utiliza en este país, pero es posible que haya una fuerte influencia del documento de la OMS/FIP.

### **3.1.6 La influencia de la atención farmacéutica en América Latina**

Según Ramalho de Olivera et al., en América Latina hay muy pocas actividades identificadas en la literatura relacionadas con la AF, tanto en la investigación como en la práctica (5). Los avances son más bien tímidos y se dificultan, entre otras cosas, por problemas como su participación numérica en el trabajo del hospital o en farmacia comunitaria, así como su débil formación en el área clínica. Son varias las experiencias del farmacéutico que trabaja en el ES en las que se evalúa y analiza el impacto en desenlaces clínicos y económicos que ha producido su incorporación a este. La formación de los profesionales en la salud ha estado segmentada, ocasionando la fragmentación en los conocimientos que el profesional no puede conectar, además de una brecha entre la teoría y la práctica que presenta al farmacéutico como capaz de explicarlo 'todo', pero con dificultades para resolver en forma adecuada los problemas de la práctica profesional (11, 189-191).

Ante la dificultad para conseguir evidencia de trabajos publicados en el área, se realizó una revisión de la Política Nacional de Medicamentos (PNM) con el fin de identificar, primero, si se encontraba definido el papel del farmacéutico (especialmente en las actividades asistenciales) en las estrategias de sus ejes temáticos y, segundo, si se mencionaba o definía el concepto de AF. Como resumen se puede establecer los siguientes puntos:

- Brasil representa una excepción en los países de Latinoamérica no solo porque ha logrado consensuar el término 'asistencia farmacéutica' alejado de los conceptos de Hepler y Strand sino por la gran cantidad de publicaciones sobre el tema (192). En el resto de países de Latinoamérica y Centroamérica no se ha logrado identificar mayor actividad investigativa en el área de la AF, farmacia clínica o alguna otra actividad asistencial del farmacéutico. Una búsqueda desde el navegador de google para identificar algún diagnóstico o realización de actividades en este tema arroja información que no necesariamente corresponde a la realidad y es más bien la percepción del autor de la publicación. De este ejercicio en internet, se identificó que, a pesar los avances en esta materia la AF sigue siendo una aspiración en muchas partes de Latinoamérica (193-205) y que para algunos países no fue posible identificar documentos u opiniones sobre el tema.

- En los países de Latinoamérica que cuentan con una PNM, se establece la AF como una estrategia para alguno de sus ejes: calidad, acceso y uso racional de medicamentos. En muy pocos de estos documentos se comprometen con una definición del concepto, pero en los que existe se adopta de los documentos de la OMS y en otros casos se puede evidenciar la influencia conceptual del documento de Hepler (206-214). En Argentina, Uruguay y Venezuela no fue posible encontrar una PNM o información objetiva sobre el papel que desempeñan los farmacéuticos en esta área del ejercicio profesional. En México, aunque aún no cuentan con una PNM, se contempla impulsar el concepto de la AF como estrategia en el eje de URM, y en el eje de innovación se propone la formación de farmacéuticos clínicos y su integración a los equipos de salud (215, 216).
- En Cuba, por ser un país con un modelo de salud diferente al resto de países se referencia por separado. En la isla, la práctica de la AF no es una actividad frecuente del profesional farmacéutico y tampoco se realiza de una manera estandarizada. Algunos autores plantean la necesidad de implementar estrategias que mejoren el ejercicio profesional. Se reconoce que falta recurso humano, formación académica adecuada y falta de infraestructura en las farmacias (195, 217).
- En algunos países existe formación posgraduada en el campo asistencial, sin embargo, no parece haber similitud en los contenidos ni en las competencias.

### 3.1.7 La AF en Colombia

En el año 1967 con la llegada a Cartagena del Buque-Hospital “Hope”, en el cual se impartía enseñanza en las diversas áreas de la salud, se da inicio a los más recientes avances en el ejercicio de la farmacia en instituciones clínicas que luego se ven cristalizados en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá y en el Hospital de Cartagena. En la Universidad de Antioquia desde la década de 1970, se dio inicio a un proceso académico que introdujo la formación de Químicos Farmacéuticos con fortalezas en AF, con lo cual muchos de sus egresados comenzaron a ejercer en dicha área, a la vez que se preparaban las bases para la creación de la Especialización en AF en 1996. Por otro lado, a partir de 1970, en el Instituto de Seguros Sociales, se implementó el primer servicio farmacéutico que constituyó un referente nacional hasta la década de 1990, cuando por diversas razones no fue posible mantenerse a la vanguardia en campos como la adquisición, la distribución y la administración de medicamentos (218).

Para el año 1980 se estimó el número de profesionales en química farmacéutica en unos 1 800 de los cuales el 14% aproximadamente se desempeñaban en el campo asistencial y que en la formación académica existía un déficit en asignaturas dedicadas al tema. Según estimaciones de Libardo Cárdenas, hacia 2005 un 20% de los profesionales farmacéuticos laboraban en el campo de la AF, manifestando un crecimiento relativo de la ocupación de la comunidad profesional que atiende este campo. Un estudio posterior realizado en el año 2014 por el Observatorio Laboral de la Profesión Química

Farmacéutica, con una muestra de 426 farmacéuticos, encontró que el 37.6% de los egresados se desempeñaban en el sector salud, proponiendo como explicaciones a este incremento, entre otras situaciones, a la normativa vigente que regula los servicios farmacéuticos y que exige la presencia de un químico farmacéutico en la coordinación del servicio; a la contratación por parte de distribuidores de medicamentos de químicos farmacéuticos para ofrecer servicios asistenciales que generan valor agregado y favorecer su competitividad en el sistema de aseguramiento; al proceso de desindustrialización que enfrenta el sector farmacéutico en el país y que se refleja en que la mayoría de las personas que se desempeñan en el sector industrial lo hacen en el área de asuntos regulatorios y no en el área de producción (218). Parece poco probable que esta migración hacia el campo asistencial haya sido propiciado por los cambios en el paradigma del farmacéutico en otras partes del mundo y, más bien, la academia comenzó a reaccionar ante el aumento de la demanda de profesionales con formación en el área asistencial que exigía la nueva reforma en salud de 1994 (Ley 100), preparando su planta docente e incluyendo asignaturas relacionadas con el campo asistencial en su malla curricular (219, 220).

A diferencia de los otros países latinoamericanos, la PFN no contempla la AF como una estrategia para alguno de sus ejes temáticos, pero sí propone como una estrategia transversal la "...adecuación de la oferta y las competencias del recurso humano del sector farmacéutico" (112), reconociendo que faltan profesionales (a la fecha de la publicación habían 10 por cada 100 000 habitantes) y que es necesario capacitarlos en este aspecto en el País. Adicionalmente, reconoce la dispersión y falta de integralidad en la prestación de los Servicios Farmacéuticos (112). En términos generales, la situación de la actividad asistencial del farmacéutico en Colombia no difiere de la mayoría de países de Latinoamérica anteriormente descrita. Según Salazar et al., y existe una base legal para la práctica de esta actividad (Ley 212 de 1995, Decreto 2200 del año 2005 y resolución 1403 del año 2007) (221)

A pesar de no haber muchos documentos o investigaciones publicadas, las actividades académicas (congreso de AF en sus tres versiones) parecen tener una dependencia casi completa de los conceptos de la Universidad de Granada, un distanciamiento entre la teoría y la práctica, pues, aunque se menciona la definición y algunos aspectos de la práctica desarrollados por Hepler y Strand y los consensos de la Universidad de Granada, esto no se refleja en los trabajos y algunas conferencias desarrolladas (222-224).

En lo relacionado con los aspectos académicos, recientemente se han creado algunos posgrados, y en el pregrado hay escasos cursos electivos u obligatorios. La investigación está soportada por esfuerzos individuales (con excepción del Grupo de Promoción y Prevención Farmacéutica. Universidad de Antioquia<sup>48</sup>) que buscan demostrar las ventajas de la implementación de estos programas en diferentes niveles a través de tesis de pregrado, muy pocas de ellas publicadas en revistas indexadas.

Para el caso particular de Colombia se identifican las siguientes características:

---

<sup>48</sup> <http://scienti.colciencias.gov.co:8080/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=0000000004748>

- Escaso recurso humano pues actualmente solo hay 8 escuelas de farmacia en todo el país de las cuales, 4 de ellas estatales llevan bastante tiempo en la formación de QF, 2 son privadas que han iniciado recientemente pero ya cuenta con sus primeros graduados y otras 2 que aún no han comenzado pero que cuentan con la aprobación del Ministerio de Educación (218).
- La crisis financiera del sistema de salud ocasionado en parte por el alto costo de los medicamentos, establece la necesidad de un uso más prudente, donde el farmacéutico tiene mucho que aportar, aunque finalmente la meta debería ser mejorar los resultados en salud, la calidad de vida y contribuir a disminuir la medicalización de la sociedad (22, 107).
- La tercerización de la distribución y dispensación de medicamentos consecuencia de la reforma al sistema de salud en los años 90 ha favorecido el surgimiento y aumento de empresas destinadas a este fin (operadores logísticos) quienes ofrecen como valor agregado el SFT o la AF. Este fenómeno concentra toda la actividad del farmacéutico en la productividad y la eficiencia de su trabajo dejando de lado el cuidado de seres humanos.

## **3.2 La metodología de la investigación en AF**

Las actividades de investigación de las AF tienen como objetivos generar y ampliar una base sólida de conocimientos, además del fortalecimiento de la identidad como profesión. Para cumplir estos objetivos se han descrito algunas metodologías en la literatura que, en general, han sido utilizadas por los grupos de investigación que las propusieron. Tal vez las más conocidas son las de Strand et al., el grupo de Granada, la Red Europea de AF (PCNE) y el Apoteket, un conjunto de farmacias suecas que operan en todo el país (225). Sin embargo, estas metodologías distan aún de ser acogidas por toda la comunidad de farmacéuticos por lo que se presentan problemas cuando se quieren interpretar los resultados de los diferentes estudios publicados (226, 227).

### **3.2.1 Conceptos utilizados para describir las actividades asistenciales del farmacéutico**

Dentro de las AAF, adicional a la AF, se han definido otros términos que en algunas ocasiones se utilizan como sinónimos y posiblemente describan actividades que están relacionados con el ámbito donde se realiza (comunitario, ambulatorio, hospitalario) o a las características propias del sistema de salud.

La AF ha sido definida por Charles Hepler, Linda Strand y, recientemente, Samuel S. Allemann et al., han recopilado las diversas definiciones para realizar una nueva propuesta (1, 228, 229).

**Servicios de gerencia de medicamentos** (MMS por sus siglas en inglés): Son servicios para la gestión de medicamentos, definidos por, Linda Strand junto con Robert Cipolle y Peter Morley, cómo las actividades que los profesionales realizan para satisfacer las necesidades de cuidado del paciente con relación a sus medicamentos (tradicional, no tradicional, fitoterapéutico, suplemento dietario), asegurando una evaluación individual para determinar si el medicamento es efectivo, seguro y apropiado para su condición clínica. Este servicio está basado en la filosofía de la AF (123).

**Farmacia Clínica:** Fue definida inicialmente por Hepler como la prestación de servicios estructurados por farmacéuticos para identificar las necesidades relacionadas con los medicamentos de los pacientes, médicos y enfermeras en un compromiso con la optimización de la farmacoterapia. De esta forma, el ejercicio profesional de los farmacéuticos debe comprender y aceptar la responsabilidad de la calidad de los resultados de la atención del paciente relacionados con los medicamentos (9).

**Seguimiento Fármaco-terapéutico:** definido por el grupo de la Universidad de Granada como: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección de PRM para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM)” (230).

**Asistencia Farmacéutica:** En Brasil, durante el Encuentro sobre la Política Nacional de Medicamentos, en 1988, se discutió y definió la Asistencia Farmacéutica como:

Un conjunto de actividades relacionadas con el medicamento, para apoyar las acciones de salud que demanda una comunidad. Esto implica el suministro de medicamentos en todos y cada uno de su pasos constituyentes, conservación y control de la calidad, seguridad y eficacia terapéutica, el seguimiento y la evaluación de la utilización, la recopilación y difusión de información sobre los medicamentos y la educación continua de los profesionales sanitarios, los pacientes y la comunidad para asegurar el uso racional de los medicamentos (192).

**Actuación Farmacéutica:** este término es discutido como sinónimo de AF. Gastelurrutia lo define como “...el conjunto de actividades realizadas por el farmacéutico encaminadas a la provisión de medicamentos y su uso racional y como dispensador de atención sanitaria en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud” (231).

**Gerencia de la terapia con medicamentos** (MTM por sus siglas en inglés): Es definido por la APhA como un servicio distinto o un grupo de servicios que optimizan los resultados terapéuticos para los pacientes individuales. Son independientes pero puede ocurrir en conjunción con la provisión de un medicamento y abarca una amplia gama de actividades y responsabilidades profesionales, competencia del farmacéutico, u otro proveedor de atención de la salud cualificado (232).

### 3.2.2 Diseño de los estudios

Debido a que en la mayoría de los casos se quiere evidenciar la importancia del profesional farmacéutico en el ES se esperaría una amplia utilización de los estudios experimentales. Sin embargo, las revisiones realizadas han identificado una gran cantidad de estudios observacionales (series de casos, estudios transversales, etc.) que no proporcionan una evidencia contundente a la luz del paradigma actual de investigación (226, 227). En lo relacionado con estudios cualitativos, Oliveira et al. realizaron una investigación donde encontraron que solo un 0.6% de los estudios en AF está realizada utilizando estos diseños (5).

### 3.2.3 Los métodos

A pesar de los hallazgos de Allemann sobre las definiciones de AF (229), en la literatura solo se identifican claramente tres métodos que proponen sistematizar las actividades a realizar durante el proceso de AF:

**Cipolle et al.:** en su más reciente propuesta, utilizan el concepto de MMS, el cual se desarrollan sobre la base de la AF. Describen 10 pasos para la prestación de este servicio: identificar de los pacientes, identificar las experiencias personales con los medicamentos (preferencias, creencias, comportamientos), identificar el patrón actual de uso de todos los medicamentos (no solo alopáticos), evaluar cada medicamento, identificar los problemas relacionados con la terapia farmacológica, desarrollar un plan de cuidado, llegar a acuerdos con el paciente para el plan de cuidados, documentar todos los pasos (estado clínico actual Vs metas terapéuticas), evaluar el seguimiento y, finalmente, manejar integralmente el paciente con los otros profesionales de la salud (123).

**Granada:** el Método Dáder de SFT es un procedimiento operativo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente a través de unas pautas simples y claras. Está constituido por las siguientes etapas: oferta del servicio, entrevista farmacéutica (primera entrevista), estado de situación (comparar los problemas de salud con los medicamentos), fase de estudio, fase de evaluación (identificar los resultados negativos a la medicación), fase de intervención (plan de actuación), entrevistas farmacéuticas sucesivas (seguimiento: resultado de la intervención farmacéutica) (233)

**PCNE:** Es una evaluación de los medicamentos de un paciente con el objetivo de optimizar los resultados de la terapia de medicina. puede ser Tipo I (basado en la historia de medicamentos disponible en la farmacia); Tipo II (Historia de medicamentos y entrevista con el paciente) o Tipo III (historia de medicamentos, entrevista con el paciente e información clínica). Esto implica identificar los riesgos, detectar los problemas y sugerir

soluciones. La revisión de la medicación debe formar parte de la terapia con medicamentos. Se realiza a través de los siguientes pasos: seleccionar el paciente, recolectar los datos (anamnesis), evaluar y valorar los medicamentos (análisis), listar los problemas y soluciones, priorizar los problemas (consulta), implementar el plan terapéutico y finalmente evaluar el plan propuesto (234).

Como se puede deducir, estas tres metodologías tienen en común la selección del paciente, la identificación y evaluación de los problemas, la propuesta de un plan para resolverlos y un mecanismo de seguimiento a este plan. Cada una de ellas plantea una clasificación propia de los PRM, pero en ningún caso establecen como clasificar las intervenciones o los desenlaces.

### **3.2.3 Los Problemas Relacionados con los Medicamentos**

La definición inicial fue propuesta por Strand et al. como “una experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados en el paciente” (235). Al igual que en la AF, a partir de esta definición se han acuñado nuevos términos como: *Drug Therapy Problems*, *Medicine-Related Problems*, *Medication-Related Problems*, *Pharmacotherapy Failures*, *Drug Treatment Failure*, *Pharmacotherapy Problem* o *Treatment-Related Problems* y recientemente el término Resultados Negativos a la Medicación (236).

Foppe van Mil et al., afirman que los PRM son los procesos básicos de la AF y que cualquier actividad de cuidado debe estar enfocada a prevenir o corregir los PRM reales o potenciales, recalando la necesidad de que esta clasificación debe ser entendida por practicantes e investigadores de todo el mundo. Sin embargo, se han identificado hasta 14 clasificaciones diferentes, algunas de ellas sin definición o que no han sido validadas. Todos los autores coinciden en que no hay consenso entre las diferentes clasificaciones (236-238). Llama la atención que el término PRM también se ha utilizado en la definición actual de farmacovigilancia por parte de la OMS (239) sin que ella entre a definirlo, aunque Meyboom et al. si lo han definido y clasificado en este contexto (240). Una información más detallada se encuentran en el Anexo B.

### **3.2.4 Las intervenciones realizadas**

Debido a la dificultad para encontrar una clasificación o estandarización de lo que aquí se denomina intervención, para efectos de esta revisión se tomará el concepto de Benrimoj et al., quienes proponen que se considera una intervención de AF si se incluye, como mínimo, lo siguiente: una consulta entre un paciente y un farmacéutico con un enfoque en

la gestión de la salud o la resolución de PRM; el desarrollo de un plan de cuidados; o el seguimiento a la farmacoterapia. Definido de esta manera las intervenciones pueden ser:

1. Suministro de información;
2. Actividades de educación;
3. Revisión de medicamentos en las historias clínicas;
4. Entrevistas a los pacientes;
5. Desarrollo de planes de cuidado;
6. Enlace o la colaboración con otros profesionales de la salud;
7. Seguimiento de signos y síntomas;
8. Seguimiento de resultados de laboratorio;
9. Dispositivo de educación y vigilancia;
10. Seguimiento de la farmacoterapia (241)

### **3.2.5 Los desenlaces evaluados**

En la actualidad existen preocupaciones éticas de la sociedad relacionadas con los costos, el acceso y la calidad de la atención sanitaria, por lo que el interés en la investigación para evaluar los resultados de la atención de la salud ha ido en aumento en busca de un modelo integral que permita tomar decisiones en salud. Se proponen las relaciones causales entre la enfermedad, los resultados de salud y las decisiones sobre las intervenciones de atención médica, incluidos los servicios farmacéuticos (242).

Debido a que para las intervenciones farmacéuticas aún no hay consenso en la forma de medir los desenlaces obtenidos, Kozma et al., han propuesto un modelo llamado desenlaces económicos, clínicos y humanísticos (ECHO por sus siglas en inglés), que considera el valor de un producto o servicio farmacéutico como una combinación de resultados basados en medidas clínicas tradicionales con otras como la eficiencia económica y la calidad de vida. Este enfoque integrado proporciona una base teórica para considerar posibles compensaciones entre estas variables como un paso previo para el análisis de los resultados de los tratamientos y servicios farmacéuticos y de esta manera optimizar la asignación de recursos sanitarios. Se pretende que el modelo ECHO ayude a los investigadores de los servicios de salud en la planificación, realización y evaluación de productos y servicios farmacéuticos desde una perspectiva multidimensional. Según este modelo, los desenlaces clínicos corresponden a: eficacia, inicio de la acción, porcentaje de pacientes que alivian alguna dolencia, recurrencia de síntomas y eventos adversos. Los desenlaces económicos son: costos médicos directos (costo del medicamento, costo de administrar el medicamento); costos no médicos directos (transporte a la clínica); costos indirectos (ausentismo laboral o académico, disminución de la productividad, ingresos perdidos); costos intangibles (dolor, sufrimiento). Los desenlaces humanísticos corresponden a: calidad de vida relacionada con salud, retorno a sus funciones normales y satisfacción con la terapia (243).

Otra forma de clasificar los desenlaces corresponde al propuesto en el informe sobre el valor de los servicios del profesional farmacéutico, el cual fue publicado originalmente en el año 1998. Se realizó una recopilación de la literatura australiana e internacional publicada desde 1990 hasta junio de 2005, aplicable a la farmacia comunitaria y a los servicios farmacéuticos evaluados en términos de potenciales ahorros de costos y mejoramiento de la calidad de la atención. Además de la actualización de la literatura australiana e internacional desde junio de 1998, este informe proporciona una revisión basada en la evidencia de la literatura. La revisión evaluó la fuerza de la evidencia de la eficacia y el beneficio económico de varios Servicios Farmacéuticos profesionales además de los resultados medidos en los estudios, los cuales son clasificados, primero, en dos grandes grupos (Clínicos y Económicos) y, posteriormente, se utilizan niveles dentro de cada uno de ellos para una clasificación más detallada, como se puede observar en la Tabla 2 (241).

Tabla 2. Clasificación de desenlaces según informe australiano

Nivel	Variables
Nivel I	Mortalidad y admisión hospitalaria, admisiones a urgencias, calidad de vida, RAM, control síntomas o severidad de la enfermedad
Nivel II	<b>Subrogados:</b> Índice de Masa Corporal (IMC), hemoglobina glicosilada (HbA1c), glicemia basal (fasting glucose), tensión arterial (TA), lípidos séricos (CT, LDL, HDL), albumina urinaria o creatinina, pico expiratorio (PEFR), Anticoagulación (INR).
Nivel III	<b>Otras variables conectadas indirectamente, pre y pos test educativos:</b> riesgo específico de enfermedad (CHD), uso de medicamentos, medicamentos apropiados (MAI), cumplimiento o adherencia a medicamentos, conocimiento del medicamento o enfermedad, problemas de medicamentos, uso y costo de servicios médicos o de salud, días perdidos de trabajo o escuela
Nivel IV	<b>Otras variables no conectadas con los desenlaces clínicos:</b> satisfacción del paciente, médico, del farmacéutico, ES.
Nivel I E	Mínima información de costos
Nivel II E	Estudios descriptivos de costos
Nivel III E	Evaluación económica completa

Fuente: Benrimoj SI, Frommer M, Rychetnik L, Holt P, Heinke M, Madronio C, et al. The value of pharmacist professional services in the community setting. A systematic review of the literature October 2002 – March 2005. Adelaide, S. Aust: Quality Use of Medicines and Pharmacy Research Centre, University of South Australia; 2005.

## Colofón

Se puede afirmar que las actividades asistenciales del farmacéutico comenzaron en Estados Unidos a mediados de los años 1970 y que alcanza un punto de inflexión con la propuesta del 'Pharmaceutical Care' en el año 1990 por Hepler y Strand, quienes afirma que esto constituye un cambio en el paradigma del farmacéutico. Pronto con el apoyo de la OMS y la FIP el concepto se extendió por todo el mundo, pero particularmente en

España sufre una transformación por parte de un grupo de profesores de la Universidad de Granada. La llegada del concepto a América Latina seguramente se dio a través de profesores que se especializaron en esta universidad, pero ya bajo otro enfoque: el SFT. Con excepción de Brasil, la investigación en América Latina en el área asistencial (particularmente de la AF) del farmacéutico es muy pobre comparada con Estados Unidos y Europa. Los países de Latinoamérica cuentan con un marco regulatorio que favorece el desarrollo de las actividades asistenciales y acepta la importancia del farmacéutico y de la AF para fortalecer los ejes temáticos de la PNM. Existe poca oferta de recurso humano capacitado en el área asistencial y se reconoce que esta formación puede variar de un país a otro y que ha sido difícil la integración al ES. Finalmente, las actividades asistenciales se realizan con pocas bases teóricas, con una formación conceptual deficiente y casi que ninguna experiencia práctica previa. El distanciamiento entre la teoría y la práctica evidencia la necesidad de un modelo conceptual adecuado a las necesidades de nuestro sistema de salud y a los aspectos culturales, sociales, económicos y políticos (3, 191).

## 4. METODOLOGÍA

“El mejor médico es el que conoce la inutilidad de la mayor parte de las medicinas”.

Benjamín Franklin

### 4.1 Diseño de investigación

El interés de esta tesis es identificar, describir, analizar y reflexionar sobre los enfoques conceptuales, la metodología y los resultados obtenidos en investigaciones relacionadas con las AAF. Las revisiones sistemáticas (RS) tradicionales no son útiles para resolver todo tipo de preguntas, tienen limitaciones y utilidades específicas, por lo que fue necesario acudir a otro tipo de herramienta metodológica que fue seleccionada con base en la pregunta de interés. Esto nos llevó a realizar una revisión en la que se utilice como unidad de análisis, ya no los estudios individuales sino las Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL) o sus meta-análisis (MA).

Estas revisiones reciben diferentes nombres para su designación, sin embargo, todas ellas tienen la misma característica en común: el único criterio de inclusión es que el tipo de estudio a incluir sea, revisiones sistemáticas. Adicionalmente abordan cuestiones relacionadas con un tema de interés con un alcance amplio, son útiles para presentar un panorama de la evidencia relacionada a una pregunta en particular, son ideales para destacar que la base de pruebas para una pregunta es consistente o si existen resultados contradictorios o discrepantes explorando y exponiendo las razones del por qué y finalmente permiten evaluar y considerar si los revisores que abordaron una revisión similar observan resultados similares de forma independiente y llegan a conclusiones similares en general (244-248). Además de la concebida generación de evidencia para toma de decisiones en procesos de salud-enfermedad, se pueden utilizar para evaluar las prácticas y formular recomendaciones para elaborar políticas y cambios en la práctica asistencial. Adicionalmente pueden servir para estudiar o facilitar el desarrollo de marcos teóricos o conceptuales existentes sobre un determinado tema (249).

Es un reto realizar la síntesis de conocimientos de un cuerpo heterogéneo de literatura de una manera clara y precisa, razón por la cual existen diferentes tipos de estudios para cumplir este propósito y en ocasiones se hace difícil su clasificación. A continuación, en la Tabla 3 se presenta una propuesta.

Tabla 3. Clasificación de las revisiones de la literatura

Cronin, 2008	Grant, 2009	Whitemore, 2014
Revisión narrativa	Revisión crítica	
	Revisión de la literatura	Revisión integradora
Revisión sistemática de la literatura	Revisión sistemática	Revisión sistemática
Meta-análisis	Meta-análisis	Meta-análisis
Meta-síntesis	Revisión sistemática cualitativa	Síntesis cualitativa
	Revisión panorámica	Revisión panorámica
	Revisión paraguas	Revisión paraguas
	Revisión estudios mixtos	Revisión de estudios mixtos
	Revisión de alcance	
	Revisión rápida	
	Revisión del estado de la cuestión	
	Revisión sistematizada	
		Revisión RE-AIM*

Fuente: Propia del autor

\* Evalúan el impacto de las intervenciones sobre la salud pública y la traducción de la investigación a la práctica evaluando el alcance, la eficacia (o la efectividad), la adopción, la implementación y el mantenimiento de las intervenciones. Del inglés: Reach, Efficacy (or effectiveness), Adoption, Implementation, and Maintenance.

Fuente: Guirao Goris, S. J. A. Utilidad y tipos de revisión bibliográfica, ENE Revista de Enfermería, v. 9, n. 2, 2015.

Una mirada a la literatura sobre las diferentes maneras de realizar una revisión de RSL o MA permitió identificar que las revisiones paraguas (*umbrella studies*) por su alcance y las revisiones metanarrativas por el tipo de análisis, no eran los diseños más adecuados para realizar nuestra revisión (250-252). Los estudios de alcance (*revisiones de alcance, revisión panorámica, scoping studies*) ofrecían una buena alternativa ya que se utilizan cuando un volumen de literatura aún no ha sido revisado exhaustivamente, o exhibe una naturaleza grande, compleja, o heterogénea no susceptible a una revisión sistemática más precisa. Sin embargo, aunque cuenta con un rigor metodológico muy similar a las revisiones de Cochrane, estos diseños aún no son conocidos y la metodología aún no ha sido consensuada (253-255). Con el fin de disminuir estas limitaciones, se decidió realizar una revisión de alcance utilizando para ello herramientas de las *Overview of Reviews, Reviews of Reviews, Systematic Review of Systematic Reviews*. No se utilizó este tipo de revisión pues su objetivo principal es resumir múltiples revisiones Cochrane con el fin de responder varios interrogantes: intervenciones diferentes para la misma afección o problema; misma intervención para la misma afección o problema en la que se abordan resultados diferentes en diferentes revisiones sistemáticas; misma intervención para diferentes afecciones, problemas o poblaciones; resumir la evidencia acerca de los

efectos adversos de una intervención a partir de más de una revisión sistemática y finalmente proporcionar un resumen exhaustivo de un área, con la inclusión de estudios que no se han incluido en revisiones sistemáticas (244, 245).

## 4.2 Pregunta para la revisión

La estructura de pregunta más ampliamente utilizada para realizar una RSL, se conoce por el acrónimo PICO (problema, Intervención, Comparación y Resultado) y se emplea no sólo en la medicina (medicina basada en la evidencia), sino que se ha adoptado también en otras áreas del cuidado de la salud. Sin embargo, esta estructura no siempre es suficiente para formular todo tipo de preguntas clínicas o de las ciencias sociales, por lo que actualmente se han sugerido varias estructuras alternativas. En muchos casos estas alternativas de construcción complementa los cuatro elementos originales de la estructura PICO con elementos adicionales, y algunas veces opcionales para la construcción de preguntas relacionadas en diversos campos de práctica. Estas alternativas surgieron al darse cuenta de que no todas las preguntas clínicas se correspondían con la atención médica de la estructura PICO. En su lugar, estas estructuras incluyen factores pertinentes en otros dominios de la salud, como enfermería o rehabilitación que representan mejor las necesidades de información que surgen en la práctica. Por ejemplo, la estructura PESICO (Persona, Ambiente, Grupos, Intervención, Comparación, Resultado), se considera más apropiada para la formulación de preguntas en el campo de la enfermería ya que incluye elementos que fomentan detalles que pueden ser relevantes en la búsqueda de información. PESICO incorpora todos los elementos de PICO, y agrega "ambientes" (los contextos en los que ocurre el problema), y "grupos de interés" (los que tienen un interés en el resultado, incluido el cliente/paciente) (256, 257).

Tomando como base los objetivos del trabajo, conocimientos previos, la discusión con pares y una búsqueda no sistemática inicial, la pregunta de la revisión quedó redactada de la siguiente manera:

*¿Cuáles son los enfoques, las metodologías y los resultados obtenidos en las diferentes revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre las AAF?*

## 4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron los artículos que tuvieran como diseño de investigación una RSL o MA, que se encontraran ya publicados a la fecha de la búsqueda y que describieran o evaluaran las AAF en cualquier ámbito (comunitario, ambulatorio u hospitalario). Se clasificó como RSL si incluía como mínimo las siguientes características: una estrategia de búsqueda

descrita, la utilización de al menos dos bases de datos, selección de los artículos por pares.

Se excluyeron aquellos estudios en los cuales la intervención del farmacéutico no estuviera suficientemente clara en el texto completo o que haya sido realizada por estudiantes de farmacia ya que se pretende identificar las AAF desde una perspectiva del desempeño profesional y no desde la perspectiva académica.

## 4.4 Fuentes de información

Se utilizaron las siguientes bases de datos para realizar la búsqueda: MEDLINE, EMBASE, LILACS. Adicionalmente se revisaron los trabajos citados en los artículos obtenidos para detectar más artículos relevantes y, a su vez, de las referencias de dichos artículos hasta agotar la estrategia. Adicionalmente se utilizó material bibliográfico que el autor disponía y que fueron ubicadas en publicaciones que son específicas del tema: Research in Social and Administrative Pharmacy, Phaml Care Esp, American Journal of Health-System Pharmacy, American Journal of Hospital Pharmacy.

## 4.5 Estrategia de búsqueda

MEDLINE (Pharmaceutical services [MeSH] OR "Pharmaceutical care" [tw] OR "Drug Therapy Managment" [tw]) AND ("Systematic review" [tw] OR "Meta-analysis" [tw]).

EMBASE: 'pharmaceutical services' / exp OR 'pharmaceutical services' OR 'community pharmacy services' / exp OR 'community pharmacy services' OR 'pharmacy service, hospital' / exp OR 'pharmacy service, hospital' AND (systematic review 'AND' systematic review (topic) ' / OR' metaanalysis').

LILACS: ("pharmaceutical care" or "atención farmacéutica") OR "pharmaceutical services" OR "servicios farmacéuticos" y filtrando los resultados por RS y MA. Se utilizó la técnica de "bola de nieve" siguiendo el vínculo de artículos relacionados disponibles en las bases de datos. No se restringió por idioma ni por fecha.

## 4.6 Selección de los estudios

Dos revisores procedieron de forma independiente a seleccionar las referencias por los títulos y resúmenes para preseleccionar las referencias potencialmente relevantes según los criterios de inclusión y exclusión. En caso de duda, se recomendó ser más conservador y preseleccionar el estudio. Al finalizar el primer tamizaje, se realizó la puesta

en común de la preselección de las referencias por los revisores. Cuando hubo desacuerdo entre ellos se resolvió tras discusión y si no hubiera consenso se decidió incluir para valoración con el texto completo la referencia. Con la preselección de los estudios, se procedió a repetir la sistemática anterior con los artículos completos, para seleccionar e incluir finalmente los artículos que se analizaron y sintetizaron en la revisión de revisiones. Si hubo desacuerdo entre los revisores se resolvió tras discusión y si no hubo consenso entre ellos se consultó a otro revisor independiente. Si el estudio cumplía con todos los criterios de inclusión fue un “estudio incluido” y si no se calificó como un “estudio excluido”, justificando el motivo de exclusión.

## 4.7 Recolección de la información

Los datos fueron extraídos de los estudios publicados utilizando un formato en Microsoft Excel® previamente pilotado, tomando inicialmente como base las variables contenidas en el documento Data Collection Checklist del Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC)<sup>49</sup>, que después se refinaron con base en los objetivos del trabajo y el marco referencia presentado. Para los estudios excluidos, en esta fase, se mencionó el motivo de exclusión. La extracción de datos de cada artículo se llevó a cabo por tres revisores independientes (incluido el autor), que resolvieron sus desacuerdos a través de la participación del autor de la revisión de revisiones.

### 4.7.3 Variables

La definición de variables se hizo en el transcurso mismo de la extracción de la información, sobre la base de una lista previamente propuesta. A continuación se presenta la tabla definitiva de las variables que se recolectaron y cuyos resultados se presentan en el siguiente capítulo.

Tabla 4. Variables analizadas

VARIABLES	TIPO	VALORES	DESCRIPCIÓN
<b>BIBLIOMÉTRICAS</b>			
Revista	Cualitativa	Nombre de la revista.	Nombre de la revista.
Factor de impacto	cuantitativa (continua)	Número entre 0-10	El factor de impacto es un indicador de citación de la revista
Profesiones	Cualitativa	Médico, Farmacéutico, otro.	Profesión de los autores que figuran en la publicación
Número de	cuantitativa	Número entero	Número de investigadores que

<sup>49</sup> <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>.

Autores	(discreta)	entre 1-10	figuran en la publicación
Ámbito de estudio	Cualitativa (nominal)	Hospitalario Ambulatorio Comunitario Combinación Todos los ámbitos	Se refiere al tipo de servicio en que fue enfocada la revisión sistemática. Ámbito hospitalario se refiere a pacientes hospitalizados, Ámbito ambulatorio a pacientes de los servicio de consulta externa. Ámbito comunitario fueron los estudios realizados en las farmacias comunitarias. El término “combinación” hace referencia a que se incluyeron dos de los ámbitos antes mencionados, mientras que la clasificación de” Todos” incluye los tres.
Número de estudios	Cuantitativa discreta	Número entero	Número de estudios incluidos en las RSL o MA
País del autor principal	Cualitativa nominal	Nombre del país	Nombre del país de origen del autor principal
Afiliación del autor principal	Cualitativa nominal	Universidad Institución pública Institución privada	Tipo de entidad a la que pertenece el autor principal
Idioma de la publicación	Cualitativa nominal	Español, inglés, francés, portugues	Idioma en el cual está publicada la revisión
Tipos de revisión	Cualitativa nominal	RSL, MA	Diseño utilizado para realizar la investigación
Diseño estudios individuales	Cualitativa nominal	Observacionales Experimentales	Diseños de investigación de los estudios individuales incluidos en cada revisión
Rango de edad	Cualitativa ordinal	Pediátricos, adultos y adultos mayores	Grupos de edad acorde con el ciclo vital
<b>ENFOQUES</b>			
Enfoque de la práctica	Cualitativa nominal	Medicina Basada en Evidencia Atención Centrada en Paciente	Manera de desarrollar la práctica de la actividad asistencial (123, 225, 258)
<b>CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE CONOCIMIENTO</b>			
Reconocer la problemática de uso de medicamentos	Cualitativa nominal	PRM según Strand, Granada, PCNE y Apoteket. No se utilizó ninguna.	Identificar la problemática de los medicamentos basado en la clasificación de PRM según cada metodología (225).
Identificar las causas de la problemática	Cualitativa nominal	<b>Pacientes</b> - desinformación de medicamentos - creencias engañosas	Clasificación propuesta por Holloway de la OMS y complementada por Ross – Degnan (259, 260)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- demandas / expectativas de los pacientes</li> <li><b>Prescriptores</b></li> <li>- falta de educación y formación</li> <li>- No adherencia a protocolos</li> <li>- falta de información objetiva sobre los medicamentos</li> <li>- generalización de una experiencia limitada</li> <li>- creencias engañosas sobre la eficacia de los medicamentos</li> <li><b>Lugar de trabajo</b></li> <li>- carga pesada del paciente</li> <li>- presión para prescribir</li> <li>- falta de capacidad de laboratorio adecuada</li> <li>- insuficiencia de personal</li> <li><b>Sistema de suministro de medicamentos</b></li> <li>-proveedores poco confiables</li> <li>- escasez de medicamentos</li> <li>- medicamentos expirados suministrados</li> <li><b>Regulación de Medicamentos</b></li> <li>- medicamentos no esenciales disponibles</li> <li>- prescriptores informales</li> <li>- falta de aplicación de la normativa</li> <li><b>Industria</b></li> <li>- actividades de promoción</li> </ul>	
--	--	--	--

		- pretensiones engañosas	
Evaluar las consecuencias	Cualitativa nominal	<b>Reducción en la calidad de la terapia</b> -Incremento en morbimortalidad -Resistencia bacteriana -RAM <b>Desperdicio de recursos</b> -Reducción en los recursos disponibles -Incremento del costo <b>Impacto sicosocial</b> -Dependencia de los medicamentos	Tomado de las categorías propuestas por Ofori-Asenso y Agyeman (261)
Proponer soluciones	Cualitativa nominal	1) Educativas, informativas, comunicación, 2) administrativas, gerenciales, organizativas, legislativas,3) no proponen	Estrategias propuestas en la revisión para enfrentar o resolver los problemas identificados
<b>METODOLOGÍA</b>			
Profesional que realiza la intervención	Cualitativa Nominal	Farmacéutico Farmacéutico-médico Farmacéutico -ES	Identifica las personas involucradas con la intervención farmacéutica. El farmacéutico debe ser el actor principal.
Personas intervenidas	Cualitativa Nominal	Paciente Medico ES	Describe la población sobre la cual se realizaron las AAF.
Tipo de problema de salud o situación sobre la que se interviene	Cualitativa nominal	Enfermedades Crónicas Enfermedades Crónicas Específicas Varias enfermedades Uso de medicamentos Polimedicación No aplica	Describe la situación clínica (enfermedad) o la situación problema que fue intervenida por medio de las AAF
Intervenciones	Cualitativa	Suministro de información;	Los términos "atención

(241)	nominal	<p>actividades de educación; revisión de medicamentos en las historias clínicas; entrevistas a los pacientes; desarrollo de planes de cuidado; enlace o la colaboración con otros profesionales de la salud; monitoreo de signos y síntomas; monitoreo de resultados de laboratorio; dispositivo de educación y vigilancia; seguimiento de la farmacoterapia</p>	<p>farmacéutica", "servicios de farmacia clínica", "administración de medicamentos" y "revisión de la medicación" se utilizan en la literatura para describir una variedad de prácticas. Para efectos de esta revisión, una intervención se considera que es una intervención de AF si se incluye, como mínimo, lo siguiente: Una consulta entre un paciente y un farmacéutico con un enfoque en la gestión de la salud o la resolución de PRM; Desarrollo de un plan de cuidados; Seguimiento.</p>
Calidad de la revisión	Cuantitativa discreta	Número entero entre 1-11	Totaliza las características de calidad que debe tener una RS o MA, sobre 11 puntos posibles, según la escala AMSTAR (262, 263)
Tipo de Desenlaces clínicos (241)	Cualitativa ordinal	<p>Nivel I</p> <p>Nivel II</p> <p>Nivel III</p>	<p>Mortalidad y admisión hospitalaria, admisiones a urgencias, calidad de vida, RAM, control síntomas o severidad de la enfermedad</p> <p><b>Subrogados:</b> IMC, hemoglobina glicosilada (HbA1c), glicemia basal, tensión arterial (TA), lípidos séricos (colesterol total, lipoproteínas de alta y baja densidad), albumina urinaria o creatinina, pico expiratorio, Anticoagulación.</p> <p><b>Otras variables conectadas indirectamente, pre y pos test educativos ():</b> riesgo específico de enfermedad, uso de medicamentos, medicamentos apropiados, cumplimiento o adherencia a medicamentos, conocimiento del medicamento o enfermedad, problemas de</p>

		Nivel IV	medicamentos, uso y costo de servicios médicos o de salud, días perdidos de trabajo o escuela <b>Otras variables no conectadas con los desenlaces clínicos:</b> Satisfacción del paciente, médico, del farmacéutico, ES.
Aspectos económicos (241)	Cualitativa ordinal	Nivel I E Nivel II E Nivel III E	Mínima información de costos Estudios descriptivos de costos Evaluación económica completa
<b>Tipos de Desenlaces ECHO (242)</b>			
Económicos	Cuantitativa continua  Cualitativa ordinal	Costos médicos directos; Costos no médicos directos; Costos indirectos;  Costos intangibles	Costo del medicamento, costo de administrar el medicamento. Transporte a la clínica  Ausentismo laboral o académico, disminución de la productividad, ingresos perdidos Dolor, sufrimiento
Clínicos	Cuantitativa continua en algunos casos puede ser cualitativa dicotómica, por ejemplo muerte, hospitalización	Control de cifras de glicemia, colesterol, tensión arterial, etc. Muerte, hospitalización, consultas, etc.	Evalúa el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos por el médico para una patología particular
Humanísticos	Cualitativa ordinal	Calidad de vida relacionada con salud. Retorno a sus funciones normales. Satisfacción con la terapia	Resultado de la aplicación de un formulario validado encada una de sus dimensiones
<b>RESULTADOS</b>			
Conclusiones de los autores de la RS/MA	Cualitativa ordinal	Favorable, Favorable en algunos desenlaces, No concluyente	Categorías utilizadas por los autores de la RSL en las conclusiones

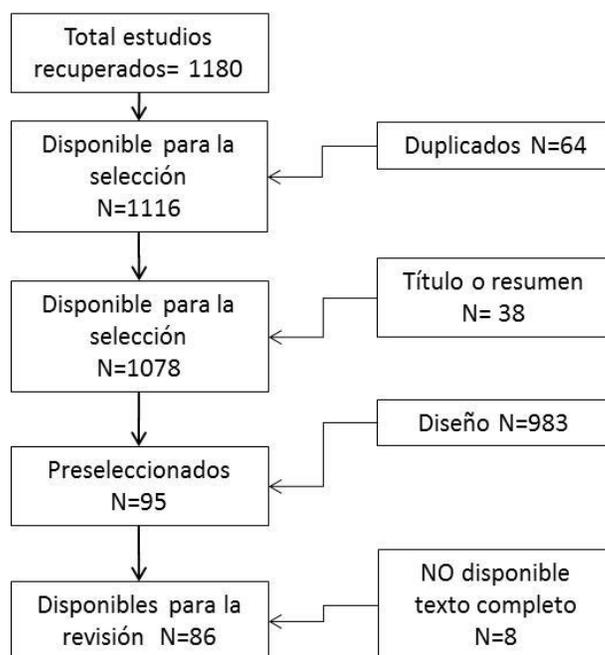
Fuente: Propia del autor

## 5. RESULTADOS

*El verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevos caminos sino en tener nuevos ojos.  
Marcel Proust (1871-1922)*

### 5.1 Resultados bibliométricos

En la gráfica 2 se presenta el diagrama de flujo de las revisiones encontradas y los motivos por los cuales algunas de ellas no fueron seleccionadas para análisis en esta revisión de revisiones. Se observa que alrededor del 7% de los artículos inicialmente traídos por la estrategia de búsqueda, fueron incluidos en la revisión. En el material suplementario se encuentran las tablas resumen con la información de los estudios incluidos en la presente revisión.



**Gráfica 2. Esquema de inclusión y exclusión de las revisiones**

Fuente: Propia el autor

De acuerdo al título se recuperaron

7 artículos con PHARMACEUTICAL CARE y 4 artículos con PHARMACIST CARE;

56 referidas al PAPEL DEL FARMACÉUTICO (29 se mencionaba explícitamente la intervención);

8 artículos con CLINICAL PHARMACY SERVICES;

4 artículos con PARMACEUTICAL/PHARMACIST/PHARMACY SERVICE;

3 artículos MEDICATION REVIEW;

2 artículos con MEDICATION MANAGEMENT;

1 artículo con SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

1 artículo con PHARMACEUTICAL PATIENT ASSISTANCE PROGRAMS

EN el Anexo C se encuentra la bibliografía de las revisiones que formaron parte de esta revisión.

### **5.1.1 Revistas y factor de impacto**

Las 85 RS/MA fueron publicadas en 49 revistas, de las cuales el 73,5% (36/49) publicó un solo artículo y el 26,5% (13/49) publicaron el 56% (48/86) de los artículos donde se destaca la revista *Annals of Pharmacotherapy* con 12 publicaciones, la revista *Research in social & administrative pharmacy* con 8 publicaciones y la revista *Int J Clin Pharm* (antes *Pharm World Sci*) con 5 publicaciones. En cuanto al factor de impacto, de acuerdo a la información de Scimago Journal & Country Rank (17), el promedio del Factor de Impacto fue de 1.172 con valores entre 5.827 para *Diabetes Care* y 0.109 para el *Yakugaku Zasshi*. El 16,3% (8/49) de las revistas, no tenían factor de impacto.

### **5.1.2 Autores y profesiones**

Las publicaciones fueron realizadas por una mediana de 4 autores (mínimo 1, máximo 13). En el 48% (41/86) de las RSL/MA, los autores fueron únicamente farmacéuticos mientras que el 34.8% (30/86) los autores fueron farmacéuticos en colaboración con otras profesiones, principalmente médicos. El 8% (7/86) fue escrito por médicos y otros colaboradores no farmacéuticos mientras que en el 9% (8/86) no fue posible identificar la profesión de ninguno de los autores de la publicación.

### **5.1.3 Número de estudios**

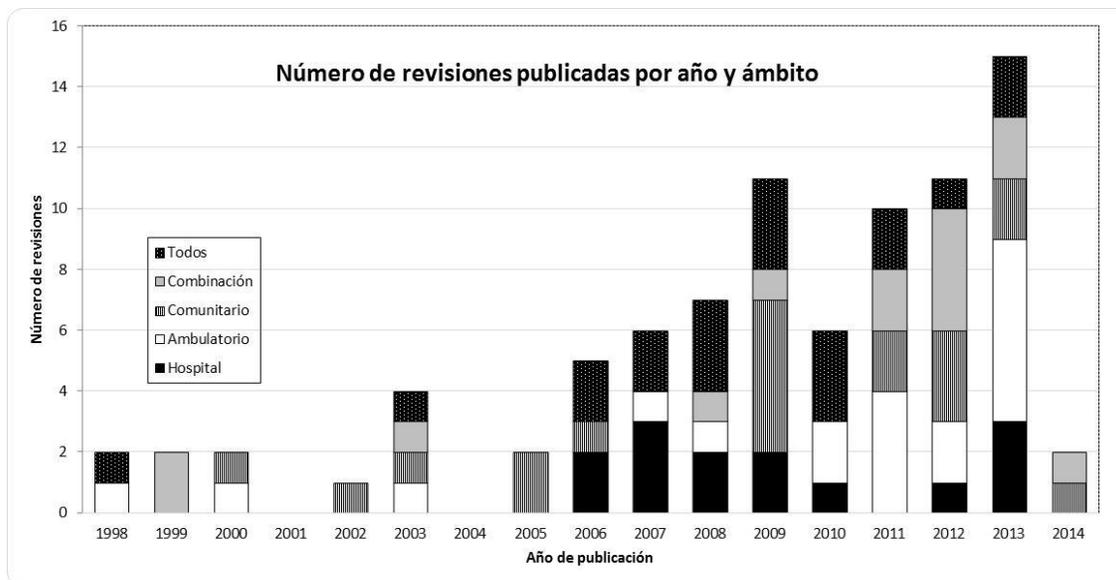
En la Gráfica 3 se relacionan las publicaciones totales durante los 16 años que abarca los estudios encontrados donde se observa una distribución más o menos homogénea en cuanto al número.



**Gráfica 3. Revisiones según el ámbito del cuidado**

Fuente: Propia del autor

En la Gráfica 4 las revisiones son discriminadas por año de publicación. Se observa una brecha en el 2001 y 2004 con un pico entre los años 2005-2013

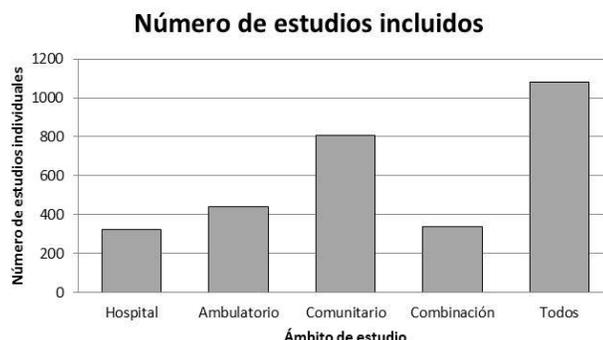


**Gráfica 4. Número de revisiones sistemáticas publicadas por año**

Fuente: Propia del autor

La distribución del número de estudios que se incluyeron en las revisiones sistemáticas es representada en la Gráfica 5. Es de aclarar que pueden existir duplicados en todos los

ámbitos y por eso la suma total de estudios incluidos (2994, rango: 324-1082) puede resultar más alta.



**Gráfica 5. Número de estudios incluidos en las revisiones sistemáticas analizadas según el ámbito de atención**

Fuente: Propia del autor

#### 5.1.4 País de los autores de la publicación

En las 86 revisiones incluidas se identificó que el 88% de los autores pertenecían a un mismo país mientras que el 12% restante representan 2 y 3 países diferentes. En cuanto a la nacionalidad de los autores, los Estados Unidos (30.2%) y el Reino Unido (22.1%) son las más frecuentes, como se observa en la Tabla 5. En la mayoría de las revisiones la búsqueda de los estudios no se restringió a un país en particular, pero se identificaron revisiones de estudios realizados en un solo país como es el caso de Brasil, Estados Unidos y España.

Tabla 5. Países a los que pertenecen los autores

País	n	%
Estados Unidos	26	30,2
Reino Unido	19	22,1
Australia	11	12,8
Canadá	11	12,8
Brasil	7	8,14
Países Bajos	3	3,49
Suiza	3	3,49
Austria	2	2,33
Bélgica	2	2,33
China	2	2,33

España	2	2,33
Portugal	2	2,33
Arabia Saudita	1	1,16
Chile	1	1,16
Dinamarca	1	1,16
Emiratos	1	1,16
Francia	1	1,16
Japón	1	1,16
Nueva Zelanda	1	1,16
Tailandia	1	1,16
Total	98	114*

Fuente: Propia del autor

\*Las frecuencias suman más el 100% ya que en algunos artículos, los autores proceden de diferentes países (12%).

### 5.1.5 Filiación de los autores

En lo relacionado al tipo de instituciones para las cuales trabajan los autores, se puede evidenciar una amplia participación de las universidades, mientras que las instituciones de investigación de carácter pública también tienen una gran participación. En la Tabla 6 se discriminan estos resultados.

Tabla 6. Afiliación institucional de los autores

1 institución 62 (72%)	Universidad	58 (94%)
	Institución Pública	2 (3.2%)
	Institución privada	2 (3.2%)
2 o más instituciones 24 (28%)	Participa Universidad	14 (100%)
	Participa I. Pública	2 (14%)
	Participa I. Privada	6 (43%)
	Participa otro tipo	2 (43%)

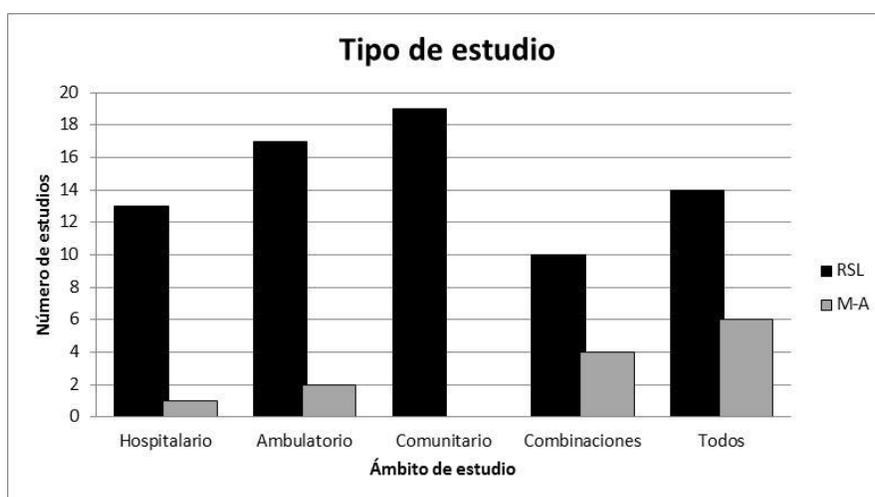
Fuente: Propia del autor

### 5.1.6 Idioma de la publicación

Dado que no se realizó filtro por idioma de publicación se pudo evidenciar que existe un predominio de las publicaciones en idioma inglés con 81 revisiones (94.2%), y con menos participación el portugués con 2 estudios (2.33%). El francés, español y japonés con un estudio cada uno.

### 5.1.7 Tipos de revisiones incluidas

Acorde a los criterios de inclusión solamente están presentes las RSL y los MA. En este sentido, el 84.9% de los estudios incluidos corresponde a RSL mientras que el 15.1% a MA. La Gráfica 6 muestra la distribución de estas revisiones por ámbito.



Gráfica 6. Tipo de revisión incluido en la revisión

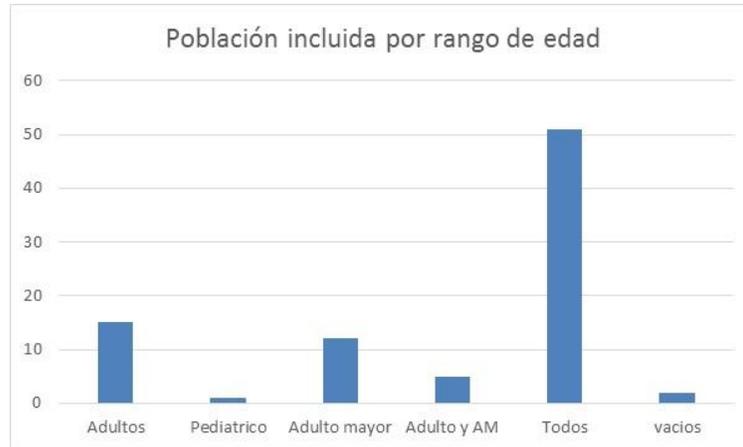
Fuente: Propia del autor

### 5.1.8 Diseños de los estudios individuales incluidos en las revisiones

Se identificó que un 88% de las RSL/MA los estudios primarios incluidos correspondían solamente a estudios observacionales, un 1% incluyó solo estudios experimentales y un 11% incluyeron una combinación de ambos.

### 5.1.9 Población por rango de edad

La gráfica 7 nos muestra que en 51 estudios (59.3%), se incluyó todo tipo de población, mientras que en 32 (37%). estudios incluyen adultos y adulto mayor. La población pediátrica es la menos estudiada con 1 estudio (1.16%).



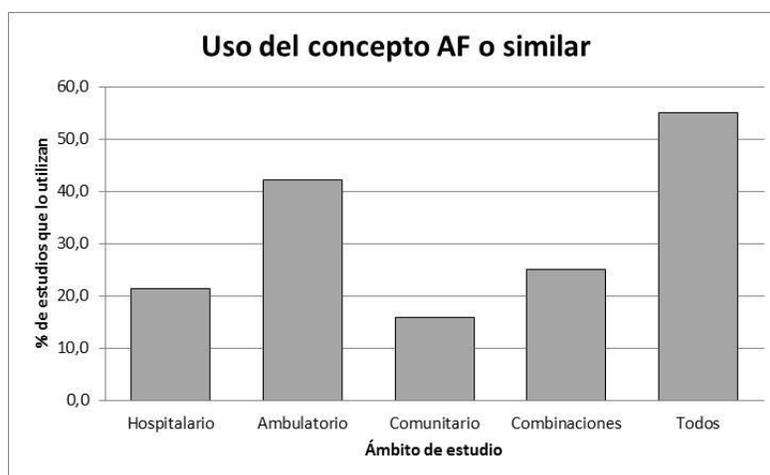
**Gráfica 7. Población incluida en las revisiones sistemáticas**

Fuente: Propia del autor

## 5.2 Enfoque

Como se mencionó en la metodología, la palabra ENFOQUE se utilizará en esta tesis como la manera de desarrollar la atención: MBE (Medicina Basada en Evidencia y ACP (Atención Centrada en el Paciente), la cual puede o no ser descrita en la introducción de la RSL/MA o en la discusión de los resultados. Este análisis encontró que el 17.4% (15/86) de las publicaciones se identifican con la metodología de Hepler/Strand/Cipolle; el 3.5% (3/86) con la metodología de Granada el cual es discutido con el de Hepler y Strand. Otras prácticas como Farmacia Clínica, Asistencia Farmacéutica, Medication Management estaban presentes en el 5.8% (7/86) de las publicaciones mientras que en 2.3% (2/86) se menciona el término AF pero no hay una corriente con la que se identifiquen los autores de la revisión.

Como se observa en la Gráfica 8, cuando se estudian todos los ámbitos, se mencionan estos conceptos en el 55% (11/20) de los estudios, mientras que para el ámbito comunitario, está presente en un 15.8% (3/19). En general en todas las revisiones seleccionadas, se mencionan estos conceptos en un 31.4% (27/86) de ellos que al contrastarlo con los títulos (29/86) se puede deducir que en por lo menos dos revisiones no es posible observar la relación entre el título y los mencionados en la introducción o la metodología.



**Gráfica 8. Uso del concepto de AF o alguno de sus relacionados**

Fuente: Propia del autor

## 5.3 Construcción del objeto de conocimiento

La construcción del objeto del conocimiento requiere de una serie de actividades que se describen a continuación

### 5.3.1 Reconocer la problemática del uso de medicamentos

El 23.3% (20/86) de las RS/MA utilizaron el término PRM. De estas, el 60% (12/20) hacían referencia a la clasificación propuesta por Strand, las restantes no referenciaban ningún autor. Debido a que no existe unidad de criterio en cuanto a la clasificación de los PRM, se mencionarán algunos de ellos sin que estos pertenezcan a una clasificación en particular. La Tabla 6 muestra cómo el 23,3% de las revisiones identificaron que la problemática de uso de medicamentos estaba relacionada con aspectos clínicos (adherencia, interacciones, reacciones adversas), administrativos (errores en la dispensación, falta de acceso) y en algunos casos económicos (costo de la terapia). El 24% (23/86) de las revisiones cuantificó la magnitud de los problemas anteriormente mencionados y el 5,1% (4/86) caracterizó los factores de riesgo y factores asociados como el sexo, las comorbilidades, la falta de adherencia, etc.

Tabla 7. Identificación de los problemas

Identifica el problema	ÁMBITO					Total	%
	Hos	Amb	Com	Comb	Todos		
Describe	6	4	4	2	4	20	23,3
Cuantifica	0	8	4	6	5	23	24,2
Caracteriza	0	1	0	1	2	4	5,16

Describe/caracteriza/cuantifica	2	1	1	0	1	5	6,16
Otros	0	1	5	1	6	13	14,2
No se identifica un problema	6	6	5	5	3	25	26,2

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

### 5.3.2 Identificar las causas de la problemática del medicamento

Acorde a la propuesta de clasificación descrita en la literatura se evidenció que las causas relacionadas con los pacientes correspondieron al 23.3% (20/86) siendo la falta de información la más frecuente. En lo relacionado con los prescriptores se identificaron un 44.2% (38/86) siendo la no adherencia a protocolos y la generalización de su experiencia las causas principales. En cuanto al lugar de trabajo, el 2.3/ (2/86) identificaron la carga asistencial y la falta de capacidad de la institución como causas de la problemática con los medicamentos. No se identificaron problemas con el suministro de medicamentos; con la regulación de medicamentos se encontraron 2 RSL/MA en las cuales se menciona el tema de los prescriptores informales, 1 estudio en el cual se menciona la promoción farmacéutica. En términos generales y clasificando solo aquellas causas que representan un importante porcentaje del total se encontró que el 25% de las revisiones identifica como causa de uso no adecuado de medicamentos la falta de conocimientos y habilidades, en el 15% de los estudios la falta de información independiente, el 1% identifica la disponibilidad sin restricciones de los medicamentos y el exceso de trabajo de los profesionales de salud. Otras causas 17%, no se identifican causas 32%. La promoción inadecuada de medicamentos y las ventas basadas en el ánimo de lucro no fueron identificadas en las revisiones. Resultados discriminados por ámbito se encuentran en la Tabla 8.

Tabla 8. Causas de los PRM

Identificar las causas	ÁMBITO					Total	%
	Hos	Amb	Com	Comb	Todos		
Relacionadas con el paciente	3	2	5	2	8	20	23,3
Relacionadas con los prescriptores	20	6	0	4	8	38	15,1
Lugar de trabajo	1	0	0	0	1	2	2,3
Regulación de medicamentos	0	0	0	1	1	2	2,3
No se identifican causas	6	8	5	6	3	28	32,6
Industria farmacéutica	0	0	0	0	1	7	8,14
	14	19	19	14	20	86	100

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

### 5.3.3 Evaluar las consecuencias de los PRM

El 34.9% (30/86) de las RSL/MA identifican como consecuencias de la problemática con medicamentos las RAM o el incremento en la morbimortalidad; el 32.5% (28/86) con un incremento en el costo de la atención sanitaria y; el 7% (6/86) con aspectos sicosociales entre los cuales se encuentran las relaciones familiares o laborales, la falta de acceso a los sistemas de salud y la discriminación entre otras.

### 5.3.4 Proponer soluciones a los problemas identificados

En el 68,6% de las revisiones incluidas en este estudio, se proponen soluciones educativas, informativas o comunicativas como la enseñanza de farmacoterapia basada en problemas, la educación médica continua, la información independiente y la educación al público. El 1,16% propone soluciones administrativas, gerenciales, organizativas como la supervisión, auditoría y retroalimentación institucional, el suficiente gasto público para medicamentos y personal y los comités fármaco-terapéuticos. No se identificaron propuestas de solución en el 30,2% de los estudios. No se identificaron propuestas de estrategias normativas-legislativa- legales como un organismo nacional para políticas de uso de medicinas, las guías clínicas basadas en evidencias, la lista de medicamentos esenciales basada en las guías, la eliminación de incentivos financieros perversos o la regulación adecuada de publicidad y garantía de su aplicación.

Tabla 9. Propuesta de soluciones

Propuesta de soluciones	ÁMBITO					Total	%
	Hos	Amb	Com	Comb	Todos		
Educativas, informativas o comunicativas	8	12	14	9	16	59	68,6
Administrativas, gerenciales, organizativas	0	0	0	0	1	1	1,16
No se identifican soluciones	6	7	5	5	3	26	30,2
	14	19	19	14	20	86	100

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

## 5.4 Metodologías utilizadas en la práctica de la AF

Debido a que prácticamente en ninguna de las revisiones se describe la metodología utilizada en los estudios originales, se analizó este aspecto teniendo en cuenta las personas que participan en la actividad asistencial (quienes y sobre quién se realizó la

intervención), las situaciones en las que se realiza esta actividad y las intervenciones realizadas.

### 5.4.1 Actores en la práctica de la AF

#### *Profesionales que realizan la intervención*

En la Tabla 10 se consignan los profesionales que forman parte del equipo que realiza la intervención. El 27.9% (24/86) de los estudios incluidos fue realizado en conjunto con el ES.

Tabla 10. Profesionales que realizan la intervención

Profesional	AMBITO					Total	%
	Hosp	Amb	Com	Comb	Todos		
Farmacéutico	9	11	19	10	13	62	72.1
Farmacéutico-ES	5	8	0	4	7	24	27.9
	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>86</b>	

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

#### *Personas intervenidas*

En la Tabla 11 se relacionan las categorías del personal que fue intervenido por el farmacéutico durante la realización de los estudios. En el 69,7% (60/86) el paciente fue el único sujeto de intervención, mientras que en el 1,1% (1/86) de las revisiones se intervino al médico. La agrupación ES se refiere al conjunto de médicos y enfermeras, aclarando que en ninguna de las revisiones se hace referencia a otro profesional diferente.

Tabla 11. Personas intervenidas

Personal intervenido	AMBITO					Total	%
	Hosp	Amb	Com	Comb	Todos		
Paciente	9	13	10	14	14	60	69.7
Farmacéutico	1	0	3	0	2	6	6.9
Médico	1	0	0	0	0	1	1.1
Farmacéutico-ES	2	0	2	0	2	6	6.9
Paciente-ES	1	6	4	0	0	11	12.8
No aplica	0	0	0	0	2	2	2.3
	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>86</b>	

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

## 5.4.2 Tipo de problema sobre el que se interviene

En la Tabla 12 se discriminan las situaciones en las que el farmacéutico ha intervenido, donde se observa que el 59,3% (51/86) de los estudios se centran en enfermedades crónicas no transmisibles. El término "Enfermedad Crónica Específica" (ECE) se refiere a que su enfoque fue en una sola enfermedad (hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad renal) mientras que el término "Enfermedad crónica" abarca todos los diagnósticos anteriores. En unos pocos casos no se pudieron identificar los diagnósticos. El 25,6% (22/86) de los estudios en los que se evaluaron los servicios clínicos, la calidad de la atención, la colaboración entre las diferentes disciplinas, los problemas de comunicación paciente-ES, entre otros fueron clasificados en la categoría "Otras" ya que no se refería a un problema clínico específico.

La categoría de "Varias" se especificó para el ámbito hospitalario, pues allí los pacientes son internados por complicación de sus procesos crónicos o por diagnósticos agudos (infecciones, traumas, cáncer) los cuales son muy difíciles de agrupar por su gran diversidad.

Tabla 12. Situaciones en las que el farmacéutico interviene

Situación a intervenir	AMBITO					Total	%
	Hos	Amb	Com	Comb	Todos		
Enf-Crónicas	0	9	7	1	5	22	25.6
Enf.Cron.Esp	1	8	3	10	7	29	33.7
Varias enfermedades	3	0	0	1	0	4	4.6
Uso de medicamentos	4	0	0	0	0	4	4.6
Polimedicación	0	1	0	0	2	3	3.5
No aplica	6	1	9	2	6	24	27.9
	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>86</b>	

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

## 5.4.3 Intervenciones

En la Tabla 13 se relacionan las intervenciones establecidas por categorías acorde al estudio de referencia (véase Tabla 4 Variables de estudio). Las intervenciones Tipo 2 (Actividades de educación) fueron las más frecuentes con un 52.3% seguidas de las intervenciones Tipo 10 (Seguimiento fármaco-terapéutico o cualquiera otro tipo de seguimiento) con un 29%. Las intervenciones tipo 7 y tipo 9 (Monitoreo de signos y

síntomas; Dispositivo de educación y vigilancia, respectivamente) no se realizaron en ninguno de los estudios incluidos en la revisión.

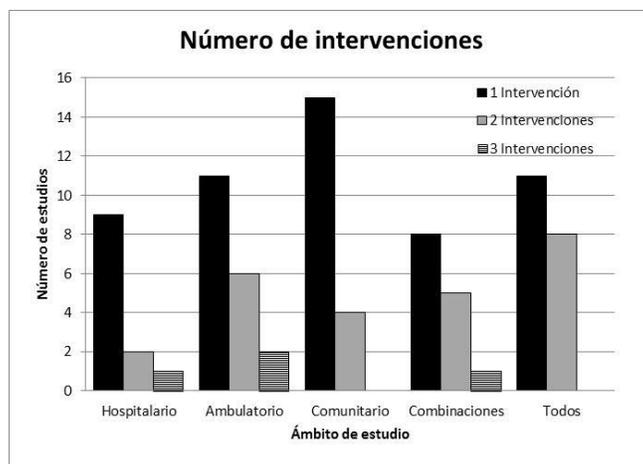
Tabla 13. Intervenciones realizadas en los diferentes estudios

INTERVENCION	ÁMBITO					Total	%
	Hos	Amb	Com	Comb	Todos		
1) Suministro de información	0	4	2	4	1	11	12,8
2) Actividades de educación	4	10	8	11	12	45	52,3
3) Revisión de medicamentos en historias clínicas	3	0	0	0	0	3	3,5
4) Entrevistas a los pacientes	0	1	3	0	2	6	7,0
5) Desarrollo de planes de cuidado	1	3	6	3	6	19	22,1
6) Enlace o colaboración con otros profesionales de la salud	2	3	0	2	0	7	8,1
7) Monitoreo de signos y síntomas	0	0	0	0	0	0	0,0
8) Monitoreo de resultados de laboratorio	0	0	1	0	0	1	1,2
9) Dispositivo de educación y vigilancia	0	0	0	0	0	0	0,0
10) Seguimiento a la terapia farmacológica	6	7	3	3	6	25	29,1

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

El análisis de los estudios incluidos muestra que en el 62.8% (54/86) se realizó solo una intervención, seguido del 29.1% con dos intervenciones y en el 4.6% se realizaron tres intervenciones. En la Gráfica 9 se observan los resultados discriminados por ámbito, conservándose la tendencia anteriormente descrita.



Gráfica 9. Número de intervenciones realizadas

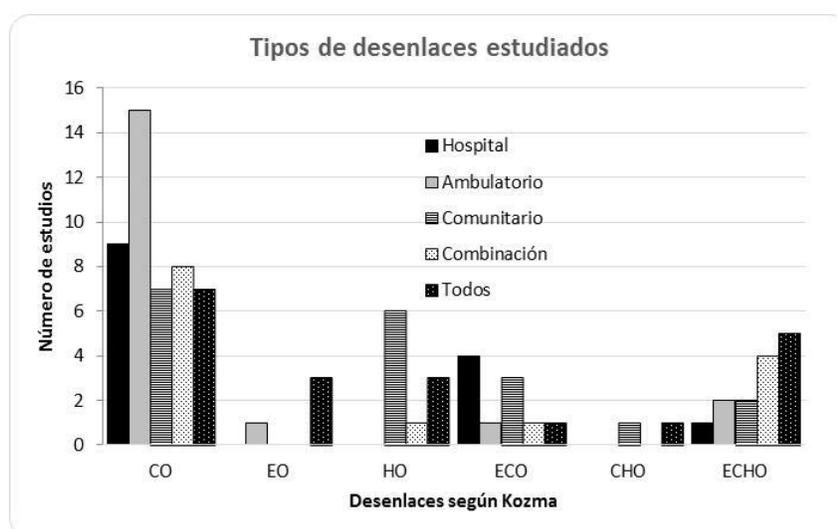
Fuente: Propia del autor

### 5.4.4 Tipos de desenlaces evaluados

Dado que en la literatura sobre este tema se encuentran diversas formas de clasificar los desenlaces evaluados, para este documento presentamos las dos maneras más reconocidos de hacerlo.

#### ***Desenlaces según propuesta de Kozma et al.***

De acuerdo con esta propuesta, se observa en la Gráfica 10 que los desenlaces clínicos son los más frecuentemente evaluados en todos los ámbitos con un 83.8% seguidos de los económicos con un 31.3% y los humanísticos con un 27.9%.



**Gráfica 10. Tipos de desenlaces reportados según el ámbito del cuidado**

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

#### ***Desenlaces según informe australiano***

De acuerdo a esta clasificación descrita en la tabla de variables, se observa en la Tabla 14 que los desenlaces de Nivel III (otras variables conectadas indirectamente, pre y pos test educativos como uso de medicamentos, adherencia, etc.) con un 37.2% y los desenlaces Nivel IV (otras variables no conectadas con los desenlaces clínicos como satisfacción del paciente, del médico, etc.) con un 34.9% son los más frecuentemente evaluados. Se aclara que los porcentajes suman más del 100% debido a que los estudios pueden evaluar más de un nivel de desenlaces.

En lo relacionado con los desenlaces económicos de esta clasificación, se encontró que todos los estudios económicos se encontraban en el Nivel I y II (mínima información de costos, estudios descriptivos de costo. En ningún caso se presentó una evaluación económica completa.

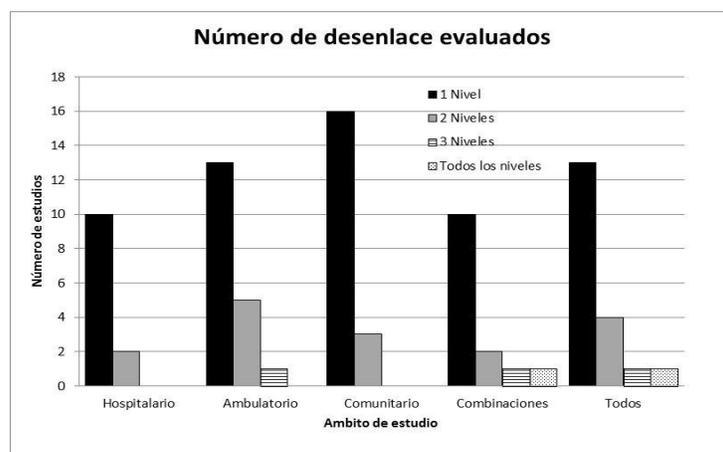
Tabla 14. Tipos de desenlace según informe

DESENLACE	ÁMBITO					Total	%
	Hos	Amb	Com	Comb	Todos		
Nivel I	5	7	5	4	4	25	29,1
Nivel II	0	6	2	6	9	23	26,7
Nivel III	6	6	7	6	10	35	40,7
Nivel IV	5	7	8	5	5	30	34,9

Fuente: Propia del autor

**Hos:** Hospitalario; **Amb:** Ambulatorio; **Com:** Comunitario; **Comb:** Combinaciones

El número de desenlaces evaluados se encuentra en la Gráfica 11 donde se muestra que en el 72.1% de los estudios se estudió solo un nivel de desenlaces y que en todos los ámbitos o en combinaciones de ellos, como era de esperarse se estudiaron más de un nivel de desenlaces.



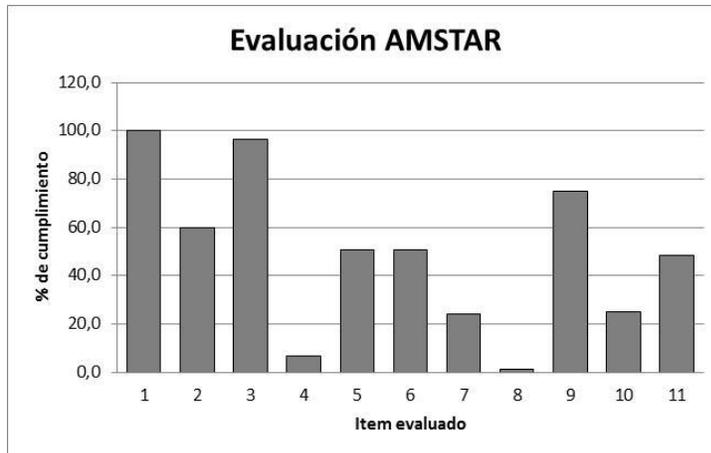
Gráfica 11. Número de desenlaces evaluados

Fuente: Propia del autor

### 5.4.5 Calidad de las revisiones

A partir del número de criterios cumplidos se definieron 3 categorías para la evaluación de la calidad: pobre [0-4], moderada [5-8], elevada [9-11]. Los resultados de la evaluación AMSTAR mostraron que ninguna de las RS/MA tenía un nivel de calidad alto, 50% (43/86) tuvieron nivel de calidad moderada y 50% (43/86) calidad pobre. En la gráfica 10, se pone de manifiesto que del total de estudios analizados, los ítems 1 (*¿Se realizó un*

diseño “a priori”?) y 3 (¿Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura?) presentan un alto porcentaje de cumplimiento, mientras que el ítem 8 (¿Se utilizó de manera adecuada la calidad científica de los estudios incluidos al formular las conclusiones?) muy pocas revisiones lo cumplen.

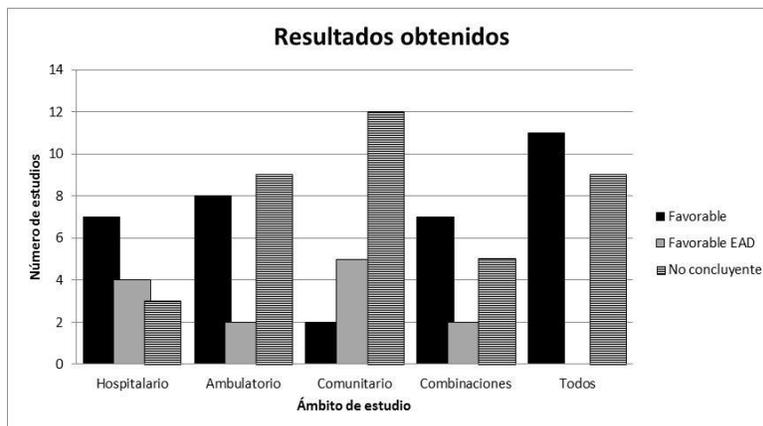


**Gráfica 12. Resultado de la evaluación AMSTAR**

Fuente: Propia del autor

## 5.5 Resultados de las intervenciones

Las categorías aquí descritas, corresponden a las conclusiones de los autores de las revisiones sistemáticas, donde se identifica que en el 44.2% de los estudios los resultados no fueron concluyentes, en el 40.7% fueron favorables y en el 15.1% fueron favorables en algunos de los desenlaces evaluados. Los resultados discriminados por ámbito se resumen en la Gráfica 13.



**Gráfica 13. Resultados obtenidos de las intervenciones**

Fuente: Propia del autor

Favorable EAD: En algunos desenlaces

## 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una de las principales dificultades encontradas al realizar la revisión del tema fue la identificación de los estudios relacionados con la AF en la base de datos Medline, ya que el término *Pharmaceutical Care* no se encuentra indexado ni definido en el diccionario o tesauros de la base de datos MeSH. Según Van Mil y Fernández, se han realizado varias solicitudes para incluirlo, pero ha sido infructuoso. Según estos mismos autores, el término (*Medical Care*) tampoco está indexado, y la definición de *Care* relacionada con las otras profesiones de la salud varía ampliamente (264). En la base de datos LILACS si existe el descriptor DeCS para 'Atención Farmacéutica' en el cual hace referencia a la definición de Strand y Hepler<sup>50</sup>. Para el caso de EMBASE, el término *Pharmaceutical Care* fue incluido en 1994, sin que fuera posible encontrar una definición, y está relacionado con dos aspectos: el primero con los procedimientos médicos, terapia y farmacoterapia; y el segundo con los conceptos de cuidado de la salud, servicios de salud, cuidado de la salud, cuidado médico<sup>51</sup>. Estos hallazgos deberían motivarnos a seguir intentando la inclusión y unificación del concepto de AF y su definición en las bases de datos de literatura científica.

Esta misma dificultad también fue identificada por Melchior et al., quienes discuten, al igual que en este trabajo, que las bases de datos de la literatura no permiten una extracción fácil y correcta de la investigación en AF debido a problemas en la indexación de la investigación de la práctica de la farmacia y que muchos de los artículos recuperados no estaban relacionados con la AF (265).

Revistas y factor de impacto: por la gran cantidad de revisiones publicadas en la revista *Ann Pharmacother*, se podría pensar que los autores la prefieren a pesar de no ser una de las revistas con mayor factor de impacto (algunas de las publicaciones se realizaron antes de que existiera este ranking) y tampoco es una revista especializada en temas farmacéuticos. Se identifica también que en las revistas donde hay más publicaciones del tema de estudio, menos de la mitad tienen que ver con temas exclusivos del profesional farmacéutico. La explicación a estos hallazgos puede incluir el hecho de que la AF es una actividad interdisciplinaria y los autores quieren mostrar los resultados de sus investigaciones a los profesionales médicos.

Autores y profesiones: por el tiempo invertido y la complejidad necesaria para realizar una RSL o un MA, se esperaría que estas publicaciones contaran con más de un autor, como, evidentemente, sucedió en la mayoría de los casos. En aquellas donde aparece un solo autor, es posible que esto se debiera a las políticas internas de los grupos de investigación. Un amplio número de las revisiones se realizó en colaboración con otros

---

<sup>50</sup> Disponible en <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

<sup>51</sup> Disponible en [https://www-embase-com.ezproxy.unal.edu.co/#emtreeSearch/search/54327::pharmaceutical care](https://www-embase-com.ezproxy.unal.edu.co/#emtreeSearch/search/54327::pharmaceutical%20care)

profesionales de la salud; aspecto que debe tenerse en cuenta, ya que, como se mencionó anteriormente, la AF es interdisciplinar.

Número de revisiones: se observa una mayor tendencia a la publicación de revisiones en el ámbito ambulatorio y comunitario que se presume es debido, entre otras cosas, a que se trata de personas con enfermedades crónicas, población que requiere mayor atención por parte del farmacéutico (en el caso del ámbito ambulatorio), o personas que requiere educación o información (en el ámbito comunitario). El hecho de que algunas revisiones incluyan más de un ámbito podría reflejar un afán por demostrar la presencia e importancia del profesional farmacéutico en el campo de la atención en salud, ya que analizar ámbitos tan variados no permite identificar una tendencia o mostrar resultados homogéneos cuando se hace una RSL. Se mantiene una tendencia en el aumento del número de publicaciones, lo cual es esperable debido a la mayor disponibilidad de estudios individuales, a una mayor difusión de la actividad asistencial del farmacéutico y, posiblemente, a un afán cada vez más creciente de demostrar el papel del farmacéutico en esta área. Más allá del predominio de un ámbito sobre el otro, lo más importante de estos hallazgos es mostrar que las AAF se pueden realizar en todos los ámbitos del cuidado de la salud.

País del autor principal de la publicación: acorde con algunas publicaciones, se identifica que los autores que con mayor frecuencia publican provienen de los Estados Unidos y el Reino Unido, mientras que América Latina está representada por Brasil (266). En el tema específico de la AF parece existir la misma tendencia, y llama la atención que España, un país donde la actividad de la AF está muy reconocida, varias universidades lideran la investigación en este campo y han publicado bastante investigación; solo se encuentra representado en un porcentaje muy bajo (171, 267, 268)

Filiación del autor principal: como era de esperarse, la mayoría de los autores están afiliados a las universidades, ya que los académicos dentro de sus actividades investigativas buscan evidencia que demuestre el impacto de esta actividad en el campo de las ciencias de la salud y, adicionalmente, requieren de publicaciones como un compromiso con las actividades misionales de las universidades, aspecto que puede también estar relacionado con otras entidades del Estado que no se dedican a actividades académicas (269, 270). No se identificó participación de la industria farmacéutica o entidades relacionadas con la prestación de servicios de salud, posiblemente debido a que la mayoría de estos estudios tienen por objeto racionalizar el uso de medicamentos y no encuentran alguna ventaja comercial en su participación.

Idioma de la publicación: teniendo en cuenta que no se restringió la búsqueda por idioma, los resultados muestran un predominio casi total del idioma inglés. Otros idiomas fueron el portugués, el español, el francés y el japonés.

Diseños de los estudios individuales incluidos: La mayoría de los estudios individuales incluidos en las revisiones corresponde a estudios observacionales utilizando metodología cuantitativa, tal vez por la facilidad y bajo costo para su realización. Oliveira et al., realizaron una revisión enfocada solo a identificar estudios cualitativos, utilizando para ello

la base de datos de MedLine entre los años 1997-2007, e identificaron que el 0,6% de los estudios en AF correspondía a investigaciones cualitativas. En este documento, los autores reconocen que los resultados cuantitativos que proporcionan la estadística y la epidemiología pueden ser complementados con la metodología cualitativa para ampliar la visión e incluir aspectos sociales que además de lograr el reconocimiento social de la profesión, permitan ir más allá de la interacción inicial, para así conocer los deseos, necesidades, expectativas e inquietudes relacionadas con el uso de los medicamentos y profundizar en "...las actitudes, percepciones, comportamientos, creencias y representaciones sociales relacionadas a fenómenos del ámbito sanitario, desde el punto de vista de los profesionales y de los pacientes" (5). Dentro de los estudios cualitativos identificados por estos autores, la mayoría corresponde a la evaluación de la percepción del rol del farmacéutico por parte del paciente y el equipo de salud y concluyen que:

...existe una urgente necesidad de continuar implementando investigaciones cualitativas, que permitan, a través de las perspectivas sociales de farmacéuticos, pacientes, médicos y enfermeras, esclarecer el status de la profesión farmacéutica en toda su extensión, para que se promuevan las intervenciones pertinentes y el anhelado reconocimiento social de la profesión farmacéutica se concrete (5)

Los diferentes estudios encontrados por Oliveira et al., no permiten identificar un cambio en el paradigma de la AF: el concepto de 'salud-enfermedad' y 'medicamento' es visto desde la óptica del MMH. Solo en uno de los estudios incluidos en la revisión se exploran los PRM desde la perspectiva del paciente, aunque sin salirse del paradigma clásico de la atención sanitaria (271).

Unos pocos estudios individuales desde una mirada antropológica y social han intentado dar una visión diferente del medicamento (más allá de una mercancía o un agente quimioterapéutico), y algunos autores han explorado otras dimensiones: económicas, sociales y antropológicas del medicamento (69, 134, 139, 140, 142, 155, 272).

Tipos de revisiones incluidas: A pesar de que no se restringió la búsqueda por diseño de los estudios individuales, no fue posible recuperar ninguna revisión que incluyera estudios cualitativos, tal vez, porque: no se hacen RSL/MA de estudios cualitativos, las revisiones cualitativas no se encuentran indexadas con este nombre, la estrategia de búsqueda no fue adecuada o en las bases de datos en las cuales se realizó la búsqueda no se encuentran este tipo de publicaciones. Se han publicado pocas revisiones con MA, coincidiendo con los hallazgos de Melchioris et al., que atribuyen estos resultados a la falta de conocimiento de muchos farmacéuticos en la práctica de la investigación clínica lo cual ocasiona dificultades en la realización de ensayos clínicos aleatorizados en AF (226). Tal vez la principal dificultad para la realización de meta análisis es la heterogeneidad estadística y clínico-metodológica de los estudios individuales. Otra de las dificultades para la realización de los MA es la combinación de diferentes estudios con niveles de evidencia bajos (series de casos, cuasi-experimentales, antes y después, estudios observacionales) y la falta de evaluación de la calidad de los estudios primarios (226, 273).

Población por rango de edad: se observa en los resultados una falta de estudios realizados en población pediátrica, y mayor dedicación a los adultos mayores, posiblemente, porque las personas adultas son aquellas que presentan enfermedades crónicas que por sus características requieren mayor cantidad de medicamentos (polimedicación) y, por lo tanto, especial atención del farmacéutico (226, 274, 275). Es posible que la falta de realización de estudios en población pediátrica sea producto de dificultad para conseguir aprobación de los comités de ética o porque la intervención no se realiza directamente al paciente o porque la mayoría de las patologías pediátricas son agudas. La falta de estudios clínicos en pediatría favorece las condiciones para que se presenten los errores de medicación e incrementa el riesgo de usos *off-label* de medicamentos (276). Por esta razón, es importante que se incluya la AF con más intensidad en este grupo de edad ya que permitirá evidenciar estos problemas y proponer soluciones.

Calidad de la revisión: para la evaluación de las revisiones sistemáticas individuales se utilizó el instrumento AMSTAR, una herramienta que se desarrolló sobre la base de instrumentos anteriores, datos empíricos y consenso de expertos (262, 263). Los resultados obtenidos de la evaluación de las revisiones son atribuibles, tal vez, a la falta de experiencia de los autores que no identificaron literatura gris y, en solo muy pocas revisiones evaluaron la calidad de los estudios incluidos. Melchioris et al., realizaron una revisión sistemática sobre la calidad de estudios individuales sobre AF, en la cual atribuyen la baja calidad a falta de protocolos para su desarrollo (227). Es posible que este último aspecto también se vea reflejado en las revisiones sistemáticas.

Para la discusión de los enfoques del concepto de AF se tuvieron en cuenta dos aspectos: primero, si los autores de la revisión utilizan alguna expresión relacionada con la AF y, segundo, si se adhieren a una ideología del cuidado en particular.

En cuanto al primer aspecto, los resultados de la revisión muestran que solo una tercera parte de los estudios incluyen en el título, en la introducción o la metodología algún término relacionado con las AAF. La mayor parte de los que no lo incluyen se refiere a las intervenciones que realiza el farmacéutico sobre un grupo de pacientes o el papel que desempeña en una institución de salud, como buscando una justificación de su quehacer profesional, ya mencionado por Oliveira et al. en una discusión previa (5). Llama la atención que algunos autores mencionan la AF en el título, pero no hacen referencia a una definición particular en la introducción o la discusión de la revisión.

En una revisión elaborada por Melchioris et al., además de identificar el uso indebido del término AF, la indexación incorrecta y la ausencia de una definición en la metodología de los estudios, también se critica que dichos estudios sólo describen el asesoramiento de los pacientes, los servicios de farmacocinética clínica y la revisión de la utilización de medicamentos en lugar de mostrar la evaluación del impacto de la atención al paciente (226). En la revisión de Kennie et al., también se identifica el problema de la definición y clasificación de las AAF, por lo que utilizan un instrumento denominado *Pharmaceutical Care Research Checklist* (PCRC) con el fin de seleccionar y evaluar los artículos publicados sobre el tema de la AF (227).

Esta polémica o confusión en el término AF puede estar relacionada con los siguientes aspectos:

- Según Hepler, *El concepto de AF anima a las personas y una vez que se consigue su atención, parece estimular la imaginación de los farmacéuticos, enfermeras, médicos y pacientes, quienes se afectan emocionalmente y terminan primero adjuntado significados a la idea que no están en la definición original (relacionar la práctica de la farmacia y / o los farmacéuticos, limitando las oportunidades del farmacéutico sin tener en cuenta que este no puede brindar una terapia con medicamentos sin la colaboración del paciente, el médico y la enfermera), y segundo, las personas terminan enfatizando más unas ideas que otras (para alguien es más importante los desenlaces, para otro es tener responsabilidad o propósitos claros)*<sup>52</sup> (277).
- En Colombia, Salazar-Ospina et al., como resultado de una revisión sobre el concepto de AF, la farmacia clínica y el SFT, concluyen que en la Farmacia Clínica no hay interacción con el paciente, mientras que en la AF si hay un contacto directo (221).
- En un estudio realizado por Bjorkman, Bernsten y Sanner, se identifica que el farmacéutico es poseedor de un conocimiento que ningún otro profesional tiene y la diferencia en los diferentes términos está en cómo lo aplica (225). Se puede adicionar a esta discusión que también hay diferencia entre quién es el beneficiario de ese conocimiento: si es el grupo de profesionales de la salud, se llama farmacia clínica; si es el paciente, se llama AF; si es el individuo sano, podrían ser las APS que algunos llaman farmacia comunitaria o servicios cognitivos (221, 258). Queda la duda de si los beneficiarios de los conocimientos del farmacéutico es la comunidad (grupal/colectiva) que nombre podría recibir.
- Predominio de lo administrativo-gerencial-tecnológico en la prestación de los servicios de salud por encima de lo humanístico-educativo-legislativo, sin la menor consideración por lo paradigmático, ya que esto no está en discusión para la inmensa mayoría de investigadores, legisladores y administradores.
- Actualmente el concepto de AF ha sido objeto de debates y nuevas propuestas, como es el caso de Van Mil y Fernandez-LLimos (264) Machuca et al. (278), Blackburn et al. (279), Alina Martínez (8) y recientemente Alleman et al., quienes realizan una revisión de las diferentes definiciones encontradas en la literatura con el fin de construir una que incluya todas las existentes (229). Adicionalmente a lo argumentado por Hepler (el concepto anima a las personas), es posible que estos debates o discusiones estén relacionados con las diferencias en las características culturales, los centros de formación de educación superior y los sistemas de salud de cada país, como lo reconociera Cipolle et al. (123).

---

<sup>52</sup> NOTA: traducción libre del autor de la tesis

- Aunque la AF es aceptada por la mayoría de profesionales farmacéuticos, se argumenta que es necesaria una información clara y completa sobre las funciones y responsabilidades que los farmacéuticos asumen al proporcionar este servicio. A pesar de numerosos estudios realizados en este campo, estos no siempre coinciden con el concepto y la filosofía de la práctica definida por Hepler y Strand, pues aunque una cantidad importante de estos estudios llaman a esta práctica por diferentes nombres (servicios de farmacia clínica, servicios cognitivos, administración de medicamentos, revisión de medicamentos), todos ellos al parecer realizan prácticas similares (181, 226, 227, 280, 281).
- La traducción al español de la palabra *Pharmaceutical*. Van Mil y Fernandez afirman que esto no es un simple cambio de palabra o de género, porque "farmacéutica" (*pharmaceutical*) se asocia generalmente al campo del diseño y desarrollo de los medicamentos, mientras que el "farmacéutico" (*pharmacist*) es un término que se refiere al profesional farmacéutico que incluye las actividades relacionadas con la prevención y promoción de la salud desde el campo de los medicamentos por lo que dejan como alternativa el término 'Cuidado del Farmacéutico' a cambio o equivalente a la 'Atención Farmacéutica'. Gastelurrutia también discute la distorsión en el concepto cuando se quiere traducir al idioma español y propone que debería mantenerse el término original en inglés (*Pharmaceutical Care*) para que no pierda su significado (231). Esta misma discusión llevó en 2002 al cambio de nombre de la *American Pharmaceutical Association* por el de *American Pharmacist Association*. (282, 283). Aunque no parece haber relación con el tema, se han publicado varios estudios posteriores a esta discusión donde se utiliza la expresión *Pharmacist Care*, en los cuales no se evidencia diferencia con los publicados bajo el título de *Pharmaceutical Care* (284-288). Esta discusión pone en evidencia si la AF está centrada en el producto farmacéutico o en el paciente.

El segundo aspecto que se analiza y que está relacionado con el enfoque de las AAF es la interpretación de la palabra ATENCIÓN/CUIDADO y su posterior puesta en práctica en la identificación de necesidades-problemas-angustias del paciente. Para ello se ponen en consideración los siguientes aspectos:

- El significado del "CUIDADO" (*Care*) al ser traducida al español como ATENCIÓN, pierde algunos significados tales como: interesarse por algo o alguien, dar importancia, ocuparse o preocuparse. Son de destacar los términos con los cuales se describe lo que sería el cuidado al oponerlos a la atención: se habla de integralidad, de relaciones horizontales, simétricas y participativas, y de intersectorialidad (60).
- Según Cipolle et al., en la realización de la AF existen dos formas de usar la palabra "cuidado" en el contexto de la filosofía de la práctica: en el primero el cuidado se considera como eje orientador de la atención, centrándola en los usuarios, en la cual se relaciona el nivel de análisis del encuentro usuario-farmacéutico con el del modo de organización de los servicios, conectando la dimensión clínica con la de la gestión (dimensión técnica de cuidar a los pacientes,

en palabras de Cipolle et al.). En el segundo, el cuidar a un paciente en particular se utiliza para demostrar de esta manera la preocupación por su bienestar, enfoque que es concordante con lo planteado en la Declaración de Alma-Ata, donde el término cuidado (*Care*) se entiende como el quehacer en salud que va más allá de la atención (60, 123). El uso de palabra “cuidado” en el proceso asistencial supone un avance en la realización de la práctica de la AF, ya que tiene en cuenta las perspectivas de las necesidades, el ambiente cultural y social y el compromiso con el bienestar del paciente. Sin embargo, aunque no está explícito, parece que de esta manera el paciente pudiera ejercer su autonomía, pero siempre dependiendo de las orientaciones del farmacéutico. Según Garrafa, el ejercicio de la verdadera autonomía comienza con la liberación de sus decisiones, la emancipación (suprimir la dependencia de lo conceptual colectivo para alcanzar el dominio sobre sí mismo) y el empoderamiento de su condición, lo cual implica entender que el MMH es una práctica de control social (131).

- Otra forma de usar la palabra “cuidado”, y que posiblemente no se ha incluido dentro de la práctica de la AF, es el cuidado entendido como las prácticas no formales en salud, las cuales hacen referencia a las prácticas preventivas y curativas que realizan las personas por fuera del sistema de salud. Según esta última concepción, el cuidado puede desarrollarse de manera individual (auto-cuidado: dietas y ejercicio físico) o al cuidado de otros (“cuidadoras”). Desde la MS-SC Latinoamericana, se ha discutido que este significado plantea el riesgo de que se responsabilice a los individuos y familias por cuidar o descuidar, individualizando y privatizando dicha función, desligándola de sus dimensiones históricas, políticas, económicas y de construcción colectiva, y eximiendo a los Estados en su responsabilidad por el cuidado de las personas (60, 87).
- El cuidado desde lo vincular-afectivo, como es usado por los profesionales de Enfermería, involucra, además de las tareas concretas de asistencia a los enfermos, un trabajo tácito de vinculación emocional con el paciente (60). La profesión de enfermería ha desarrollado por lo menos tres modelos de cuidado: el modelo naturalista, en el cual el profesional ayuda al enfermo a que la naturaleza cumpla con su función; el modelo de suplencia o ayuda, en el cual el profesional suple o ayuda a realizar las actividades que la persona no puede hacer y que preservan la vida y, finalmente, el modelos de interrelación en el cual el profesional fomenta la adaptación de la persona ante un entorno cambiante, estimulando las relaciones interpersonales o las del paciente con su ambiente (289).

La forma de llevar a la práctica esta actividad (CUIDADO/ATENCIÓN) puede abordarse desde la Medicina Basada en Evidencia (MBE) y, la Atención Centrada en el Paciente (ACP) (225).

La MBE es tal vez la forma más directa y agresiva de consolidar el MMH, pues considera que las intervenciones son efectivas si han demostrado evidencia científica por medio de los experimentos clínicos controlados. Cualquier otra intervención terapéutica (homeopática, remedios caseros, etc.) queda por fuera de toda posibilidad de ser utilizada. Esta es una visión concreta y racional de la ciencia y la verdad que elimina el

contexto sociológico y aísla los prejuicios, ideologías y preconcepciones que puedan afectar la interpretación objetiva de los resultados. Los médicos en general son racionalistas (neopositivistas), sin embargo, el acto de la prescripción no lo es, más bien, está basado en las interacciones personales con los representantes de la industria farmacéutica, los colegas y los líderes de opinión; por lo tanto, el conocimiento de los médicos no es objetivo y libre de valores, sino social y culturalmente determinado (290). Bajo este enfoque, los profesionales de la salud buscan evidencia científica de las posibles intervenciones que pudieran utilizarse, dejando a un lado las necesidades y expectativas de los pacientes.

La ACP supone un cambio en la forma de pensar del profesional de la salud (especialmente el médico), ya que tiene que ceder poder al paciente, renunciando al control absoluto. La ACP permitirá lograr una RFP en la que se comparte la responsabilidad y se genera una alianza que favorece la salud del paciente, objetivo más importante de esta relación (291). Cipolle et al., grupo al que pertenece Linda Strand, identifican dos enfoques en la prestación de la AF: una que llaman 'focalizada en la prescripción' (aquellas actividades que se realizan al momento de la dispensación: sustitución por genéricos, información, educación, reconciliación de medicamentos) y otra llamada ACP (entender las necesidades, preocupaciones, creencias, preferencias y comportamientos del paciente relacionadas con la medicación) y reconocen que este último enfoque es el que ellos utilizan (123). Bjorkman, Bernsten y Sanner, identificaron diferentes maneras de realizar la AF, hecho que sugiere que esta no tiene el mismo significado para todos los profesionales y que estas diferentes concepciones de la AF establecen la forma cómo se lleva a cabo y lo que se pretende lograr en términos de resultado del tratamiento farmacológico de los pacientes. Estos mismos autores identificaron en la revisión cuatro metodologías con amplio reconocimiento mundial (Strand, Granada, PCNE y Apoteket) y concluyen que solo la metodología de Strand et al. tiene como base la ACP mientras que las otras tres utilizan la MBE (225). Es de anotar que en nuestra revisión se identificaron pocos estudios en los que los autores de la revisión hacen relación a las definiciones de Hepler, Strand y Cipolle. Finalmente, a pesar de que en este enfoque el paciente es el centro de atención, se termina utilizando la MBE para proponer solución a sus necesidades.

La discusión sobre la construcción del objeto de conocimiento de la AF está soportada en 4 actividades fundamentales que son: identificar los PRM y sus causas, proponer intervenciones que permitan corregir esas causas y, finalmente, evaluar los resultados obtenidos de estas intervenciones.

La identificación de la problemática asociada al uso de los medicamentos se realiza según la literatura consultada a través de los PRM y, ya que nuestra revisión identificó que solo en una cuarta parte de las investigaciones se identificó el término PRM y en la mitad de ellos se relacionó con la definición de Strand et al., se propone discutir este aspecto en dos partes.

La primera tiene que ver con la definición misma del término PRM o algunos de sus equivalentes (*Medication Related Problem, Drug Related Problem*), para lo cual se exponen las siguientes consideraciones:

- Algunos autores consideran que los PRM son el tema central de la AF y para eso realizan una revisión de estas, encontrando hasta 14 clasificaciones diferentes, algunas de ellas que no cuentan con una definición o que no han sido validadas (236-238).
- El término PRM también ha sido utilizado en el contexto de la farmacovigilancia, no solo en su definición<sup>53</sup>, sino como un sistema para clasificar las RAM (240).
- A pesar de que Hepler insistió mucho en que la AF constituía un cambio de paradigma donde las actividades del farmacéutico se enfocaban ahora al paciente y no al medicamento (1), la definición y clasificación de los PRM asestan un duro golpe al corazón mismo de la AF, ya que su construcción está basada en el producto (interacciones, adherencia al medicamento, dosis inferiores, reacciones adversas, etc.). Se identificó un estudio que intenta mostrar la identificación de los PRM desde el punto de vista del paciente, pero al igual que otras clasificaciones, no se discuten o consideran las otras necesidades que contribuyen a la prosperidad humana (271, 292).
- Los PRM son construcciones conceptuales y teóricas de los farmacéuticos donde no se ha tenido en cuenta la participación de los pacientes u otros profesionales de la salud (la mayor parte de los PRM identificados no son responsabilidad del paciente); se hace una identificación e intervención individual olvidando el contexto social, cultural y económico en que vive el paciente (ver Anexo B). Estos hallazgos pueden significar lo profundo que está enraizado el MMH en el esquema de pensamiento del farmacéutico y posiblemente ayude a explicar los resultados no concluyentes de las intervenciones del farmacéutico.

La segunda está relacionada con la forma en que son clasificados los PRM. Para esta tesis se utilizaron las definiciones y clasificaciones de las metodologías de Strand, Granada, PCNE y Apoteket (225). Aunque solo una proporción muy baja de las revisiones utilizan el término PRM y en casi todos los casos referenciando a Strand et al., se puede identificar en todos ellos que estos PRM están relacionados con aspectos biológicos (no control de una enfermedad, dosis insuficientes o excesivas, reacciones adversas, etc.), administrativos (dispensación inadecuada, no disponibilidad del medicamento, falta de controles, falta de información, etc.), comunicativos (falta de información, comunicación, educación, etc.), y solo en el caso del PCNE se reconocen explícitamente problemas económicos (el fármaco es más caro de lo necesario) (221, 238). Ligado a lo anterior, también se identifica que la problemática anteriormente mencionada es causada por falta de educación, información y comunicación, ya sea de parte del paciente, de la enfermera o del médico, como se describe en el capítulo de resultados.

---

<sup>53</sup> "La ciencia y actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos". Guía para la instalación y puesta en funcionamiento de un Centro de Farmacovigilancia. Centro colaborador de la OMS en 2002

Las otras dos actividades (intervenciones y resultados) con las que se construye el objeto de conocimiento también son consecuencia de la forma en que son identificados los PRM (biológicos, administrativos y económicos), por lo tanto las intervenciones están relacionadas con la forma de entender y resolver con unos valores éticos los asuntos relacionados con los medicamentos: educativas (dirigidas especialmente a los pacientes, algunas a los médicos y a profesionales de enfermería), informativas o comunicacionales y, en algunos casos administrativas (revisión de medicamentos, seguimiento de signos o síntomas y desarrollo de planes de cuidado entre otros). No se evidencian propuestas normativas-legislativas.

Aunque existen muchas definiciones para registrar las actividades de los farmacéuticos, hasta ahora no se ha logrado una aceptación universal que permita describir o documentar estas actividades, en un lenguaje común. La Clasificación de la Actividad de la Práctica Farmacéutica (CAPF) se ha construido sobre una tabla que contiene cuatro categorías: garantizar una terapia y resultados adecuados; dispensar medicamentos y dispositivos; promoción de la salud y prevención de la enfermedad; gestión de los sistemas sanitarios (293). Publicaciones sobre este tema han identificado también que la metodología no proporciona detalles claros del proceso, ni la descripción de la relación establecida entre el farmacéutico y el paciente, ni la forma en que el paciente está involucrado en los resultados como tampoco el lugar donde se realizó la actividad (consultorio, etc.), lo cual ocasiona dificultades para la comparación de los estudios (226, 227).

Según nuestros resultados e independiente del sistema de clasificación de los desenlaces, se observa un predominio de la medición de variables clínicas subrogadas seguido de los resultados económicos, con lo cual queda claro que no se están utilizando desenlaces con fuerte valor en salud pública como son la mortalidad, ingresos hospitalarios, costo de la enfermedad, etc. En cuanto a los desenlaces humanísticos (según la clasificación ECHO) representados por la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), algunos autores lo consideran como una visión muy optimista, ya que este concepto aún está lejos de ser consensuado en su definición y en su diferencia con el término 'calidad de vida' general, por lo que algunos autores sugieren que la CVRS se debe orientar en características como ingreso, libertad y calidad del medioambiente, pues estos indicadores que no están incluidos en los resultados médicos, pueden ser relacionados con mayor facilidad que los indicadores de las ciencias sociales (felicidad, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo). Los resultados obtenidos con este concepto han servido como un insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha permitido describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (294).

En casi la mitad de las revisiones sistemáticas, los autores concluyen que no es posible atribuirle a las intervenciones farmacéuticas los cambios observados en las variables evaluadas, casi siempre debido a razones metodológicas.

Al analizar los resultados de esta manera, se están evaluando las intervenciones en términos del MMH (control de parámetros biológicos y en el mejor de los casos

hospitalizaciones) y del modelo gerencial de los sistemas de salud (eficiencia en la prestación del servicio desde la óptica del paciente y del prestador) que generalmente está relacionado con el aumento del gasto, el cual pone en riesgo la viabilidad financiera de los sistemas de salud.

Es evidente que se requieren cambios epistemológicos que permitan ayudar a construir el objeto de conocimiento de una manera diferente con una metodología que permita un acercamiento real al paciente y sus necesidades, así mismo, es necesario replantear las bases éticas de la RFP con el fin de contribuir al entendimiento, interpretación y explicación de los problemas planteados.

Se evidencia en esta forma de construir el objeto de conocimiento las características del paradigma positivista: fragmentación del ser humano (identificar el problema sin relacionarlo con otros aspectos del individuo), reduccionismo (se consideran que los PRM son factores de riesgo para falta de eficacia, RAM u otras situaciones adversas) que ayudan en la consolidación del MMH y determinismo (se pueden predecir las consecuencias de los PRM). Al igual que en el paradigma social del PSEA estos PRM tienen unas causas sociales que no son identificadas: discriminación (género, clase, étnica), estigmatización social de ciertas enfermedades y la medicalización tal y como fue definida en el marco teórico. Tampoco se evalúan las causas económicas (el medicamento como una fuente de enriquecimiento de unos grupos particulares) ni se identifica el medicamento desde su dimensión simbólica (59, 87).

Podemos resumir entonces que, en la construcción del objeto de conocimiento, el concepto de salud es interpretado como ausencia de algo (falta de manifestaciones clínicas o de sintomatología); los PRM son construcciones del farmacéutico desarrolladas desde el MMH; el farmacéutico es reconocido como un agente que controla el proceso, verifica las prescripciones, manipula externa y objetivamente el estado de salud y las necesidades del paciente. En la RFP se ejerce la profesión desde la verticalidad, provocando que el 'paciente' tal y como lo sugiere el término, actúe de manera pasiva permitiendo al médico diagnosticar, formular y ejercer 'control' sobre las intervenciones, poniendo su confianza en el saber del otro profesional (farmacéutico), descartándose como conocedor de lo que pasa en su cuerpo (paciente). El conocimiento, tal y como se nos presenta en la actualidad, se ha construido sobre las bases de las Ciencias Naturales, bajo las premisas del positivismo que confieren el carácter 'objetivo' dado por las reglas del método científico con investigación experimental, pruebas estandarizadas y participación amplia de la estadística en un proceso impropio, alejado de la relación objeto-sujeto de investigación-cuidado (295).

Posiblemente la responsabilidad de esta forma de construir el objeto de conocimiento se puede encontrar en las inyecciones de grandes sumas de dinero a la industria farmacéutica y a las facultades de medicina por parte de John D. Rockefeller y Andrew Carnegie en los años anteriores a la segunda guerra mundial y a los procesos reformistas que se iniciaron en los Estados Unidos en los años 1980 y que fueron liderados por el capital financiero y, posteriormente, exportados a otros países desde la década de 1990. Las becas ofrecidas por los magnates estadounidenses a las facultades de medicina

permitieron la consolidación del MMH con lo cual los medicamentos producidos por la industria farmacéutica (en la cual ellos habían invertido) se convirtieron en la herramienta fundamental para la atención sanitaria (56, 104). Las reformas al sector salud, permitieron la penetración del capital financiero en el sector salud e introdujeron nuevos actores sociales, cambios en la regulación del sector y nuevos modelos de seguro que impactaron directamente la administración y la provisión de servicios. La entrada abrumadora de este capital y su lógica en el sector salud cambió no solo las reglas de juego a nivel económico, sino que también introdujo cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación a la concepción del PSEA y la transformación de pacientes/usuarios en clientes/consumidores. Parte del cambio estuvo centrado en presentar a los administradores de fondos destinados a cuidados médicos como compradores inteligentes, capaces de racionalizar el excesivo consumo, negociar precios y coordinar el cuidado de salud aumentando la calidad mientras disminuían costos (104). Otro de los cambios se manifestó en que ahora las decisiones de los profesionales están supeditadas a la de los administradores del sistema con el fin de garantizar la eficiencia en la prestación de los servicios (la salud como un bien de mercado), por medio del control de prescripciones y decisiones sustentadas en la MBE (296). La industria farmacéutica aprovechó la estrategia de transformación a clientes/consumidores e impulsó reformas silenciosas para reposicionarse en el mercado: estimuló cambios regulatorios que permitieron impactar la aprobación y comercialización de medicamentos y tecnología médica; la creación y redefinición de enfermedades (*mongering disease*); las modificaciones en los protocolos clínicos que favorecen el sobre-diagnóstico, y los mecanismos utilizados para promover la demanda de procedimientos y medicamentos que justifican también los altos precios que se tienen que pagar por ellos (87, 104). Es en este escenario donde el farmacéutico asistencial adquiere un papel protagónico en su papel de defensor del uso racional del medicamento con un objetivo aparentemente humanitario (disminuir las reacciones adversas, garantizar los resultados terapéuticos, mejorar la calidad de vida), pero con un trasfondo eminentemente económico de acumulación de un capital que se encuentra en disputa entre el capital financiero y el capital industrial, tal y como lo manifiesta Iriart y Merhy:

Los debates públicos y las políticas regulatorias relacionados con las reformas del sector salud giran, predominantemente, en torno al financiamiento, control de costos y costo-efectividad. Las reformas (...) son variaciones de modelos de seguro o de seguridad social basados en el financiamiento público, privado o mixto, y en quienes administran estos fondos y prestan los servicios (...). Prácticamente no se discute el papel que los diversos actores tienen en la definición de los modelos de cuidado en salud que, en definitiva, delimitan la conceptualización del PSAE y, por lo tanto, el tipo de servicios de atención individual y programas de salud colectiva que se implementan, quiénes y cómo los financian y proveen, así como a qué sectores se destinan (104).

En lo relacionado con la discusión de la metodología utilizada en el desarrollo de la AF se puede afirmar que todas ellas tienen una estructura muy similar que guarda estrecha relación con el Método Clínico y el Proceso de Atención en Enfermería (297, 298), el cual incluye los siguientes pasos: identificación de los problemas, análisis y evaluación

(diagnóstico), propuesta y ejecución de un plan y evaluación de resultados. Otros aspectos metodológicos que merecen la pena discutir son:

*Actores:* los resultados muestran un alto porcentaje en los cuales solo aparecen dos actores: el farmacéutico y el paciente y en pocos estudios incluyen médicos y/o enfermeras, mucho menos otros profesionales de la salud, el Estado, la industria farmacéutica, los aseguradores, los hospitales, los empleadores, entre otros. Morin insiste en que se debe recurrir a lo transdisciplinario (como se describió en el marco teórico) para lograr superar la parcelación del conocimiento y de esta manera construir una realidad totalizadora e interactuante, ya que de esa manera la ciencia comprenderá la realidad de una manera multidimensional sin pretensiones de alcanzar conclusiones definitivas (13). A pesar de que en la bibliografía consultada y especialmente aquella relacionada con los aspectos filosóficos de la AF, donde se hace énfasis en que el centro de atención es el paciente, de hecho esto se supone que constituye el cambio en el paradigma (1, 10), no se pudo observar en los estudios recuperados alguno que involucre al paciente como una persona activa o participativa dentro del proceso. Otro aspecto relacionado con los actores tienen que ver con el desempeño del farmacéutico, ya que para la prestación del servicio de AF se requiere del desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades que, al no estar descritas, pueden llevar a conclusiones diferentes debido a una falta de homogeneidad en estas competencias y los sitios de práctica de cada uno de los estudios individuales (227, 299).

*Población objetivo:* en su mayoría corresponde a pacientes, lo cual estaría acorde con la definición de la AF y su diferenciación de la farmacia clínica según Salazar-Ospina et al., quienes además concluyen que las AAF involucran a otros profesionales de la salud como parte importante para conseguir los logros propuestos (221). Los autores de las revisiones no diferencian la farmacia clínica de la AF y en algunos estudios pueden estar mezclando los dos conceptos, pues dentro de las estrategias de intervención se involucra a otros profesionales de la salud, incluido el farmacéutico. Sin embargo, se encontró que solo una tercera parte de las revisiones involucraron al farmacéutico junto con otros profesionales de la salud. Adicionalmente, se corrobora el hecho de que el MMH sigue estando presente en la atención en salud al contar con muy escasos estudios que involucraran profesionales de las ciencias sociales y humanas.

En términos generales, se identificaron en nuestra tesis estudios en los que se utilizan instrumentos que no han sido validados o estandarizados. Prácticamente en ninguna de las revisiones se hace una descripción clara del proceso de la AF en la sección de metodología, ya que no es suficiente proporcionar sólo ciertos aspectos (por ejemplo, devoluciones de llamada de pacientes, documentación, seguimiento, etc.) del proceso a la hora de evaluar la AF. Sin un enfoque completo, la investigación evaluará alguna de las actividades del profesional farmacéutico, en lugar de la AF. Por ejemplo, algunos estudios indican que el farmacéutico únicamente había realizado un historial de medicación sin describir la participación del paciente en los resultados y el grado en que el farmacéutico había considerado las expectativas y las necesidades del paciente como tampoco están muy claras las diferencias entre los términos: comunicación, asesoramiento, revisión y

educación. En algunos casos se menciona la actividad de seguimiento, sin que ella sea definida como SFT o alguna actividad relacionada con la AF, lo cual coincide con lo discutido por otros autores (300, 301). Algunos hablan de empoderamiento y autonomía de los pacientes, pero más con el sentido de culpabilizarlo que de promover su liberación, independencia y verdadera autonomía.

Finalmente, la utilización de la epidemiología clásica como metodología de investigación trae consigo una excesiva confianza en la estadística y puede llegar a obtener resultados con consecuencias negativas, como por ejemplo la estigmatización de las personas que nacen con bajo peso. Las matemáticas son una ciencia exacta, pero su aplicación a las ciencias sociales no lo es, pues detrás de cada estudio hay decisiones que están influidas por aspectos personales, culturales, políticos, económicos. Frecuentemente los investigadores olvidamos esta limitación e interpretamos los resultados de un estudio estadístico como si fuera la verdad absoluta, y tomamos decisiones en salud pública basadas principalmente en estos resultados que en ocasiones encuentra asociaciones espurias (bajo peso al nacer y la posibilidad de quedarse sin trabajo o de quedarse soltero en la vida adulta). Como consecuencia de esto, es posible que la sociedad o los tomadores de decisiones lleguen a la conclusión de que hay que hacer algo para ayudar a las personas supuestamente afectadas, marcando el comienzo de la medicalización y la iatrogenia (302).

Hace 27 años que se popularizó el concepto de AF y se empezó a desarrollar en el mundo, parece ser hora de reflexionar sobre la importancia que han tenido estas actividades asistenciales sobre la salud pública y el bienestar de las personas. De los análisis realizados en esta discusión pareciera más bien que los farmacéuticos nos hemos dedicado a reproducir el MMH, pues esto nos brinda la tranquilidad de un respaldo 'científico' que parece indiscutible, la estabilidad laboral y el reconocimiento social que hemos intentado demostrar desde que comenzamos a incursionar en este campo de la farmacia.

# 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 7.1 Conclusiones

Se evidencia una amplia producción en la literatura sobre las AAF con predominio del idioma inglés y autores provenientes de Norteamérica y el Reino Unido. Pocos MA y ensayos clínicos aleatorizados y una calidad de las revisiones entre regular y moderada.

Se identificó una falta de consenso o acuerdo en la definición de lo que es y no es AF, aunque se reconoce en la literatura consultada un esfuerzo por tratar de explicar las diferencias y proponer acuerdos. Esto puede ser una de las causas que muchas RSL/MA no hayan logrado evidenciar resultados concluyentes.

Aunque en la literatura consultada se evidencia la existencia de dos enfoques: técnico, (enfocado al medicamento) y humanista (centrado en el paciente), los estudios incluidos en la revisión de revisiones solo lograron evidenciar la existencia del primer enfoque.

La construcción del objeto de conocimiento está centrado en los PRM, entendidos desde el punto de vista del modelo biomédico hegemónico y para los cuales aún no existe consenso en las diferentes propuestas halladas en la literatura consultada. Las intervenciones, los desenlaces y resultados están soportados en el MMH y las investigaciones en la epidemiología clásica, con lo cual se construye la forma de entender la salud, enfermedad, atención y medicamento, que orientan la toma de decisiones que finalmente repercutirá en la manera de producir y distribuir la riqueza.

La metodología utilizada para la realización de las AAF comparten elementos del Método Clínico y el Proceso de Atención de Enfermería y con una RFP basada en la ética principialista que permiten la reproducción del modelo biomédico hegemónico.

## 7.2 Recomendaciones

Como se mencionó anteriormente, más de la mitad de las RSL/MA no lograron demostrar que los cambios en las variables evaluadas son atribuibles a las AAF. Esto se convierte en una oportunidad para proponer una nueva forma de construir el objeto de conocimiento que complemente la realidad que hasta el momento hemos descrito, pues según lo planteado por Kuhn, ya que ningún paradigma logra explicar completamente todos los problemas planteados, éstos sirven como apoyo para proponer otras maneras de resolverlos e implementar métodos alternativos que generaran nuevos paradigmas que reemplacen al anterior. El cambio a las AAF ha traído como consecuencia un hecho para el que el farmacéutico no estaba preparado por su paradigma, lo cual brinda la oportunidad de constituir una forma diferente de ver o entender este campo de conocimiento y actividad. Se debe tener en cuenta que la '*ciencia normal*' (aquella que

trata de adaptar la naturaleza a los esquemas de los paradigmas) se opone a estos cambios, es intransigente con las novedades y puede llegar a eliminarlas limitando "drásticamente la visión", ya que enfoca solo "un cuadro pequeño de problemas" (12, 14), por eso se espera un cambio progresivo hacia un nuevo paradigma interpretativo (apoyado en el paradigma de la complejidad). Esto requiere una propuesta diferente de construir el objeto de conocimiento con una metodología adecuada para este propósito y una RFP basado en los valores de una bioética latinoamericana. En el paradigma actual del PSEA:

- Ha ocurrido un cambio en los valores motivados por el gran desarrollo de la tecnología y la atención gerenciada. De esta manera como lo menciona Illich:

Lo que anteriormente se consideraba abuso de confianza y falta a la moral puede ahora atribuirse racionalmente a la falla ocasional de equipos y operadores. En un hospital tecnológicamente complejo, la negligencia pasa a ser un error humano aleatorio y la incompetencia se transforma en falta de equipo especializado. La despersonalización del diagnóstico y la terapéutica hace que el ejercicio profesional impropio deje de ser un problema ético y se convierta en problema técnico. El paciente en las garras de la medicina contemporánea es sólo un ejemplo más de la humanidad atrapada en sus técnicas perniciosas (87).

- El PSEA ha sido creado por la expropiación a las personas de sus creencias culturales en salud, enfermedad, dolor y la esperanza de una muerte que llega bajo la asistencia médica y nos encuentra sanos y con una edad avanzada (87).
- El modelo biomédico hegemónico produce una sociedad enferma que alienta a las personas a consumir más y más medicamentos, fomenta las dolencias de la gente y anima a la sociedad a convertirse en consumidores de servicios médicos de todo tipo (87, 104).

Por tal razón podemos decir que bajo el paradigma actual se ha creado un mundo en el cual las personas temen enfermarse o morir, lo cual es aprovechado por los dueños del capital para controlar las voluntades de las personas y su dinero. El cambio en el paradigma implica un cambio en la construcción del objeto de conocimiento, un cambio en la metodología para realizar las AAF y la investigación, y unos nuevos valores basados en la bioética latinoamericana que contribuya a la emancipación (en contraposición a la alienación, producto de la expropiación cultural), el empoderamiento (ejercicio verdadero de la autonomía) y la liberación (a través de la equidad en la distribución de los recursos se permita un acceso a los satisfactores de las necesidades básicas de toda la población).

## 7.2.1 Un nuevo paradigma

Los farmacéuticos requieren un cambio de paradigma que les permita la construcción de actividades basadas en los procesos de interacción continua, multidimensional, transaccional<sup>54</sup> con los pacientes, entre otros. Este cambio propuesto no es fácil, pues dependerá de factores como la cultura organizacional, el contexto social, las percepciones sobre la calidad en las prestaciones en salud y la construcción social del proceso salud-enfermedad, entre otras. Por lo tanto, debe haber una filosofía apropiada de la práctica y una estructura organizativa dentro de la cual practicar. Los farmacéuticos e instituciones debemos reorientar los esfuerzos hacia las acciones sociales para lo cual se debe primero confrontar el enfoque de productos y servicios orientado a la farmacia, la oposición de otras profesiones de la salud y de la IF, los problemas financieros y logísticos de los sistemas de salud además del desconocimiento de otros enfoques en la atención del paciente y, el conformismo frente a nuestro actual papel en el equipo de salud (167).

La construcción de este nuevo paradigma presenta tres retos: primero, colaborar en la elaboración de un concepto de salud-enfermedad alejado de la concepción del MMH, junto con el paciente y los otros profesionales. Segundo, entender el medicamento como algo más que un principio activo en una forma farmacéutica, ya que los actores no farmacéuticos le asignan diferente valor<sup>55</sup> y significado. Tercero, una definición y clasificación de PRM que vaya mucho más allá de lo técnico (adherencia, interacciones, etc.) y que explore las condiciones psicológicas, sociales, culturales, económicas y políticas que los causan.

Para el primer caso, el farmacéutico debe considerar que el PSEA se entiende dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que esta se experimenta, es decir, esta forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad, ya que las creencias dan forma a los síntomas de quien las sufre y también dan cuenta de su ubicación social (47-49, 60). Debemos ayudar a que los pacientes comprendan que la enfermedad no es una desviación de una función o la presencia de un malestar y que la medicalización es una estrategia del complejo médico industrial que favorece el consumo irracional de medicamentos y tecnologías en salud (40, 57, 140, 159). Debemos colaborar para que las personas luchen contra las dificultades del ambiente sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación y que no vivan con la preocupación obsesiva de la enfermedad y la muerte (49). En este mismo sentido, entender las diferencias entre las características biológicas, individuales y sociales (*disease, illness y sickness* respectivamente) de la enfermedad, lo cual nos ayudará a establecer prioridades en la demanda de las necesidades del paciente (66, 67).

---

<sup>54</sup> El objetivo del cambio es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de la evasión o pasividad, la curación como un ideal, progresar y aprender nuevas opciones. Eric Berne Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry . Ravenio Books, 2016, 272 pages

<sup>55</sup> Se debe entender el concepto de valor no desde el punto de vista económico sino desde lo ético.

Con el fin de asumir una definición de salud que se adapte a este nuevo paradigma y que subsane en parte algunas de las deficiencias de la definición hegemónica, se propone la definición que aparece en un documento de OMS:

Salud es el grado al cual un individuo o un grupo pueden, por una parte, alcanzar aspiraciones y satisfacer necesidades; y, por otra parte, cambiar o hacer frente al entorno. La salud está por lo tanto, considerada como un recurso para la vida diaria, no un objeto de vida; es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas<sup>56</sup>.

Para el segundo caso, debemos comprender que el medicamento tiene diferentes representaciones sociales (272): el farmacéutico lo identifica desde el punto de vista técnico y legal (forma farmacéutica con principio activo y auxiliares de formulación), el médico como un recurso quimio-terapéutico que le permite mantener una relación de poder con los otros profesionales de la salud (es el único que puede prescribirlos), y para el paciente, es una esperanza para aliviar o curar un malestar. Por lo tanto, se requiere de conocimientos que permitan interrelacionar estos significados para lograr plantear estrategias adecuadas de intervención (139, 141, 142, 155, 272). La resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas, la automedicación, la dificultad o facilidad para asumir comportamientos preventivos, son conductas que no pueden ser explicadas y comprendidas sólo en términos de eficacia clínica. Todas ellas constituyen aspectos parciales de un fenómeno mucho más amplio vinculado con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse sano o para curar las enfermedades, en definitiva, sobre lo que es relevante respecto de su salud (49).

Para el tercer caso, los PRM se deben consensuar, para lo cual se propone el punto de vista de Hepler<sup>57</sup>, Cipolle, Granada y PCNE, es decir que los PRM son de efectividad y seguridad, basados en el principio de que la administración de un medicamento debería resolver un problema de salud sin crear otro, esto desde el punto de vista biomédico. Sin embargo desde el paradigma social el principal PRM es la forma en que es concebido el medicamento, como un símbolo que representa la cura o el alivio de enfermedades que muchas veces no lo son y que son fuente de acumulación de capital. Superar esta visión implica ir más allá de lo técnico para dilucidar las causas de esos PRM ayudados por los DtSS: falta de acceso a medicamentos o al sistema de salud, creencias culturales (religión, por ejemplo), causas políticas (falta de estrategias de prevención y promoción-APS), forma de entender la existencia humana, etc.

---

<sup>56</sup> Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. World Health Organization 1998. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

<sup>57</sup> Hepler afirma que los medicamentos son administrados con el fin de alcanzar desenlaces definidos que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Estos desenlaces son: curar, aliviar o prevenir una enfermedad, o reducir o eliminación los síntomas. Las causas por las cuales no se alcanzan estos resultados es lo que llama PRM. Las consecuencias de estos PRM las denomina morbilidad y mortalidad relacionada con medicamentos. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43

Una propuesta epistemológica alternativa para la construcción de las AAF puede estar basada en los principios de la complejidad planteados por Edgar Morin (13):

*El principio dialógico:* se debe abandonar la idea que la realidad es un mundo de dualidades que se contraponen y más bien son complementarias. No se puede separar la salud de la enfermedad, el fallo terapéutico del éxito terapéutico, la adherencia de la no adherencia, ya que estos términos sin dejar de ser antagónicos, conviven en una misma persona.

*La recursividad organizacional:* la realidad no es lineal (causa-efecto), ya que el efecto se puede volver causa y los productos se pueden volver productores. Para el caso de los farmacéuticos asistenciales, se presume que la falta de adherencia es una causal del fallo terapéutico, pero olvidamos que los fallos terapéuticos son causales de que las personas no sean adherentes al tratamiento. De igual manera, se debe entender que los PRM no son solo causas de fallo terapéutico o RAM, sino también que estos pueden ser la causa de los PRM.

*El principio hologramático:* no podemos seguir particularizando la realidad y estudiando las partes sin entender el todo (reduccionismo), como tampoco estudiar el todo sin entender las partes que lo componen (holismo). Una práctica muy frecuente en nuestro medio es querer traducir todo a relaciones entre variables, olvidando que es el observador quien construye esas relaciones y no la naturaleza la que las determina. El farmacéutico asistencial debe entender que el paciente (persona, usuario) no solamente es un conjunto de órganos y funciones, sino es un ser integral donde se funden lo biológico, lo social, lo psicológico, pero sin olvidar que en cada órgano o función está expresada la totalidad del ser.

Se pretende entonces que el farmacéutico actúe como un agente de cambio socio-sanitario, el paciente sea una persona involucrada en su propio proceso de cambio de estado de salud, la salud sea vista como un hecho positivo reelaborado por la misma persona, con un conocimiento social y sanitario basado en la dialéctica y la subjetividad que permita la construcción de nuevas realidades, utilizando para ello la investigación crítica ayudado por estudios cualitativos y epidemiología social donde los sujetos estén por encima de los métodos y que sea útil para pactar compromisos para la solución de problemas. La práctica de las AAF debe estar orientada hacia una intervención en la práctica social y antropológica del sujeto y el proceso de toma de decisiones centrado en la capacidad crítica (295).

## 7.2.2 Una metodología

### En la praxis

Se propone utilizar el término Cuidado Farmacéutico (o Cuidado del Farmacéutico) en vez de la AF que, según lo revisado en la literatura, al parecer se ha convertido en un cliché.<sup>58</sup> Este cambio tiene implicaciones paradigmáticas por lo que es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- La persona a quien se tiene que cuidar no es capaz de resolver sus necesidades por sí misma, por lo tanto, requiere ayuda.
- El cuidado no es una actividad permanente, pues de lo contrario la persona se volverá dependiente aboliendo el principio de autonomía.
- El farmacéutico adquiere un compromiso (obligación contraída, palabra dada) y una responsabilidad (el farmacéutico reconoce y acepta las consecuencias de un hecho realizado libremente).

El proceso de CUIDADO debe tener en cuenta las siguientes actividades, las dos últimas basadas en la pirámide de necesidades de Maslow (303):

1. Evitar el daño: identificar, prevenir y resolver las situaciones en las que los medicamentos puedan causarle daño al paciente.
2. Antes de identificar los PRM se debe evaluar y procurar suplir las necesidades básicas del paciente: beber agua (hidratarse), alimentarse, dormir (descansar), eliminar los desechos corporales, evitar el dolor y mantener la temperatura corporal (ambiente cálido o con vestimenta). Si estas necesidades no están satisfechas, difícilmente las necesidades superiores se logran satisfacer.
3. Reconocer las necesidades de seguridad y protección: integridad del propio cuerpo y de salud. También se deben identificar las necesidades de recursos (casa, dinero, etc.), de vivienda y sociales (amistades, pareja, colegas o familia). En este punto, es posible enlazar estas necesidades del paciente y sus necesidades relacionadas con medicamentos.

Aunque no siempre se alcanzará, el farmacéutico deberá ayudar al paciente a encontrar un sentido válido a su vida haciendo aquello para lo cual él tiene las mejores aptitudes. Con esto se espera que el paciente pueda liberarse de la enfermedad y aprender a sobrellevarla sin necesidad del médico o el farmacéutico. Estas actividades requieren un abordaje transdisciplinario como lo propone Morin.

---

<sup>58</sup> Idea o expresión demasiado repetida o formularia. DRAE

El cambio paradigmático propuesto también requiere de una ACP, para lo cual Ramalho de Oliveira y Shoemaker plantean algunas estrategias que permitirán superar la Actitud Natural del Farmacéutico<sup>59</sup> (ANF) que se considera un obstáculo para una RFP. Con la ruptura de la ANF se alcanzará una apertura ante el paciente, lo cual significa (304):

- Tolerar la experiencia de lo desconocido, ya que esta situación produce malestar de no saberlo todo o de no tener la respuesta definitiva a la situación del paciente.
- Desafiar sus creencias más íntimamente arraigadas acerca de cómo funciona el mundo, es como mirar a través de una lente diferente.
- Permitirse nuevos puntos de vista y nuevas posibilidades tratando de reconocer (si se puede, eliminar) sus prejuicios, sesgos, preconceptos, suposiciones, ya que estos se interponen en el camino de la apertura total.

Para alcanzar esta actitud abierta, las autoras proponen seis estrategias (unas utilizadas con los pacientes y otras con los colegas) que ayudaran a los farmacéuticos a conseguirla: escuchar, reconocer, preguntar, reconocer, cuestionar y reflexionar. Estas estrategias pueden ayudar a los farmacéuticos a reconocer sus actitudes naturales y superarlas cuando interfieren con el cuidado del paciente (304).

### En la investigación

Cómo se explica en el capítulo I, la realidad social no puede ser explicada por leyes naturales, más bien puede ser comprendida (sin desconocer lo biológico) por medio de construcciones provisionales de esa realidad, apoyadas en la evidencia que ofrece una visión del hombre al interior de una trama compleja, dinámica y no lineal en la que operan fuerzas biológicas, económicas, políticas y culturales en permanente interacción. Una de las alternativas para investigar esa realidad es la epidemiología social que permitirá identificar quién es el responsable de los patrones poblacionales de la salud, la enfermedad y el bienestar, y cómo se manifiesta en el presente, el pasado y el cambio de las desigualdades sociales en la salud (39). Sánchez y Abadía realizan una interesante propuesta que permite integrar los métodos cualitativos con los cuantitativos, argumentando que esas diferencias de métodos no son más que construcciones artificiales que buscan justificar los límites de la competencia. Esta propuesta pone a disposición del problema todas las herramientas metodológicas sin que estas estén por encima de los objetos, sin limitarse a la articulación metodológica o a la discusión sobre formas de conocer el mundo, sino que plantea un abordaje desde una perspectiva crítica, que contempla las relaciones de poder que constituyen un campo heterogéneo, complejo y conflictivo, donde los sujetos están en medio de situaciones de desigualdad económica, social, ideológica, política y cultural (305).

Un resumen comparativo de los dos métodos se muestra en la siguiente tabla:

---

<sup>59</sup> la actitud natural se refiere a que los seres humanos no reflexionan sobre sus acciones sino que actúan de acuerdo con su sentido común, preconceptos, suposiciones o sesgos. La actitud natural impregna toda nuestra existencia como seres humanos, lo que significa que nuestras actitudes y acciones no suelen reflejarse y desafiarse a diario. Ramalho de Oliveira D., Shoemaker S.J. J Am Pharm Assoc. 2006;46:56–66.

Tabla 15. Investigación cualitativa VS Investigación cuantitativa

<b>CUALITATIVA</b>	<b>CUANTITATIVA</b>
Relación sujeto – sujeto.	Relación sujeto – objeto.
Es dinámico	Es lineal
Contexto social, histórico, espacial, cultural, etc.	No tiene en cuenta el contexto
Subjetivo	Objetivo
Busca transformar	Busca generar conocimiento.
Se parte de que el investigador también es un ser humano	No es claro el papel del investigador
Punto de partida: hecho social o situación	Punto de partida: hecho científico

Fuente: Propia del autor

El positivismo cercenó la conexión entre el corazón y el cerebro mostrando un menosprecio por lo subjetivo, las creencias y las percepciones personales de los fenómenos para dar mayor importancia a lo pragmático, lo objetivo y lo tangible. Estas conexiones rotas pueden ser recuperadas para desarrollar las AAF por medio de la Investigación Acción Participativa (IAP), la cual es una rama de la investigación cualitativa basada en la colaboración, la reflexión y la praxis y que tiene como fin último la transformación social que parte del hecho de que los sujetos son los principales conocedores –si se quiere investigadores- de su propia realidad y por ende tienen la agencia de transformarla. Es investigación, porque parte de un proceso riguroso y un conjunto de técnicas y procedimientos para generar conocimiento; es acción, porque los sujetos actúan sobre su realidad, se acercan e interactúan con ella, y es participativa, porque es un trabajo colaborativo entre los sujetos y se democratiza y socializa el saber, que ha sido apropiado (306, 307).

Según Orlando Fals Borda

La IAP propone una cercanía cultural con lo propio que permite superar el léxico académico limitante; busca ganar el equilibrio con formas combinadas de análisis cualitativo y de investigación colectiva e individual y se propone combinar y acumular selectivamente el conocimiento que proviene tanto de la aplicación de la razón instrumental cartesiana como de la racionalidad cotidiana y del corazón y experiencias de las gentes comunes, para colocar ese conocimiento sentipensante al servicio de los intereses de las clases y grupos mayoritarios explotados, especialmente los del campo que están más atrasados (307).

### 7.2.3 Una nueva RFP

Teniendo en cuenta lo planteado en el marco conceptual, la discusión y las propuestas anteriormente presentados, es necesario construir una nueva RFP que cambie la actual en la que se reproduce acríticamente el MMH y donde la eficiencia y el beneficio social e

institucional están basadas en razones económicas, ya que de continuar así, la RFP seguirá supeditada a las pretensiones de los administradores y burócratas y no a los deseos de los profesionales de la salud y los pacientes (130).

Esta nueva RFP debe mantener su esencia, esto es, para el paciente, satisfacer el deseo y necesidad de salud del paciente y para el farmacéutico, cumplir con la función que la sociedad le ha asignado<sup>60</sup>. Esta RFP tiene connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas que servirán de base para la gestión en salud y puede ser clasificada como: 1. relación activa-pasiva, si el paciente no está en capacidad de comunicarse; 2. relación de cooperación guiada, cuando el paciente en una situación aguda está en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento; 3. relación de participación mutua, especialmente en enfermedades crónicas, en la cual el paciente participa y se compromete activamente en su tratamiento (308).

En la sociedad actual se han introducido cambios profundos en el cuidado de la salud y en los valores tanto de los prestadores como en los mismos pacientes. La economía neoliberal dominante ha impregnado el concepto de salud categorizándolo como un bien público de mercado, el cual debe ser garantizado por el Estado, pero como negocio se deja en manos del libre mercado donde es valorada acorde a los principios de eficiencia, eficacia, rentabilidad y libre competencia como cualquier otra empresa (102, 309, 310). Según Gilberto Cely, en este escenario, los profesionales de la salud se han dedicado a planificar, administrar, dispensar y vender servicios que sean rentables para la empresa en la cual trabajan. El mismo autor afirma que (296):

El paciente es visto como un cliente, un consumidor, un usuario y no ya como un ser frágil y necesitado de compasión y de auxilio altruista y humanitario, como se le consideraba antes cuando primaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía

La RFP debe tener en cuenta los valores éticos acordes a la época y al lugar donde habitan los pacientes, ya que estos son sujetos socio-históricos, es decir, individuos que poseen determinadas características de conformidad con el grupo social al que pertenecen y según la zona geográfica en que viven, pero que también tienen su propia historia o trayectoria de vida, lo que los hace únicos. Desconocer lo anterior conduce a reproducir una práctica médica curativa, biológica y hospitalaria donde se ve la enfermedad y no al enfermo. Una nueva bioética latinoamericana debe ser tomada en cuenta para la construcción de una RFP donde se consideren los aspectos culturales, la problemática social del paciente y el sistema sanitario del país con el fin de que el farmacéutico pueda realizar intervenciones acorde a este contexto. El farmacéutico debe, primero, ponerse en el lugar del paciente, es decir, conocer los factores culturales, sociales y psicológicos del enfermo con el fin de verlo como a un ser social y no a la enfermedad en abstracto; segundo, tener presente que la AF está vinculada a otras

---

<sup>60</sup> Esta responsabilidad está establecida en documentos y legislaciones nacionales e internacionales. Algunas de ellas están disponibles en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094s/s14094s.pdf>  
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>,  
[http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec1945\\_96.htm](http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec1945_96.htm)  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16944>

actividades y, tercero, que el personal paramédico (auxiliares, fisioterapeutas, laboratorio clínico, etc.), así como el administrativo, es fundamental para lograr prácticas sanitarias oportunas y de calidad (311).

Es por ello que, aún en la actualidad y muy probablemente en el futuro, parece válido insistir en las principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en los profesionales de la salud: que los escuchen y los comprendan, que se interesen por ellos como seres humanos, que tengan competencia profesional, que se mantengan razonablemente actualizados y que no los abandonen. Dentro de los rasgos estructurales básicos del MMH y que están relacionados con el paciente se tienen: relación asimétrica médico-paciente, subordinación técnica y social del paciente, concepción del paciente como ignorante o portador de un saber equivocado, el paciente como responsable de su enfermedad (culpar a la víctima), el paciente como consumidor pasivo y, finalmente, la exclusión del paciente del saber médico, con lo cual se configura una relación de poder donde el médico y en general el profesional de la salud es aquel que todo lo sabe y todo lo puede, mientras que el paciente es la persona que se va a beneficiar de este poder y sabiduría (312).

Dado que en una RFP existen diferencia de valores (los del profesional y los del paciente), se requiere adoptar una ética<sup>61</sup> (125, 313). Para esta propuesta es necesario abandonar la ética principialista y acoger la bioética, ya que ella surge para intentar resolver nuevos dilemas morales derivados de las transformaciones que la práctica médica ha tenido en tres aspectos: 1. la gran capacidad de intervención de la ciencia y la tecnología sobre el ser humano en todas las etapas de la vida (nacimiento, desarrollo y muerte), así como sobre el medio ambiente; 2. la transformación social de la RMP que le confiere protagonismo a este último en las decisiones terapéuticas y 3. la transformación política de la salud que la convierte en un bien social primario. La bioética se debe practicar y difundir con una visión holística y como una propuesta integradora de la naturaleza con los seres vivos que habitan en un determinado momento histórico y sobre todo por los seres que vendrán (127, 128, 313).

Una nueva RFP deberá estar soportada por una bioética latinoamericana acorde con nuestros valores, instituciones y geografía, la cual nos permitirá reconocer: 1. las diferencias entre el farmacéutico y el paciente en lo relacionado con los intereses, necesidades, recursos y perspectivas; 2. la existencia de tradiciones milenarias, imaginarios colectivos, así como la construcción desigual de nuestras nacionalidades; 3. la presencia de una colección de elaboraciones conceptuales sobre nuestra propia especificidad histórica, la multietnicidad producto de procesos de mestizaje e hibridación cultural; 4. la necesidad de conservar los legados, las tradiciones y las cosmovisiones ancestrales; 5. el arraigo de imaginarios nacionales y regionales que no deben llevar a la

---

<sup>61</sup> Se entiende la ética como la reflexión que cualquier persona realiza o podría realizar sobre su propio sistema moral o sobre el de los otros, con el fin de intentar responder preguntas relacionadas con los valores que sustentan sus actos o los de los demás. Por su carácter normativo y reflexivo sobre el actuar del hombre en relación con sus semejantes ocupa un lugar especial en la política ya que tiene que ver con el actuar humano en el gobierno de la sociedad.

desaparición de las particularidades culturales y finalmente 6. aceptar la dinámica de los contextos sociales, económicos, políticos y culturales de nuestro continente. Nuestras sociedades tienen profundas diferencias y desigualdades, hemos vivido procesos de modernización que se entrecruzan con prácticas premodernas todavía vigentes; sin embargo, la modernidad no puede ni debe subsumir todas las lógicas culturales no modernas (127, 314, 315).

Garrafa, entonces, propone las cuatro "P" que se deben abordar para una bioética responsable del siglo XXI y que deben estar presentes en una RFP: **P**rotección de los vulnerables, **P**revenición de las enfermedades, **P**recaución frente a los posibles daños indeseables y **P**rudencia frente a cuestiones no totalmente conocidas en temas como terapia génica y otros (315). También presenta una propuesta epistemológica de bioética de intervención en la que presenta tres categorías: empoderamiento, liberación y emancipación. La Declaración de la UNESCO amplía el marco de los principios básicos de la bioética, al abordar principios ineludibles para los seres humanos como: Solidaridad, Equidad, Cooperación y Responsabilidad para la biosfera (127). Por lo anterior, el farmacéutico como profesional de la salud debería reconocer y tomar posición en las discusiones éticas que están en el trasfondo de las AAF con el fin de construir una RFP que le permita desempeñar un papel importante en el empoderamiento, la liberación y la emancipación de las personas que consumen medicamentos.

En la RFP deberá analizarse la individualidad de la personalidad desde su triple dimensión: general, particular y singular. En cuanto a lo general, se tendrá en cuenta que el hombre no es ajeno a su tiempo ni a las condiciones históricas concretas de la sociedad en que vive, y el reflejo de estas relaciones a través de una actividad mediatizada por sus relaciones con los demás contribuye a la formación de características de la personalidad con cierto grado de semejanza entre numerosas personas. En lo particular, el hombre no interactúa con el sistema de relaciones sociales que constituye la sociedad, sino que lo hace a través de representaciones particulares de la sociedad en general. Las normas de conducta, los principios morales, las convicciones y otros, son comunes a los miembros de este nivel particular de las relaciones sociales, como es la familia, los grupos de trabajo, etc. En lo singular, se incluyen las experiencias, hechos, acontecimientos, relaciones, tareas en las que el hombre se ve incluido y que no se le presentan de la misma manera o en las mismas condiciones a otros hombres. Cuando un individuo hace suya una ideología la asimila como una profunda convicción y le da su propio calor emocional, regulando su actuación en consonancia con ello (124).

Tanto el paciente como el farmacéutico presentan algunas características (construidas socio-históricamente) que están presentes en la RFP y contribuyen en aspectos relacionados con la enfermedad y la forma de comunicarse durante este mutuo acercamiento. Dentro de ellas se tienen: la personalidad de los actores, los objetivos perseguidos por el paciente y el farmacéutico: las relaciones de poder, los estados afectivos, la defensa de la autoestima y la comunicación. El objetivo del farmacéutico debería ser la contribución al empoderamiento de la población para lograr una

transformación social, acordes a lo mencionado en la bioética latinoamericana y la epidemiología social. Adicionalmente, mantener el clásico objetivo de identificar, prevenir y resolver las necesidades que presenta el paciente con los medicamentos que consume sin olvidar que se trata de una persona a la cual hay que brindarle confianza, respeto y tranquilidad para obtener su consentimiento en cada acción que se requiera realizar (106).

#### **7.2.4 Una propuesta de definición**

Las AAF son aquellas actividades en las cuales el farmacéutico pone al servicio de los usuarios de medicamentos (pacientes, personas y profesionales de la salud) sus conocimientos, actitudes y prácticas, para que mediante estrategias que mejoren el uso de los medicamentos, se contribuya a mantener la salud o prevenir la enfermedad de una persona y, en general, de la sociedad. Para esto se requiere la emancipación del modelo biomédico hegemónico, empoderamiento y liberación, aplicando los principios éticos de Protección de los vulnerables, Prevención de las enfermedades, Precaución frente a los posibles daños indeseables y Prudencia.

Estas actividades pueden ser aplicadas en el ámbito hospitalario, ambulatorio y el comunitario.

Con esta definición se aclara que:

1. La palabra asistencial deriva de la palabra asistencia, la cual tiene diversos significados según el DRAE (Diccionario de la Real Academia de la lengua Española), pero para el caso particular significa: "Acción de prestar socorro, favor o ayuda" o también como los "...medios que se dan a alguien para que se mantenga".
2. Estas actividades solo adquieren valor si son colaborativas y consensuadas.
3. El uso racional de los medicamentos no es un fin, sino un medio para conseguir el propósito de todos los profesionales de la salud: promover la salud y prevenir la enfermedad.
4. Aunque no está explícito, se tendrá en cuenta el proceso salud-enfermedad como un concepto social, por lo tanto, se deja claro que a pesar de ser una actividad individual, tiene un alcance en la sociedad.
5. No están restringidas solo al ámbito ambulatorio.

Pueden ser considerados los siguientes términos: farmacia clínica, AF, gestión de terapia con medicamentos, asistencia farmacéutica, revisión de medicamentos, etc., términos que son comúnmente utilizados en los estudios dependiendo del país.

# ANEXOS

## A. Anexo: EL PSEA en los diferentes paradigmas

PARADIGMA	SALUD	CAUSAS ENFERMEDAD	ATENCIÓN			
			Médico	Farmacéutico	Medicamento	Sistema de salud
Mítico-religioso	No definida	Hechizo, brujería, posesión demonios, castigo divino	Sanador, brujo, hechicero, sacerdote	Sanador, brujo, hechicero, sacerdote	Productos naturales medianamente procesados	Obligación de expulsar malos espíritus, No hay responsabilidad social
Metafísico	No definida	Desequilibrio de humores, miasmas	Médico	Médico, boticario	Productos naturales en formas farmacéuticas	Hospitales, nosocomios, monasterios. Médicos para ricos y pobres
Científico	Completo estado de bienestar	Anatomo-patológico, clínico, etiológico	Médico	Farmacéutico industrial, asistencial, comunitario	Químicos, biológicos altamente procesados	Modernos sistemas de salud
Social	Proceso salud - enfermedad - atención	Determinantes sociales, determinación social	Equipo de salud	Farmacéutico comunitario, farmacéutico social (?)	Corrección inequidad, discriminación, estigma. Medicamentos en atención clínica	Atención primaria en Salud, reformas políticas y económicas (?)

B. Anexo: Tabla comparativa de la clasificación de los PRM y errores de medicación

		CIPOLLE et al	PCNE	GRANADA	APOTEKET	OMS 2019
	<b>DEFINICIÓN</b>	Cualquier evento indeseable experimentado por un paciente que involucra o se sospecha que está involucrado con la terapia farmacológica y que interfiere con el alcance de las metas establecidas de la terapia y requiere del juicio profesional para su resolución	evento o circunstancia que involucra una terapia con fármacos que interfiere real o potencialmente con los resultados de salud deseados	Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos	No definido	cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. (NCC MERP)
	<b>CLASIFICACIÓN</b>	Efectividad	Efectividad del fármaco	Efectividad	No definido	No definido
		Seguridad	Reacciones adversas	Seguridad		
		Indicación	Otros	Necesidad		
		Adherencia	Costo del fármaco			
CAUSAS	<b>Biológicas</b>	Características personales, contraindicación, otros problemas de salud que afectan al tratamiento, probabilidad de efectos adversos (RAM)	Personalidad o comportamiento del paciente	refractoriedad, contraindicación, no efectividad para la condición, reacción alérgica, efecto rebote, efectos indeseables, terapia preventiva, terapia sinérgica, uso para tratar una RAM, no puede deglutir o administrar, medicamento más efectivo disponible, medicamento inseguro para el paciente	contraindicación, fracaso de la terapia, RAM	contraindicación, RAM
	<b>Administrativas</b>	Duplicidad, administración errónea del medicamento, conservación inadecuada, dosis, pauta y/o duración no adecuada, errores en la dispensación, errores en la prescripción, otros	Selección inadecuada del fármaco, de la forma farmacéutica, de la dosis o de la duración del tratamiento. Logística de prescripción o dispensación	Duplicidad terapéutica, forma farmacéutica inapropiada, dosis inapropiada, necesidad adicional de monitorización, frecuencia inapropiada, administración incorrecta, almacenamiento incorrecto, duración inapropiada, no consigue el medicamento, medicamento no disponible	Duplicación de fármacos, subutilización del medicamento, uso excesivo de medicamentos, tiempo inapropiado para la ingesta de medicamentos / intervalo de dosificación incorrecta, problema en la administración del fármaco, Otro problema relacionado con los medicamentos	paciente erróneo, medicamento erróneo, dosis o frecuencia errónea, forma galénica o presentación errónea, vía errónea, cantidad errónea, omisión de medicamento o de dosis, medicamento caducado, condiciones de conservación inadecuadas
	<b>Comunicativas</b>	Incumplimiento, Interacciones, Problema de salud insuficientemente tratado	Proceso de uso del fármaco	No indicación médica, terapia inadecuada, no entiende las instrucciones, prefiere no tomarlo, olvida tomarlo, uso recreativo, condición no tratada, interacción de medicamentos	Incertidumbre sobre el objetivo del medicamento, dificultad para abrir el envase-empaque del medicamento, interacción, almacenamiento inapropiado de fármacos	información / instrucciones de dispensación erróneas

### C. Anexo: Bibliografía de las revisiones incluidas en la revisión

Año	Revista	Autores	Título
2006	Ann Pharmacother	A Simon Pickard and Shih-Ying Hung	An Update on Evidence of Clinical Pharmacy Services' Impact on Health-Related Quality of Life
1999	Ann Pharmacother	A Simon Pickard, Jeffrey A Johnson, Karen B Farris	The Impact of Pharmacist Interventions on Health-Related Quality of Life
2007	Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics	A. Ponniah, B. Anderson, S. Shakib, C.J. Doecke, M. Angley	Pharmacists' role in the post-discharge management of patients with heart failure: a literature review
2013	J Manag Care Pharm	Abdulaziz Altowajiri, Ceri J. Phillips, Deborah Fitzsimmons	A Systematic Review of the Clinical and Economic Effectiveness of Clinical Pharmacist Intervention in Secondary Prevention of Cardiovascular Disease
2008	Pharmacotherapy	Alexandra Perez, Fred Doloresco, James M. Hoffman, Patrick D. Meek, Daniel R. Touchette, Lee C. Vermeulen, Glen T. Schumock	Economic Evaluations of Clinical Pharmacy Services: 2001–2005
2003	Journal of Public Health Medicine	Alison Blenkinsopp, Claire Anderson and Miriam Armstrong	Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviours and risk factors for coronary heart disease
2014	PloS ONE	Andrew Willis, Peter Rivers, Laura J. Gray, Melanie Davies, Kamlesh Khunti	The Effectiveness of Screening for Diabetes and Cardiovascular Disease Risk Factors in a Community Pharmacy Setting
2013	International Journal for Quality in Health Care	Anne Spinewine, Coraline Claeys, Veerle Foulon And Pierre Chevalier <sup>5</sup>	Approaches for improving continuity of care in medication management: a systematic review
2008	International Journal of Antimicrobial Agents	Antonella P. Tonna, Derek Stewart, Bernice West, Ian Gould, Dorothy McCaig	Antimicrobial optimisation in secondary care: the pharmacist as part of a multidisciplinary antimicrobial programme—a literature review
2009	Journal of Pharmacy Practice	Becky L. Armor, Mark L. Britton, Vincent C. Dennis, Nancy A. Letassy	A Review of Pharmacist Contributions to Diabetes Care in the United States
2000	Cochrane Database of Systematic Reviews	Benej J, Bero LA, Bond C.	Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes.
2011	Clinical Journal of Pain	Bennett MI, Bagnall AM, Raine G, Closs SJ, Blenkinsopp A, Dickman A, Ellershaw J	Educational interventions by pharmacists to patients with chronic pain: systematic review and meta-analysis
2005	Ann Pharmacother	Boris LG Van Wijk, Olaf H Klungel, Eibert R Heerdink, and Anthonius de Boer	Effectiveness of Interventions by Community Pharmacists to Improve Patient Adherence to Chronic Medication: A Systematic Review
2007	Am J Health-Syst Pharm	Brent I. Fox, Bill G. Felkey, Bruce A. Berger, Kem P. Krueger, Rex Kelly Rainer Jr.	Use of personal digital assistants for documentation of pharmacists' interventions: A literature review
2006	Research in Social and Administrative Pharmacy	Bupendra Shah, Betty Chewning.	Conceptualizing and measuring pharmacist patient communication: a review of published studies
2008	The American journal of managed care	Carrie McAdam-Marx, David T. Schaaf, Anke-Peggy Holtorf, Benjamin Eng, Gary M. Oderda	Systematic Analysis of Outcomes Evaluations Applied to Drug Management Programs
2011	The Annals of Pharmacotherapy	Charity D Evans, Erin Watson, Dean T Eurich, Jeff G Taylor, Erin M Yakiwchuk, Yvonne M Shevchuk, Alfred Remillard, and David Blackburn	Diabetes and Cardiovascular Disease Interventions by Community Pharmacists: A Systematic Review
2009	Drugs aging	Chartotte L.R. Verrue, Mirko Petrovic, Els Mehuys, Jean Paul Remon, Robert Vander Stichele	Pharmacists Intervention for Optimization of Medication Use in Nursing Homes: A Systematic Review
2006	Pharmacy Practice	Chumney EC, Robinson LC.	The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy.
2011	Diabetes Research and Clinical Practice	Courtney Collins a, Brendan L. Limone, Jennifer M. Scholle, Craig I. Coleman	Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes
2008	Rev HCPA	Dauana Pitano Eizerik, Waldomiro Carlos Manfroi	Eficácia da atenção farmacêutica em dislipidemia: Revisão sistemática
2012	Int J Clin Pharm	David Brown, Jane Portlock, Paul Rutter	Review of services provided by pharmacies that promote healthy living
2002	Pharm World Sci	David Hands, Martin Stephens, David Brown	A systematic review of the clinical and economic impact of drug information services on patient outcome
2008	Pharmacotherapy	Deborah P. Wubben, Eva M. Vivian	Effects of Pharmacist Outpatient interventions on Adults with Diabetes Mellitus: A systematic Review
2012	Can J Diabetes	Dima Omran, Lisa M. Guirguis, Scot H. Simpson.	Systematic Review of Pharmacist Interventions to Improve Adherence to Oral Antidiabetic Medications in People with Type 2 Diabetes
2013	Research in Social and Administrative Pharmacy	Edwin C.K. Tan, Kay Stewart, Rohan A. Elliott, Johnson George	Pharmacist services provided in general practice clinics: A systematic review and meta-analysis
2011	Osteoporos Int.	Elias MN, Burden AM, Cadarette SM	The impact of pharmacist interventions on osteoporosis management: a systematic review

2011	Health Policy	Ellen Ingrid Schafheutle, Elizabeth Mary Seston, Karen Hassell	Factors influencing pharmacist performance: A review of the peer-reviewed literature
2009	Pharm World Sci	Felicity Smith	The quality of private pharmacy services in low and middle-income countries: A systematic review
2009	Tropical Medicine and International Health	Felicity Smith	Private local pharmacies in low- and middle-income countries: a review of interventions to enhance their role in public health
???	The University of Sheffield, School of Health and Related Research (SCHARR)	Fiona Campbell, Jon Karnon, Carolyn Czoski-Murray, Roy Jones.	A systematic review of the effectiveness and costeffectiveness of interventions aimed at preventing medication error (medicines reconciliation) at hospital admission
2010	Pharm World Sci	G. Stemer, R. Lemmens-Gruber	Clinical pharmacy services and solid organ transplantation: a literature review
2003	Pharmacotherapy	Glen T. Schumock, Melissa G. Butler, Patrick D. Meek, Lee C. Vermeulen, Bhakti V. Arondekar, Jerry L. Bauman,	Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services: 1996–2000
2009	The Annals of Pharmacotherapy	Glena R Elliott, Jo-anne E Brien, Parisa Aslani, Timothy F Chen	Quality Patient Care and Pharmacists' Role in Its Continuity-A Systematic Review
2011	Nephrology	Gunar Stemer, Rosa Lemmens-Gruber	Clinical pharmacy activities in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a systematic literature review
2009	Research in Social and Administrative Pharmacy	Hanni Prihastuti Puspitasari, Parisa Aslani, Ines Krass,	A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies
2013	Drugs Aging	Henk-Frans Kwint, Lynette Bermingham, Adrienne Faber, Jacobijn Gussekloo, Marcel L. Bouvy	The Relationship between the Extent of Collaboration of General Practitioners and Pharmacists and the Implementation of Recommendations Arising from Medication Review: A Systematic Review
2013	BMC Health Services Research	Hongwen Cai, Haibin Dai, Yangmin Hu, Xiaofeng Yan, Huimin Xu	Pharmacist care and the management of coronary heart disease: a systematic review of randomized controlled trials
2013	Clinical Audit	Ines Krass, Teerapon Dhippayom	Pharmaceutical care – impact on quality of life in patients with type 2 diabetes: a review
2011	International Association for the Study of Obesity	J. Gordon, M. Watson and A. Avenell	Obesity Management. Lightening the load? A systematic review of community pharmacy-based weight management intervention
2013	Journal of American Geriatrics Society	Jeannie K. Lee, Marion K. Slack, Jennifer Martin, Clara Ehrman, Marie Chisholm-Burns	Geriatric Patient Care by U.S. Pharmacists in Healthcare Teams: Systematic Review and Meta-Analyses
2012	Patient Preference and Adherence	Khalaf Ali Al-Jumah, Naseem Akhtar Qureshi	Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review
2005	Research in Social and Administrative Pharmacy	Lisa M. Guirguis, Betty A. Chewing	Role theory: Literature review and implications for patient-pharmacist interactions
2009	Yakugaku Zasshi	Maeda K	Systematic review of the effects of improvement of prescription to reduce the number of medications in the elderly with polypharmacy.
2007	Ann Pharmacother	Márcio Machado, Jana Bajcar, Giovanni C Guzzo, and Thomas R Einarson	Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part I: Systematic Review and Meta-Analysis in Diabetes Management
2007	Ann Pharmacother	Márcio Machado, Jana Bajcar, Giovanni C Guzzo, and Thomas R Einarson, Thomas R Einarson	Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management
2011	Ann Pharmacother	María Rubio-Valera, Antoni Serrano-Blanco, Jesús Magdalena-Belio, Ana Fernández, Javier García-Campayo, Marian March Pujol, and Yolanda López del Hoyo	Effectiveness of Pharmacist Care in the Improvement of Adherence to Antidepressants: A Systematic Review and Meta-Analysis
2010	Medical Care	Marie A. Chisholm-Burns, Jeannie Kim Lee, Christina A. Spivey, Marion Slack, Richard N. Herrier, Elizabeth Hall-Lipsy, JD, Joshua Graff Zivin, Ivo Abraham, John Palmer, Jennifer R. Martin, Sandra S. Kramer, Timothy Wunz	US Pharmacists' Effect as Team Members on Patient Care Systematic Review and Meta-Analyses
2010	Am J Health-Syst Pharm	Marie A. Chisholm-Burns, Joshua S. Graff Zivin, Jeannie Kim Lee, Christina A. Spivey, Marion Slack, Richard N. Herrier, Elizabeth Hall-Lipsy, Ivo Abraham, and John Palmer	Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: A systematic review
2012	British Journal of Clinical Pharmacology	Marlies M. E. Geurts	Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review
2000	Ann Pharmacother	Mary P Tully and Elizabeth M Seston	Impact of Pharmacists Providing a Prescription Review and Monitoring Service in Ambulatory Care or Community Practice
2012	Int J Clin Pharm	Melchioris AC, Correr JC, Venson R, Pontarolo R	An analysis of quality of systematic reviews on pharmacist health interventions
2011	Am J Health-Syst Pharm	Morgado MP, Morgado SR, Mendes LC, Pereira LJ, Branco MC	Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to anti-hypertensive therapy: Review and meta-analysis
1998	Ann Pharmacother	Natalie R Kennie, Brenda G Schuster, and Thomas R Einarson	Critical Analysis of the Pharmaceutical Care Research Literature
2006	Drug Safety	Navneet Sanghera, Po-Yi Chan, Zahra F. Khaki, Claire Planner, Kenneth K.C. Lee, Noël E. Cranswick, Ian C.K. Wong	Interventions of Hospital Pharmacists in Improving Drug Therapy in Children: A Systematic Literature Review
2010	Cochrane Database of Systematic Reviews	Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Boney J, Bond CM, Bero L.	Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns
2013	Research in Social and Administrative Pharmacy	Pallavi D. Patwardhan, Mohamed E. Amin, Betty A. Chewing	Intervention research to enhance community pharmacists' cognitive services: A systematic review
2012	Research in Social and Administrative Pharmacy	Patrícia M. Aguiar, Blicie J. Balisa-Rocha, Giselle de C. Brito, Studenta, Wellington B. da Silva, Marcio Machado, Divaldo P. Lyra Jr.	Pharmaceutical care in hypertensive patients: A systematic literature review

2010	International Journal of Pharmacy Practice	Patricia M. Babinec, Melanie J. Rock, Diane L. Lorenzetti, Jeffrey A. Johnson	Do researchers use pharmacists' communication as an outcome measure? A scoping review of pharmacist involvement in diabetes care
2003	Pharmacotherapy	Patrick R. Finley, M. Lynn Crismon, A. John Rush.	Evaluating the Impact of Pharmacists in Mental Health: A Systematic Review
2012	Cochrane Database of Systematic Reviews	Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC.	Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people.
2013	Santé Publique	Pauline Michot, Olivier Catala, Irène Supper, Roselyne Boulieu, Yves Zerbib, Cyrille Colin, Laurent Letrilliart	Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens: une revue systématique de la littérature
2006	Arch Intern Med	Peter J. Kaboli, Angela B. Hoth, Brad J. McClimon, Jeffrey L. Schnipper	Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care. A Systematic Review
1998	Pharmacoeconomics	Plumridge RJ, Wojnar-Horton RE.	A Review of the Pharmacoeconomics of Pharmaceutical Care
1999	Ann Pharmacother	Puneet K Singhal, Dennis W Raisch, and Gireesh V Gupchup	The Impact of Pharmaceutical Services in Community and Ambulatory Care Settings: Evidence and Recommendations for Future Research
2007	Ciência & Saúde Coletiva	Rachel Magarinos-Torres, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Vera Lucia Edais Pepe	Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura
2007	British Journal of Clinical Pharmacology	Richard Holland, James Desborough, Larry Goodyer, Sandra Hall, David Wright & Yoon K. Loke	Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis
2008	Health Policy	Richard Jason Cooper, Claire Anderson, Tony Avery, Paul Bissell, Louise Guillaume, Allen Hutchinson, Veronica James, Joanne Lynn, Aileen McIntosh, Elizabeth Murphy, Julie Ratcliffe, Sue Read, Paul Ward	Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK—A thematic review of the literature
2009	The Annals of Pharmacotherapy	Ronald L Castelino, Beata V Bajorek, and Timothy F Chen	Targeting Suboptimal Prescribing in the Elderly: A Review of the Impact of Pharmacy Services
2013	Cochrane Database of Systematic Reviews	Sami Pande, Janet E Hiller, Nancy Nkansah, Lisa Bero	The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low and middle-income countries
2010	Farm Hosp	Silva-Castro M.M, Tuneu L, Valls I y Faus M.J.	Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del SFT en pacientes hospitalizados
2013	Rev Ciênc Farm Básica	Stein-Ambiel IS, Mastroianni PC	Outcomes of pharmaceutical care in Brazil: a literature review
2013	Gulf Medical Journal	Sufian Otoum	Relationship between availability of emergency department-based clinical pharmacy services and incidence of medication errors in emergency departments: a systematic review
2013	Medical Care Research and Review	Susan J. Blalock, Andrew W. Roberts, Julie C. Lauffenburger, Trey Thompson, Shanna K. O'Connor	The Effect of Community Pharmacy-Based Interventions on Patient Health Outcomes: A Systematic Review
2012	Nephrol Dial Transplant	Teresa M. Salgado, Rebekah Moles, Shalom I. Benrimoj, Fernando Fernandez-Llimos	Pharmacists' interventions in the management of patients with chronic kidney disease: a systematic review
2009	Research in Social and Administrative Pharmacy	Thomas Dilworth, Dave Mott, Henry Young.	Pharmacists' communication with Spanish-speaking patients: a review of the literature to establish an agenda for future research
2012	International Journal of Pharmacy Practice	Tina Xu, Abilio C. de Almeida Neto and Rebekah J. Moles	A systematic review of simulated-patient methods used in community pharmacy to assess the provision of non-prescription medicines
2011	J Health Care Poor Underserved.	Tisha M. Felder, Nynikka P. Palmer, Lincy S. Lal, Patricia Dolan Mullen.	What is the Evidence for Pharmaceutical Patient Assistance Programs? A Systematic Review
2013	Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology	Trine Graabæk, Lene Juel Kjeldsen	Medication Reviews by Clinical Pharmacists at Hospitals Lead to Improved Patient Outcomes: A Systematic Review
2014	Journal of the American Heart Association	Valerie Santschi, Arnaud Chiolerio, April L. Colosimo, Robert W. Platt, Patrick Taffe, Michel Burnier, Bernard Burnand, Gilles Paradis	Improving Blood Pressure Control Through Pharmacist Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials
2011	Arch Intern Med	Valerie Santschi, Arnaud Chiolerio, Bernard Burnand, April L. Colosimo, Gilles Paradis	Impact of Pharmacist Care in the Management of Cardiovascular Disease Risk Factors: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials
2012	Diabetes Care	Valerie Santschi, Arnaud Chiolerio, Bernard Burnand, April L. Colosimo, Gilles Paradis	Pharmacist Interventions to Improve Cardiovascular Disease Risk Factors in Diabetes A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
2012	Pharmacoeconomics and Drug Safety	Vibhu Paudyal, Denise Hansford, Scott Cunningham and Derek Stewart	Community pharmacists' adoption of medicines reclassified from prescription-only status: a systematic review of factors associated with decision making
2009	Am J Health-Syst Pharm	Victor Cohen, Samantha P. Jellinek, Amie Hatch, Sergey Motov	Effect of clinical pharmacists on care in the emergency department: A systematic review
2003	Drugs Aging	Victoria Rollason, Nicole Vogt	Reduction of Polypharmacy in the Elderly: A Systematic Review of the Role of the Pharmacist
2013	Research in Social and Administrative Pharmacy	Yan Cheng, Dennis W. Raisch, Matthew E. Borrego, Gireesh V. Gupchup.	Economic, clinical, and humanistic outcomes (ECHO) of pharmaceutical care services for minority patients: A literature review

# BIBLIOGRAFÍA

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43.
2. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am J Pharm Educ.* 1987;51(4):369-85.
3. Freitas ELd, Ramalho-de Oliveira D, Perini E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? *Acta Farm Bonaerense.* 2006;25(3):447-53.
4. Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichan.* 2012;12(2):160-8.
5. Ramalho-de Oliveira D, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.* 2008;44:763-72.
6. Cunha KOA, Renovato RD, Descovi MS, Vesco JRD, Silva CA, Missio L, et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2012;46:1431-7.
7. Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales.* 1982;19:1-11.
8. Martínez AdIM. El concepto atención farmacéutica. Sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación.* 2000;4(14):483-85.
9. Hepler CD. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy.* 2004;24(11):1491-8.
10. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. El ejercicio de la atención farmacéutica. Madrid: McGraw Hill /Interamericana de España S.A.U; 1998. 131 p.
11. Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente España: Organización Mundial de la Salud; 2006 [Available from: <https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>.
12. Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions.* Chicago: University of Chicago Press; 1962/1962//.
13. Morin E. Epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología.* 2004;20:1-13.
14. González Morales A. Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *ISLAS.* 2003 45(138):125-35.
15. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y enfermería.* 2011;17:37-43.
16. Ulises Moulines C. La génesis del positivismo en su contexto científico. *Diánoia.* 1975;21(21):31-49.
17. Lizet Veliz R, Ceballos VP, Valenzuela SS, Sanhueza AO. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería.* 2012;21:224-8.
18. Palacios-Ceña D. Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index de Enfermería.* 2008;17:188-92.
19. Paredes G. Críticas epistemológicas y metodológicas a la concepción positivista en las ciencias sociales. *Ensayo y Error.* 2009;36:143-69.
20. Popper R K. *La lógica de la investigación científica.* Primera edición ed. Madrid (España): Tecnos. S.A.; 1980. 451 p.

21. Pupo Pupo R, Buch Sánchez R. Teoría de la complejidad y pensamiento complejo. La obra de Edgar Morin. Letras [Internet]. 2008 [cited 2016 Diciembre 10]. Available from: [http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/pupo\\_pupo\\_rigoberto/teoria\\_de\\_la\\_complejidad.htm](http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/pupo_pupo_rigoberto/teoria_de_la_complejidad.htm).
22. Granados Toraño R. La reforma de los sistemas de salud: Tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. Gerencia y Políticas de Salud. 2002;1(3):16-46.
23. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Colombia 1990. p. 5-85.
24. Holtz TH, Holmes SM, Stonington S, Eisenberg L. Correction: Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome. PLOS Medicine. 2008;5(1):e10.
25. Almeida-Filho N. La ciencia Tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial; 2000 327 p.
26. Menendez EL. Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural Natura Medicatrix. 1998;51(1):17-22.
27. Sánchez-Morales M. Reflexión bioética sobre el proceso salud - enfermedad. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. 2000;1(1):7-15.
28. Toro EM. Positivismo, ciencias humanas y hermenéutica Poiésis. 2008 15(1):1-9.
29. Bernal Torres CA. Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Segunda ed. México: Pearson Educación; 2006. 304 p.
30. Osorio SN. La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt: algunos presupuestos teórico-críticos. Educación y Desarrollo Social. 2007;1(1):104-19.
31. González Soriano JA. La teoría crítica de la Escuela de Frankfurt como proyecto histórico de racionalidad revolucionaria. Revista de Filosofía. 2002;27(2):287-303.
32. de Sousa Santos B. Epistemologías del Sur Utopía y Praxis Latinoamericana. 2011;16(54 ):17 - 39.
33. Lagunas Arias D. Sobre antropología, posmodernidad y teoría crítica. Desacatos. 2011:97-114.
34. Araya V, Alfaro M, Andonegui M. Constructivismo: orígenes y perspectivas. Laurus. 2007;13(24):76-92.
35. Soto J. Tres principios para la configuración de una psicología de lo complejo. Cinta moebio. 2000;8:159-68.
36. Acevedo A. El pensamiento complejo en Edgar Morin Colombia: Las 2 orillas; 2013 [Available from: <http://www.las2orillas.co/el-pensamiento-complejo-en-edgar-morin/>].
37. Paiva A. Edgar Morin y el pensamiento de la complejidad. Revista ciencias de la educación. 2004;1(23):239-53.
38. Barberousse P. Fundamentos teóricos del pensamiento complejo de Edgar Morin. Educare. 2008;XII(2):95-113.
39. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Primera edición ed. Colectiva CS, editor. Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial; 2007. 317 p.
40. Waitzkin H. Medicina y salud pública al final del imperio. Primera edición en español ed. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2013. 320 p.
41. López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Avila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México. 2000;42:133-43.
42. Segura-del Pozo J. Epidemiología de campo y epidemiología social. Gac Sanit. 2006;20(2):153-8.
43. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology. 2001;30(4):668-77.
44. Krieger N. Glosario de epidemiología social. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;11:480-90.

45. Laporte JR, Tognoni G. Principios de epidemiología del medicamento. 2 edición ed. España: Masson-Salvat; 2007. 247 p.
46. Samaja J. Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Primera ed. Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial S.A.; 2004. 248 p.
47. Menéndez E. La enfermedad y la curación: ¿qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 1994;4(7):71-83.
48. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007;3(3):271-83.
49. Kornblit AL, Mendes Diz AM. La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Primera edición ed. Brasilia (Brasil): Aique; 2000. 285 p.
50. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*. 1992;8:254-61.
51. González-Núñez J. La farmacia en la historia. La historia de la farmacia. Barcelona, España: Grupo Ars XXI; 2006. 259 p.
52. Sagraera JE. El medicamento: valores y garantías. *Eidon*. 2015;44:99-109.
53. Jácome Roca A. Historia de los medicamentos. Primera edición ed. Bogotá, Colombia: Kimpres S.A.; 2003. 315 p.
54. Menendez EL. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*. 2005;1(1):9-32.
55. Ahn AC, Tewari M, Poon C-S, Phillips RS. The Limits of Reductionism in Medicine: Could Systems Biology Offer an Alternative? *PLoS Med*. 2006;3(6):e208.
56. Brown R. Rockefeller medicine men. *Medicine and capitalism in America*. California (USA): Universidad de California; 1980. 308 p.
57. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. 1977;11(1):3-25.
58. Carvalho Ald, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *Social determinants in health, disease and intervention*.121-42.
59. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(1):S13-S27.
60. Michalewicz A, Ardila-Gómez S, Pierrri C. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones [Internet]*. 2014; 21:[217-24 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>.
61. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev salud pública*. 2013;15(6):797-808.
62. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
63. Evans RG, G.L. S. Producir salud, consumir asistencia sanitaria Madrid: . 1996. Porque alguna gente está sana y otra no: los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid, España: Díaz de Santos; 1996. p. 70.
64. Relman AS. The New Medical-Industrial Complex. *New England Journal of Medicine*. 1980;303(17):963-70.
65. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):95-105.

66. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*. 2007;49:63-70.
67. Frankenberg R. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. *Cuad antropol soc*. 2003;17(1):11-27.
68. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Pediatría Atención Primaria*. 2009;11:491-512.
69. Lobo-Aleu F. Estructuras monopolísticas y publicidad: el sistema de desinformación farmacéutica. *Revista española de investigaciones sociológicas*. 1979;5:81-118.
70. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ : British Medical Journal*. 2002;324(7342):886-91.
71. Rossi MT, Rubilar AN. Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad: Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina; [Available from: <http://terceridad.net/Sistemasdesalud/Rossi%20y%20Rubilar.%20Breve%20rese%F1a%20hist%F3r%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud.pdf>.
72. Ocampo-Rodriguez MV, Betancourt-Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2013;12(24):114-29.
73. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. In: Desarrollo BId, editor. Bogotá, Colombia1997. p. 32.
74. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):819-32.
75. Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Méx*. 1992;34(1):36-48.
76. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud mental*. 2010;33:397-408.
77. García-Sanz E. Farmacia hospitalaria, ayer y hoy: análisis del consumo de inhibidores de tirosina quinasa en pacientes no ingresados Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
78. Higby GJ. Evolution of pharmacy. In: Troy DB, editor. Remington: The science and practice of pharmacy. 1. 21 ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 7-18.
79. Alegre-Pérez ME, Gil-Alegre ME. Historia de la farmacia: La farmacia en el siglo XIX. Madrid, España: Ediciones AKAL; 1992. 64 p.
80. Bello A, Rangel M. Etnicidad, "Raza" y equidad en America Latina y el Caribe2000.
81. Fernández-Sánchez E. Desarrollo de las ciencias farmacéuticas: su expresión dialéctica en Cuba. *Revista Cubana de Farmacia*. 2008;42:0-.
82. Goodman J. Pharmaceutical industry. In: Pickstone RCaJ, editor. Companion to Medicine in the Twentieth Century. London, UK: TJ International Ltda; 2003. p. 141-54.
83. Velasco- Rico J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos. *Colombia Med*. 1997;28(1):27-33.
84. Guerra M DE. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2006;24:131-41.
85. Fernández Pérez R, Morales Menéndez M. Neoliberalismo, subdesarrollo y salud. *Humanidades Médicas*. 2001;1:0-.
86. Hernández Gómez L. Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2002;28(3).

87. Illich I. *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Primera edición ed. España: Barral editores; 1975. 218 p.
88. Colgrove J. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence. *American Journal of Public Health*. 2002;92(5):725-9.
89. Light DW, Lexchin JR. Pharmaceutical research and development: what do we get for all that money? *BMJ : British Medical Journal*. 2012;345.
90. German V. *Medicamentos: el lucro o la vida*. Le Monde Diplomatique en español. 2012.
91. Ugalde A, Homedes N. Medicamentos para lucrar: La transformación de la industria farmacéutica. *Salud colectiva*. 2009;5(3):305-22.
92. Light DW, Lexchin JR. Pharmaceutical research and development: what do we get for all that money? *BMJ*. 2012;345.
93. Laporte J-R, Bosch M. Antiguos fármacos disfrazados de novedad. *Butlletí Groc*. 2007:1-4.
94. Correa C. Innovación farmacéutica, patentes incrementales y licencias obligatorias. Research paper [Internet]. 2011:[28 p.].
95. López JE. Medicamentos biotecnológicos y cáncer: no es oro todo lo que reluce *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. 2011:45 - 64.
96. Bustíos C. *La Salud Pública al Final del Siglo XX*. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 1998; 59(4). Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59\\_n4/salud\\_pub.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59_n4/salud_pub.htm).
97. Hogerzeil HV, Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet*.368(9532):305-11.
98. Figueroa García-Huidobro R. EL DERECHO A LA SALUD. *Estudios constitucionales*. 2013;11:283-332.
99. Currea Lugo V. Diez años de frustraciones. *El derecho a la salud en Colombia*. Bogotá, Colombia, : ILSE; 2003. p. 286.
100. CM V-P. *Judicialization of access to medicines and pharmaceutical policies in Latin American countries*. Florianopolis (Brasil): Universidad Federal de Santa Catarina; 2016.
101. Vega-Vargas M, Eslava-Castañeda JC, Arrubla-Sánchez D, Hernández-Álvarez M. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Rev Gerenc Polit Salud*,. 2012;11(23):58-84.
102. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17:202-9.
103. OPS. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS. . Washington, DC OPS/OMS; 2013.
104. Iriart C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:1619-26.
105. Mikeal RI Fau - Brown TR, Brown Tr Fau - Lazarus HL, Lazarus HI Fau - Vinson MC, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. (0002-9289 (Print)).
106. Brodie Dc Fau - Parish PA, Parish Pa Fau - Poston JW, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. (0002-9459 (Print)).
107. OMS. Selección de medicamentos esenciales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS [Internet]. 2002:[6 p.].
108. *Scope of Contemporary Pharmacy Practice: Roles, Responsibilities, and Functions of Pharmacists and Pharmacy Technicians*. A Resource Paper of the Council on Credentialing in Pharmacy 2009 [Available from: [http://www.pharmacycredentialing.org/Contemporary\\_Pharmacy\\_Practice.pdf](http://www.pharmacycredentialing.org/Contemporary_Pharmacy_Practice.pdf)].

109. Brito-Quintana PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2000;8(1):43-54.
110. Marin-García CA. Impacto económico y social de la autorización de medicamentos no POS en el sistema de salud. Bogotá (Colombia): Universidad Militar &quot;Nueva Granada&quot;; 2014.
111. Ramírez-Ramírez MO. La Prescripción de medicamentos y su repercusión social. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006;32(4):1-6.
112. CONPES. Política Farmacéutica Nacional Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud; 2012 [Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>].
113. Svarstad BL, Mount JK. The social system: perspective on patient care. In: Brown TR, editor. *Handbook of Institutional Pharmacy Practice*. Michigan (USA): American Society of Hospital Pharmacists; 1992. p. 435.
114. Kostriba J, Alwarafi A, Vlceka J. Social Pharmacy as a Field of Study in Undergraduate Pharmacy Education. *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research*. 2014;48(1):6-12.
115. Hassali MA, Shafie AA, Al-Haddad MSd, Abduelkarem AR, Ibrahim MI, Palaian S, et al. Social pharmacy as a field of study: The needs and challenges in global pharmacy education. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2011;7(4):415-20.
116. EW S, JK M, ST C. The Concept of Social Pharmacy Malta2003 [Available from: <http://www.mcphpnet.org/publications/issue07-3.pdf>].
117. Díez M, Martín N. Consenso sobre atención farmacéutica España: Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios; 2002 [Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#seguimiento>].
118. Revilla M, Quesada F. Comunicación farmacéutico-paciente-médico. *Aula de la farmacia*. 2007;3(36):52-6.
119. Alfonso T. La comunicación del farmacéutico con el médico en el nuevo modelo de atención farmacéutica. *RevLatinoamDerMéd Medic Leg*. 2000;5(1):5-9.
120. Caelles N, Ibañez J, Machuca M, Martínez-Romero F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp*. 2002;4:55-9
121. Idoya M. Habilidades para el desarrollo de una Atención Farmacéutica de calidad: Módulo 4. El paciente en la Oficina de Farmacia España: Universidad de Navarra; 2010 [
122. Hall V. Atención Farmacéutica: seguimiento del tratamiento farmacológico. Serie de actualización profesional Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos; 2003 [
123. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management services*. third edition ed. New York, United States: McGraw-Hill Companies; 2012. 697 p.
124. Rodríguez MA. *Relación médico-paciente*. 1 ed. La Habana (Cuba): Editorial Ciencias Médicas 2008. 116 p.
125. Gaviria Méndez AE. *Ética, su contexto, sus principios, historia, ciencia y su relación con otras ciencias*. Lo teórico Antioquia (Colombia): Universidad de Antioquia; 2017 [Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=62917>].
126. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas*. Cuadernos de bioética. 2013;24(1):67-76.
127. García-Alarcón RH. La Bioética en perspectiva Latinoamericana, su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2012;12(2):44-51.

128. Mainetti JA. El complejo bioético: Pigmalión, Narciso y Knock. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2008;8(2):30-7.
129. Outomuro D, Mirabile LM. Macro y microestructura de la relación médico-paciente [Available from: <http://agusvinnus.prodiversitas.org/libros/bioetica/Outomuro-Mirabile.pdf>.
130. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006;29:7-17.
131. Garrafa V. La Bioética de Intervención y el acceso al sistema sanitario y a los medicamentos. *Sociedad Internacional de Bioética*. 2005;1(14):7-15.
132. Lluch Colomer A, García García M, Montero Balosa M, Gonzalez Alonso J. Conocimientos básicos del medicamento y su utilización España: SEFH; 2005 [Available from: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area7.pdf>.
133. Raikhel E. Culture, Medicine and Psychiatry special section on "The Anthropology of Pharmaceuticals". *Somatosphere*. 2012;35(1):1-5.
134. van der Geest S. The urgency of pharmaceutical anthropology: a multilevel perspective. *Curare*. 2011;34:9-15.
135. Nebreda JJ. Sobre hechiceros y curanderos o El antropólogo y su estrategia. *Gazeta de Antropología*. 1995;11(4):1-12.
136. Rosemberg B. O medicamento como mercadería simbólica. *Cadernos de Saúde Pública*. 1992;8:207-9.
137. Fialho J. A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde. *Cadernos de Estudos Africanos*. 2003;4(1):121-33.
138. Alegre ME, Gil ME. *La farmacia en el siglo XIX: Historia de la ciencia y la técnica*. Madrid (España): Ediciones AKAL; 1992.
139. van der Geest S, Whyte SR, Hardon A. The anthropology of pharmaceuticals: A Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology*. 1996;25(1):153-78.
140. José O. *De la farmacovigilancia al monitoreo crítico de los medicamentos. El proceso de registro de medicamentos en Colombia Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.*
141. Shoemaker SJ, Ramalho de Oliveira D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm World Sci*. 2008;30(1):86-91.
142. van der Geest S, Whyte SR. The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*. 1989;3(4):345-67.
143. Lefevre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev Saúde públ*. 1988;17:500-3.
144. Vila JL. *Formas farmacéuticas. Tecnología Farmacéutica. II*. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.; 2001. p. 591.
145. Minsalud. Decreto 677 de 1995. Bogotá (Colombia): Ministerio de salud; 1995. p. 72.
146. Gonzales García G, De la Puente C, Tarragona S. *Medicamentos: salud, política y economía*. 1 edición ed. Buenos Aires (Argentina) ISALUD; 2005 256 p.
147. Helman J. *Farmacotecnia: teoría y práctica*: Editorial continental; 1982.
148. Marovac J. Investigación y desarrollo de nuevos medicamentos: de la molécula al fármaco. *Revista médica de Chile*. 2001;129:99-106.
149. Magos-Guerrero GA, Lorenzana-Jiménez M. Las fases en el desarrollo de nuevos medicamentos. *Rev Fac Med UNAM*. 2009 52(6):260-4.
150. De-Abajo FJ. El medicamento como solución y como problema para la salud pública. una breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(4):281-4.
151. Strom BL. What is Pharmacoepidemiology? In: Brian L. Strom SEK, Sean Hennessy, editor. *Pharmacoepidemiology*. 5th ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.

152. Silva-Graciani F, Vidrih-Ferreira GLB. Impacto ambiental de los medicamentos y su regulación en Brasil. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014;40(2):1-3.
153. Mudgal S, De Toni A, Lockwood S, Salès K, Backhaus T, Sorensen BH. Study on the environmental risks of medicinal product. BIO Intelligence Service; 2013.
154. Elizalde Hevia A, Martí Vilar M, Martínez Salvá FA. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. . *POLIS*. 2006;5(15):1-18.
155. Méndez M. Los Rostros y los Efectos del Medicamento. Un Análisis Socio-Cultural. *Fermentum*. 2000;10(29):13-538.
156. Nascimento MCd. Medicamentos, comunicação e cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:179-93.
157. Bomfim F, Silva MR. O Medicamento, seus Sentidos e Significados no Universo da Divulgaço, Prescriço, Consumo e Comercializaço. Brasil: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-Arcos; [Available from: [http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/c/c0/GT2\\_-\\_O\\_medicamento\\_seus\\_sentidos- Filomena e Marcio.pdf](http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/c/c0/GT2_-_O_medicamento_seus_sentidos- Filomena e Marcio.pdf)].
158. Vargas-Pelaez CM, Rover MR, Leite SN, Rossi Buenaventura F, Farias MR. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines--a scoping study. *Soc Sci Med*. 2014;121:48-55.
159. Nathaniel R, Albert W, Mickey S. Social And behavioral aspects of pharmaceutical care. Massachusetts2010.
160. Anderson S. The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. *Journal of Interprofessional Care*. 2002;16(4):391-404.
161. Echavarría JJ, Villamizar M. El Proceso Colombiano de desindustrialización. Borradores de economía [Internet]. 2006; (361):[62 p.]. Available from: <http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/pdfs/borra361.pdf>.
162. Vasquez M. Los TLC y la política farmacéutica nacional Bogotá (Colombia): Deslinde; 2014 [Available from: <http://deslinde.co/los-tlc-y-la-politica-farmacaceutica-nacional/>].
163. Talley RB, Laventurier MF. Drug-induced illness. *JAMA*. 1974;229(8):1043-.
164. Manasse H. Medication use in an imperfect world: Drug misadventuring as an issue of public policy part 1. *Am J Hosp Phar*. 1989;46(1):929-44.
165. Manasse H. Medication use in an imperfect world: Drug misadventuring as an issue of public policy part 2. *AM J Hosp Pharm*. 1989;46(1):1141-52.
166. Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs*. 1995;49(1):1-10.
167. Kumanov I. The challenging paradigm of pharmaceutical care. *Scripta Scientifica Pharmaceutica*. 2015;2(2):25-30.
168. Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, Martin-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Curr Pharm Des*. 2004;10(31):3931-46.
169. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. *Drug Intell Clin Pharm*. 1988;22(1):63-7.
170. López-Cuello M, Cabezas M, Martínez-Martines F, Gastelurrutia M. Origen de la atención farmacéutica en España: El Congreso de Ciencias Farmaceuticas de Alcalá de Henares de 1995. *Ars Pharm 2010*. 2010;51(3):15-21.
171. Foppe van Mil JW, Martin S. A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review*. 2006;7(1):155-68.
172. Albanese NP, Rouse MJ, Schlaifer M. Scope of contemporary pharmacy practice: Roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians. *Journal of the American Pharmacists Association*. 50(2):e35-e69.

173. Somma McGivney M, Meyer SM, Duncan–Hewitt W, Hall DL, Goode J-VR, Smith RB. Medication therapy management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmacists Association*.47(5):620-8.
174. Ramaswamy-Krishnarajan J, Hill DS. Pharmaceutical Care in Canada: An Exploratory Study of 81 Community Pharmacies. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. 2005;138(4):46-50.
175. Ferrer López I. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. Granada, España: Universidad de Granada; 2007.
176. Pinto Machado M. La oficina de farmacia en España. España: Universidad Carlos III, Facultad de Economía; 2014. p. 33-42.
177. van Mil JW, Schulz M, Tromp TF. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci*. 2004;26(6):303-11.
178. Noyce PR. Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice, and research. *Ann Pharmacother*. 2007;41(5):861-8.
179. Anna M. Understanding the process of a pharmaceutical care service. Uppsala: Counselling in Swedish community Pharmacies. *Acta Universitatis Upsaliensis*; 2009. p. 107 - 71.
180. Westerlund LT, Bjork HT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden. *Ann Pharmacother*. 2006;40(6):1162-9.
181. van Mil Foppe JW. Pharmaceutical care, the future of pharmacy: theory, research, and practice. Netherlands: University of Groningen; 2000.
182. Morak S, Vogler S, Walser S, Kijlstra N. Understanding the pharmaceutical care concept and applying it in practice. Results of a scoping exercise. Vienna, Austria: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG; 2010.
183. IHS. INDIAN HEALTH DIABETES BEST PRACTICE: Pharmaceutical Care. India: Indian Health Service; 2011. p. 39.
184. Tumkur A, Muragundi P, Shetty R, Naik A. Pharmaceutical care: need of the hour in India. *J Young Pharm*. 2012;4(4):282-6.
185. Geer M, Mir J, Koul P. Optimizing Clinical Outcomes through Pharmaceutical Care. *Physicians Academy*. 2011;5(9):117-21.
186. The Role of the Pharmacist in the Health-Care System - Preparing the Future Pharmacist: Curricular Development, Report of a Third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist Vancouver, Canada Vancouver (Canadá): World Health Organization; 1997 [Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2214e/s2214e.pdf>].
187. Yamamura S, Yamamoto N, Oide S, Kitazawa S. Current state of community pharmacy in Japan: practice, research, and future opportunities or challenges. *Ann Pharmacother*. 2006;40(11):2008-14.
188. Akaho E, Armstrong EP, Fujii M. Pharmaceutical Care Innovations in Japan. *Journal of the American Pharmaceutical Association*.36(2):123-7.
189. Aizcorbe R. La farmacia latinoamericana ante el avance de la cultura del medicamento como bien de consumo. *Farmacia Sudamericana*. 2013;17(1):2-4
190. FEPAFAR. Declaración de las Américas sobre la Profesión Farmacéutica y su impacto en los sistemas de salud. *Farmacia Sudamericana*. 2008;13(1):3-7
191. Arancibia A. La crisis de identidad profesional del farmacéutico en América Latina. Panamerican conference on pharmaceutical education; Miami, Florida. USA1990. p. 11-25.
192. Pereira LRL, Freitas Od. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44:601-12.

193. Escutia R. Situación actual de los Servicios Farmacéuticos en México: Salud y Fármacos; 2012 [Available from: <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov2012/situacin-actual-de-los-servicios-farmacuticos-en-mxico/>].
194. SUS. Asistencia Farmacéutica en el Sistema Único de Salud brasileiro (SUS) Brasil: Centro de colaboración del SUS. Evaluación de Tecnologías y Excelencia en Salud; [Available from: <http://www.ccates.org.br/content/cont.php?id=21&l=es>].
195. Reyes I, Bermúdez IB, Castro LI, Brice MA, Morán JM. Caracterización de la práctica de la atención farmacéutica en instituciones hospitalarias de Santiago de Cuba. Rev cuba farm. 2013;47(2):225-38.
196. Reyes I, Bermudez IB. Contradicciones sociales expresadas en la práctica de la Atención Farmacéutica Hospitalaria en Cuba. Rev Cubana Farm. 2012;46(2):213-23.
197. Ruíz I. Evolución de la atención farmacéutica en Chile Chile: Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile; 2011 [Available from: <http://www.unifal-mg.edu.br/atenciofarmaceutica/files/file/EVOLUCI%C3%93N%20DE%20LA%20ATENCI%C3%93N%20FARMAC%C3%89UTICA%20EN%20CHILE%5B1%5D.pdf>].
198. Hall V. Desafíos en la implementación de la Atención Farmacéutica: De la teoría a la práctica Costa Rica: Facultad de Farmacia. Universidad de Costa Rica; [Available from: [http://www.cff.org.br/userfiles/file/Pasta%20-%20Costa%20Rica/III%20Congreso%20Atenci%C3%B3n%20Farmace%C3%BAtica%20\(PDF\)\\_/Simp osio,%20Desaf%C3%ADos%20de%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20AF,%20Victoria%20H all.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/Pasta%20-%20Costa%20Rica/III%20Congreso%20Atenci%C3%B3n%20Farmace%C3%BAtica%20(PDF)_/Simp osio,%20Desaf%C3%ADos%20de%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20AF,%20Victoria%20H all.pdf)].
199. Farmacéutica CdA. Implementación de la Atención Farmacéutica. Perú: Dirección General de Medicamentos, insumos y Drogas. Ministerio de Salud; 2009 [Available from: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09\\_2009\\_06.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2009_06.pdf)].
200. Amaro R. La atención farmacéutica, una realidad clara y distante Venezuela2013 [Available from: <http://gesfar.blogspot.com.co/2013/07/la-atencionfarmaceutica-una-realidad.html>].
201. Pimentel F. ¿Cómo ha evolucionado la Atención Farmacéutica en Panamá? Panamá2011 [Available from: <http://fatimapimentelfarmacologia.blogspot.com.co/2011/04/como-ha-evolucionado-la-atencion.html>].
202. Vázquez M, Ravera E, Fagiolino P, Eiraldi R, Maldonado C, Alvariza S, et al. Experiencia Uruguay en Atención Farmacéutica activa en la comunidad. Revista Cubana de Farmacia. 2014;48:63-72.
203. Alvarez-Risco A, van Mil JW. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Peru. Ann Pharmacother. 2007;41(12):2032-7.
204. Storpiertis S. Perspectives and challenges in pharmaceutical care. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2012;48:v-v.
205. Ruiz I, Jirón M, Pinilla E, Paulos C, Pezzani M, Rubio B, et al. Pharmaceutical Care Education at the University of Chile. Am J Pharm Educ. 2002;66:144-7.
206. Minsalud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA REFORMA DE SALUD. Resolución Exenta N° 515 de 2 de abril de 2004. Santiago de Chile (Chile): Ministerio de Salud; 2004. p. 31.
207. Deportes My. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Resolución Ministerial 34 de 2003. Bolivia: Ministerio de Salud y Previsión Social; 2003. p. 16.
208. Minsalud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Resolución 826 de 2015. Asunción (Paraguay): Ministerio de Salud y Bienestar Social; 2015. p. 47.
209. Minsalud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Resolución 240 de 2004. Lima (Perú): Ministerio de Salud; 2004. p. 13.

210. Minsalud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Acuerdo 620 de 2007. Quito (Ecuador): Ministerio de Salud Pública; 2007. p. 26.
211. Minsalud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Resolución 632 de 2009. Panamá: Ministerio de Salud; 2009. p. 10.
212. Minsalud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Resolución 253 de 2011. San Salvador (El Salvador): Ministerio de Salud; 2011. p. 30.
213. Minsalud. Plan Estratégico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamentos PENPURM 2011 – 2013 Managua (Nicaragua): Ministerio de Salud; 2011. p. 66.
214. RESSCAD. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE CENTROAMERICA Y REPÚBLICA DOMINICANA. Antigua (Guatemala): Comité Técnico

Subregional de Medicamentos; 2010.

215. Salud Sd. Hacia una política farmacéutica integral para México. México DF (México): Secretaría de Salud; 2005. p. 162.
216. Salud Sd. Modelo Nacional de farmacia hospitalaria. México DF (México): Secretaria de Salud; 2009. p. 279.
217. Martínez-Sánchez A. Pharmaceutical Care at the Cuban Health System. I S imposio internacional para la implantación de la atención farmacéutica

en el sistema único de salud; Brasilia, Brasil 2006. p. 15.

218. Latorre MC, Vargas CM, Moreno R, César, Sepúlveda JA. Observatorio Laboral de la profesión Química Farmacéutica de Colombia. Colombia: Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia; 2014.
219. Moreno C. Visión histórica de la farmacia en Colombia. 1 edición ed. Bogotá (Colombia): Unidad Regional Cundinamarca. Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia; 2007. 111 p.
220. Camelo GZ. Evaluación curricular de la carrera de Farmacia en la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional

de Colombia, a partir de la perspectiva del egresado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.

221. Salazar-Ospina A, Carrascal Vi, Benjumea D, Amariles P. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical care: Concepts, philosophy, professional practice and its application to the Colombian context. *Vitae*. 2012;19:109-29.
222. Amariles P. Primer congreso colombiano de atención farmacéutica: “tecnología en salud, clave para el uso adecuado de los medicamentos”. *Vitae*. 2011;18(1):S1-S108.
223. Amariles P. Segundo Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica: “generando y divulgando

resultados clínicos y económicos de la atención farmacéutica”. *Vitae*. 2013;20(1):S1 – S224.

224. Amariles P. Tercer Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica: “Generando y articulando estrategias

para la Farmacoseguridad del Paciente”. *Vitae*. 2015;22(1):1-198.

225. Bjorkman IK, Bernsten CB, Sanner MA. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. *Res Social Adm Pharm*. 2008;4(4):332-42.
226. Melchioris AC, Correr CJ, Venson R, Pontarolo R. An analysis of quality of systematic reviews on pharmacist health interventions. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(1):32-42.

227. Kennie NR, Schuster BG, Einarson TR. Critical analysis of the pharmaceutical care research literature. *Ann Pharmacother.* 1998;32(1):17-26.
228. Strand LM. *Pharmaceutical care: an introduction.* Michigan (USA): Upjohn Company; 1992. 32 p.
229. Allemann SS, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(3):544-55.
230. (ESPAÑA) GDIEAFUDG, (ESPAÑA) GDIEFUDG, ESPAÑA FPC, COMUNITARIA SEDF. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) ARS Pharm [Internet]. 2007; 40 (1):[5-17 pp.].
231. Gastelurrutia MA, Orte ES. Pharmaceutical Care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento .de los tratamientos farmacológicos? . *Pharm Care Esp* 1999;1:323-8
232. Bluml BM. Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2005;45(5):566-72.
233. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. Método Dader: Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Tercera edición ed. Granada, España: La Gráfica S.C.And. Granada; 2007. 127 p.
234. Europe PCN. Statement on medication review 2011-2012 Malta: <http://www.pcne.org/sig/MedRev/documents/Proposal%20MedRev%20statement%20V2.pdf>; 2012 [
235. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Dicp.* 1990;24(11):1093-7.
236. Ospina AS, Benjumea G DM, Amariles M P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2011;29:329-40.
237. Adusumilli PK, Adepu R. Drug related problems: an over view of various classification systems. *Asian J Pharm Clin Res.* 2014;7(4).
238. van Mil JW, Westerlund LO, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. *Ann Pharmacother.* 2004;38(5):859-67.
239. Angulo N, Jiménez F, Valcárcel R, Vaca C, Orozco J, López J. Conceptos básicos en farmacovigilancia 1. *Boletín de farmacovigilancia* [Internet]. 2006; (4):[1-10 pp.].
240. Meyboom RH, Lindquist M, Egberts AC. An ABC of drug-related problems. *Drug Saf.* 2000;22(6):415-23.
241. Benrimoj SI, Frommer M, Rychetnik L, Holt P, Heinke M, Madronio C, et al. The value of pharmacist professional services in the community setting. A systematic review of the literature October 2002 – March 2005. Adelaide, S. Aust: Quality Use of Medicines and Pharmacy Research Centre, University of South Australia; 2005.
242. Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther.* 1993;15(6):1121-32; discussion 0.
243. Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther.* 1993;15(6):1121-32.
244. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology.* 2011;11(1):15.
245. Higgins JP, Green S. *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones* 2011:[614 - 39 pp.].
246. Cronin P, Ryan F, Coughlan M. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing.* 2008;17(1):38-43.

247. Whittmore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*. 2014;43(5):453-61.
248. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108.
249. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *ENE Revista de Enfermería*. 2015;9(2):1-10.
250. Ioannidis JPA. Integration of evidence from multiple meta-analyses: a primer on umbrella reviews, treatment networks and multiple treatments meta-analyses. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2009;181(8):488-93.
251. Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Buckingham J, Pawson R. RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. *BMC Medicine*. 2013;11(1):1-15.
252. Davey S, Davey A, Singh J. Metanarrative review: Current status and opportunities for public health research. *International Journal of Health System and Disaster Management*. (2):59.
253. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-6.
254. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010;5(69).
255. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a methodological framework. *The International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
256. Kloda LA, Bartlett JC. Formulating Answerable Questions: Question Negotiation in Evidence-based Practice. *JCHLA*. 2013;34 (2):55-60.
257. *The Literature Search Process: Guidance for NHS Researchers Oxford, UK: Thames Valley & Wessex Healthcare Librarians; 2015. p. 10.*
258. Al-Quteimat OM, Amer AM. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2016;24(4):447-51.
259. Holloway KA. Combating inappropriate use of medicines. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2011;4(3):335-48.
260. Ross-Degnan D, Laing R, Quick J, Ali HM, Ofori-Adjei D, Salako L, et al. A strategy for promoting improved pharmaceutical use: the International Network for Rational Use of Drugs. *Soc Sci Med*. 1992;35(11):1329-41.
261. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts. *Pharmacy*. 2016;4(35):2-13.
262. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
263. Araujo M. Systematic reviews (II). *Medwave*. 2011;11(12):12-24.
264. van Mil JWF, Fernandez-Llimos F. What is 'pharmaceutical care' in 2013? *Pharmacy Practice*. 2013;11(1):1-2.
265. Melchioris AC, Correr CJ, Venson R, Pontarolo R. An analysis of quality of systematic reviews on pharmacist health interventions. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2012;34(1):32-42.
266. Paganini JM, Raiher S. Análisis bibliométrico de las publicaciones sobre investigación en servicios de salud:

Tendencias y características 2006 Noviembre 20 de 2016:[13 p.]. Available from:

[http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Analisis\\_bibliometrico\\_publicaciones\\_investigacion.pdf](http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Analisis_bibliometrico_publicaciones_investigacion.pdf).

267. Cordobés A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. *Offarm* 2002;21(5):134-40.
268. Andrade TUd, Barbosa JLdC, Laignier LLM, Mata EFd, Cassaro KOdS, Lenz D, et al. Scientific production in pharmaceutical care: comparison between Brazil, USA and Spain. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2013;49:39-47.
269. Cáceres Castellanos G. La importancia de publicar los resultados de Investigación. *Facultad de Ingeniería*. 2014;23:7-8.
270. Rojas LR. ¿Porqué publicar artículos científicos? *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*. 2008;10(4):120-37
271. Gordon K, Smith F, Dhillon S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Educ Couns*. 2007;65(3):407-15.
272. Randolph RE. Estudio de uso de medicamentos: representaciones sociales asociadas al medicamento y su consumo en mujeres gestantes en el hospital del sur empresa social del estado, de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
273. Sánchez-Meca J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta*. 2010;38(2):53-64.
274. Herrera E AM, Lopez G JJ. Evaluation of pharmacotherapy used on geriatric population in an institution of special regime with the Screening Tool of Older persons' Potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) criteria. *Vitae*. 2016;23(1):78-84.
275. Chumney EC, Robinson LC. Efectos de las intervenciones del farmacéutico en pacientes polimedicados. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2006;4:103-9.
276. Fernández-Uzquiano E, Lavilla-Uriol P, Gil-Aguado A. Ensayos clínicos en pediatría. *An Pediatr Contin*. 2008;6(6):361-3.
277. Hepler CD. Issues in implementing pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1993;50(1):1635-41.
278. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Curr Pharm Des*. 2004;10(31):3969-85.
279. Blackburn DF, Yakiwchuk EM, Jorgenson DJ, Mansell KD. Proposing a redefinition of pharmaceutical care. *Ann Pharmacother*. 2012;46(3):447-9.
280. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito Gde C, da Silva WB, Machado M, Lyra DP, Jr. Pharmaceutical care in hypertensive patients: a systematic literature review. *Res Social Adm Pharm*. 2012;8(5):383-96.
281. Ritchie DJ, Manchester RF, Rich MW, Rockwell MM, Stein PM. Acceptance of a pharmacy-based, physician-edited hospital pharmacy and therapeutics committee newsletter. *Ann Pharmacother*. 1992;26(7-8):886-9.
282. van Mil JW, Fernandez-Llimos F. What is 'pharmaceutical care' in 2013? *Int J Clin Pharm*. 2013;35(1):1-2.
283. Dan K. APhA's Name Change Reflects Evolution of the Pharmacy Profession. *JAPHA*. 2003;43(2):1-2.
284. Charrois TL, Zolezzi M, Koshman SL, Pearson G, Makowsky M, Durec T, et al. A systematic review of the evidence for pharmacist care of patients with dyslipidemia. *Pharmacotherapy*. 2012;32(3):222-33.
285. Santschi V, Chiolero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med*. 2011;171(16):1441-53.
286. Cai H, Dai H, Hu Y, Yan X, Xu H. Pharmacist care and the management of coronary heart disease: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:461.

287. Zhong H, Ni XJ, Cui M, Liu XY. Evaluation of pharmacist care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(6):1230-40.
288. Santschi V, Tsuyuki RT, Paradis G. Evidence for pharmacist care in the management of hypertension. *Can Pharm J (Ott)*. 2015;148(1):13-6.
289. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*; Vol 5, No 1 (2005).
290. Le Couteur DG, Kendig H. Pharmaco-epistemology for the prescribing geriatrician. *Australas J Ageing*. 2008;27(1):3-7.
291. Suarez Cuba MÁ. MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. *Revista Médica La Paz*. 2012;18:67-72.
292. Boltvinik Kalinka J. Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. Guadalajara, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Occidente 2005.
293. Maine LL. Pharmacy Practice Activity Classification. *Journal of the American Pharmaceutical Association*.38(2):139-48.
294. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*. 2010;138:358-65.
295. Siles González J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enf clin*. 1997;7(4):188-94.
296. Cely G. Del Concepto de Paciente a Concepto de Cliente en la Prestación de Servicios de Salud: un Escenario Ético Enrarecido. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2011;1(2):34-41.
297. Bacallao Martínez GC, Bello Medina B. El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*. 2014;8(2):131-8.
298. González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2011;57:15-22.
299. Schafheutle EI, Seston EM, Hassell K. Factors influencing pharmacist performance: a review of the peer-reviewed literature. *Health Policy*. 2011;102(2-3):178-92.
300. Shah B, Chewing B. Conceptualizing and measuring pharmacist-patient communication: a review of published studies. *Res Social Adm Pharm*. 2006;2(2):153-85.
301. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5(3):197-210.
302. Forcades i Vila T. La medicalización de los problemas sociales. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2012;38:803-9.
303. Maslow AH. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-96.
304. de Oliveira DR, Shoemaker SJ. Achieving Patient Centeredness in Pharmacy Practice: Openness and the Pharmacist's Natural Attitude. *Journal of the American Pharmacists Association*.46(1):56-66.
305. Sánchez Vanegas G, Abadía CE. Epidemiología y antropología: una propuesta frente a problemas complejos en salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol 60, Núm 3 (2012). 2012.
306. Gonzales Rey F. Investigación cualitativa y subjetividad. 1 edición ed. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala; 2006. 254 p.
307. Calderón J, López Cardona D. Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación In: Imen P, editor. *I Encuentro hacia*

una Pedagogía Emancipatoria en Nuestra América; Buenos Aires (Argentina): Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini; 2013. p. 7.

308. Rodríguez-Silva H. La relación médico - paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(4):1-5.

309. Feo O. Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana Medicina Social. 2008;3(4):275-84.

310. Hernández Gómez L. Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana. Revista Cubana de Salud Pública. 2002;28:0-.

311. Rojas R. Relación médico paciente condicionantes sociales. Crisis, salud, enfermedad y práctica médica. México: Plaza y Valdez SA de SV.; 2000. p. 220.

312. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39:1-3.

313. Hernández Álvarez M. La bioética y el pluralismo ético. Gerencia y Políticas de Salud; Vol 1, Núm 1 (2001). 2012.

314. Mineducación. Educación ética y Valores humanos Bogotá (Colombia): Ministerio de Educación Nacional; 1998 [Available from: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-89869\\_archivo\\_pdf7.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-89869_archivo_pdf7.pdf)].

315. García RH. La bioética en perspectiva latinoamericana. rev latinoam bioet. 2012;12(2):44-51.