

Buenas Prácticas en Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva

Buenas prácticas de atención farmacéutica



Autor: Federico Tobar (Asesor Regional para América Latina y el Caribe en Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas)

Fecha de Publicación: Febrero de 2023

Descripción y contexto

Mientras la investigación y desarrollo de medicamentos registraron una expansión exponencial durante el último medio siglo, la implementación de cuidados farmacéuticos ha avanzado muy poco, en especial en América Latina. A partir del desarrollo y expansión de aquello que en algunos países se llamó “oficinas de farmacia”, en otros “farmacias comunitarias”, “boticas”, o simplemente “farmacias”, han prevalecido lógicas y dinámicas mucho más inclinadas a privilegiar los intereses comerciales, o el despacho/entrega de medicamentos, que la preocupación por la salud pública. Ello contribuyó a que los medicamentos se configuren más como bienes de consumo que como bienes sociales y, en forma simultánea a que la expansión del mercado y el gasto farmacéutico se divorcien de los resultados epidemiológicos que dan cuenta del estado de salud de una población.

En este documento se presenta un análisis de los riesgos sanitarios vinculados al subdesarrollo de los cuidados farmacéuticos y la consecuente hegemonía de modelos de farmacia centrados en el negocio más que en la salud pública. En una segunda parte se presentan las nociones de “atención farmacéutica” y su evolución hacia las políticas que se han denominado “asistencia farmacéutica”. Por último, se proponen un conjunto de medidas específicas para regular y promover el funcionamiento de farmacias centrado en la construcción de cuidados farmacéuticos.

1) Riesgos sanitarios asociados a la utilización de medicamentos como bienes de consumo

Los medicamentos se constituyen en bienes sociales cuando su investigación y desarrollo, producción, circulación y consumo están alineados con el objetivo de asegurar bienestar de la persona y la comunidad. En términos económicos, se trataría de bienes meritorios cuyo consumo beneficia no solo a quién lo realiza sino también a otros¹. Pero más aún en el sentido inverso: bienes cuyo no consumo por parte de muchos puede perjudicar a la comunidad en su conjunto (condición de no excluibilidad). También un exceso en su consumo (utilizarlo cuando no se necesita) puede resultar perjudicial tanto para el individuo como para la comunidad. Entonces, hay riesgos sanitarios relacionados a la infrautilización (por ejemplo no usar oxitocina para prevención de la hemorragia posparto o SRO en diarrea) y a la sobreutilización (usar antibióticos en resfriados comunes o estatinas cuando no hay riesgo cardiovascular).

Lo más clásico es siempre poner el ejemplo de mal uso (sobre utilización con IRA y antibióticos). Valdría la pena valorar ejemplos con productos de SR, tal como lo que les comentaba sobre la infrautilización de oxitocina para manejo activo del tercer período del parto y sobre su sobreutilización, para no perder los datos de antibióticos (por

¹Tobar F (2005). “Farmacoeconomía y regulación de medicamentos” en: Peretta Marcelo. Reingeniería farmacéutica 2da ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Capítulo 42.



ejemplo, el incremento de la resistencia para el manejo de Gonorrea).

Más adelante se describen un conjunto de condiciones que son postuladas como buenas prácticas en esa dirección. En el extremo contrario, cuando el medicamento se configura como un bien de consumo, la investigación, el desarrollo, la producción, comercialización, dispensa y utilización del medicamento se orientan hacia intereses lucrativos que pueden terminar promoviendo un mayor consumo (sobreutilización) y un mayor gasto farmacéutico, pero difícilmente generarán conquistas sobre la carga de enfermedad.

Un ejemplo concreto que permite apreciar lo disfuncional que puede ser el circuito de producción, comercialización y utilización de medicamentos es el consumo de antibióticos para tratamiento de infecciones respiratorias agudas. La evolución de sus tasas de consumo resulta indicativa de la medida en que los antibióticos se aproximan a un bien social o a un bien de consumo en cada país. Un relevamiento mundial registró que el consumo de antibióticos se incrementó un 65% entre 2000 y 2015 y la tasa de utilización un 39%. Pero lo más notorio es que mientras los países desarrollados tienden a reducir ese consumo, el mismo no solo crece en los países en desarrollo (llegando a tasas que superan a los países desarrollados), sino que la parte del consumo que más crece es la relacionada con antibióticos de tercera y cuarta generación, los que resultan más caros e incrementan los riesgos resistencia bacteriana².

La resistencia bacteriana configura un nuevo problema de salud pública. El uso indiscriminado de antibióticos favorece la evolución de bacterias multiresistentes. Ello ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a considerar la aparición de bacterias multiresistentes a antibióticos como una de las amenazas más serias para la salud global³.

Los desvíos que apartan el consumo de antibióticos de un uso sanitario racional y adecuado son múltiples. Comienzan con el diagnóstico y la prescripción. A pesar de que una gran proporción de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son virales, en la mayoría de los países de América Latina se ha consolidado una asociación automática entre síntomas de IRA y consumo de antibióticos. En algunos casos, los mismos son prescritos por profesionales médicos, quienes lo indican incluso cuando sospechan que no se trata de una infección bacteriana. En otros casos, el antibiótico es autoprescripto por el paciente. En el caso de Argentina, por ejemplo, una encuesta realizada por D'Alessio IROL en 2017 registro que el 46% de la población consume antibióticos por automedicación⁴. Argentina es el país que registra la mayor tasa de consumo de antibióticos de la región, y en alrededor de la mitad de los casos es por automedicación. Esto evidencia no solo una práctica iatrogénica por parte de la población en general sino también la connivencia de una parte de los servicios farmacéuticos.

²Eili Y. Kleina, Thomas P. Van Boeckeld, Elena M. Martinez, Suraj Panta, Sumanth Gandraa, Simon A. Levine, Herman Goossensh, and Ramanan Laxminarayana (2018). "Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015". Proceedings of the National Academy of Sciences. Febrero de 2018. Disponible en: <http://www.pnas.org/content/pnas/early/2018/03/20/1717295115.full.pdf>. Última visita 13/8/2018

³Organización Mundial de la Salud(2010). La contención de la resistencia a los antimicrobianos. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra. Resumen.WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2a

⁴D'Alessio IROL (2017). "Estudio de Automedicación en Argentina". Estudio realizado a nivel nacional, sobre 400 encuestas online efectuadas a argentinos mayores de 18 años, durante los días 5 al 10 de julio de 2017. Disponible en: <http://www.dalessio.com.ar/?s=automedicaci%C3%B3n&x=o&y=o&lang=es->. Última visita 13/8/2018



Un segundo desvío se puede ubicar en el momento de la adquisición. Esto se explica porque un porcentaje no menor de las adquisiciones se orientan a envases que no contienen cantidades y dosis acordes a la antibioticoterapia indicada por los protocolos y normas clínicas. Aquí hay, en primer lugar, fallas de la autoridad reguladora que autoriza la comercialización de presentaciones en envases que inducen un uso irracional del medicamento. Pero, en segundo lugar, se registra una pérdida de oportunidad por parte de los servicios farmacéuticos que podrían orientar a los pacientes para que adquieran los envases más adecuados a los tratamientos. En los países más avanzados en este sentido, como los Estados Unidos de Norteamérica, el paciente recibe de la farmacia un envase personalizado que contiene exactamente la cantidad de dosis del medicamento indicada por el médico y, en todos los casos, la etiqueta personalizada contiene la leyenda “No rellenar. Si persisten los síntomas consulte a su médico”.

Pero los peores desvíos relativos al uso de antibióticos se concretan en el momento del consumo. Los pacientes pueden discontinuar su tratamiento al percibir que los síntomas registran una evolución favorable. Esa discontinuidad puede resultar inducida incluso si el envase que adquirió no es adecuado en cantidades y/o dosis. Más aún si no ha recibido indicaciones adecuadas sobre cómo y cuándo tomar el medicamento ni a qué señales debería estar alerta. Se ha estimado que el impacto económico de ese uso irracional de antibióticos para tratamiento de IRA puede superar en cinco veces el costo de un tratamiento adecuado⁵.

2) Desarrollo de los cuidados farmacéuticos

Los medicamentos son cada vez más importantes dentro de la salud pública, ya que constituyen el procedimiento terapéutico más utilizado por los médicos. Como señala Gonzalez García “Pacientes y curadores los valoran como parte crucial de la estrategia sanadora, inclusive a veces es la única importante. Prescribir, dispensar, medicar o simplemente convalidar se ha convertido para los profesionales y para la población en general en prácticas sociales frecuentes y naturales”⁶. En países de la región como es el caso argentino durante los últimos 25 años la tasa de prescripciones (cantidad de recetas por cada consulta médica) prácticamente se cuadruplicó mientras que el promedio de consumo anual de medicamentos por persona se triplicó⁷. Por estos motivos, se ha señalado que los medicamentos adquieren un peso creciente dentro de la función de producción de salud y deberían ser objeto de intervenciones por parte del Estado a través de tres funciones centrales: provisión, información y regulación⁸.

¹ Madrid Y, Velazquez G (1998). Impacto económico del Uso Irracional de antibióticos en Infecciones Respiratorias Aguadas. Documento presentado ante el Grupo de Referencia en acceso a Medicamentos de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 3 de agosto de 1998.

⁶ González García, G. (2004). “Medicamentos: ese raro objeto entre la ciencia, el mercado y la magia”, en J. Bermúdez, M. A. Oliveira y A. Esher, Acceso a medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Río de Janeiro: ENSP.

⁷Tobar, Federico (2016). “Avances y desafíos en la construcción del acceso a los medicamentos en Argentina”. Capítulo del libro: “Repensar la inclusión social: Políticas públicas y sociedad civil en la Argentina (1991-2016)”. Capital Intelectual. Buenos Aires.

⁸Tobar (2009). “Medicamentos y Reforma Sanitaria”. Conferencia presentada en el “Foro Internacional de Gestión de Fármacos y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina” Organizado por COPPFAN, PROMESE/CAL, SESPAS, CERSS, FUNGLODE, BANCO. Santo Domingo, República Dominicana, 4 Diciembre de 2009.



Se ha definido al acceso a los medicamentos como la relación entre la oferta disponible y las necesidades de salud de la población en determinado tiempo y lugar⁹. El problema del acceso a medicamentos comienza a ser incorporado en la agenda de políticas públicas. Un primer capítulo fue a partir de la conferencia de Alma Ata (1977), a partir de la cual todos los países de América Latina han tratado de avanzar en la provisión de medicamentos esenciales para uso ambulatorio en el Primer Nivel de Atención. Además, como consecuencia de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) los países de la región han incorporado políticas de Salud Sexual y Reproductiva que involucran la provisión de anticonceptivos y medicamentos esenciales de salud reproductiva ampliando la respuesta frente a embarazos no intencionales, atención del parto, tratamiento y prevención del IH y de las ITS, etc. Y también, entre los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) se ha incluido al acceso a los medicamentos esenciales como uno de los cinco indicadores que miden avances en la garantía del derecho a la salud comprendido en el ODS 3.

Se entiende por Atención Farmacéutica a una concepción de los servicios de farmacia que busca brindar continuidad a los cuidados de salud complementando los cuidados médicos, odontológicos y de enfermería. La misma surge en 1990 a partir de un artículo de Helper y Strand, que postula que la tarea profesional del farmacéutico no debe limitarse a una provisión de medicamentos, sino que debe ser responsable de garantizar, a través de sus conocimientos y formación, que el medicamento sea seguro y efectivo para los pacientes¹⁰. Al revisar la evolución de los modelos de farmacia, Anigstein señala que al mismo tiempo la OMS, en alianza con la Federación Internacional de los Farmacéuticos, reformula el rol del farmacéutico en los servicios de salud¹¹.

La atención farmacéutica es un concepto innovador en la práctica de farmacia, que surgió a mediados de los años setenta. Establece que todos los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de los resultados de la farmacoterapia en sus pacientes. Abarca una variedad de servicios y de funciones - algunos nuevos para la farmacia, otros tradicionales - que son determinados y proporcionados por los farmacéuticos atendiendo a los pacientes individuales. El concepto de atención farmacéutica también incluye el compromiso expreso con el bienestar de los pacientes como individuos que requieren y merecen la consideración, preocupación y confianza de los farmacéuticos. A pesar de esto, los farmacéuticos a menudo no pueden aceptar la responsabilidad de esta ampliación de la atención al paciente. Consecuentemente, pueden no documentar, monitorizar y revisar adecuadamente la asistencia proporcionada. Para la práctica de la atención farmacéutica es esencial aceptar tal responsabilidad¹².

⁹ Luiza, V. L. y J. Bermúdez (2004). "Acceso a medicamentos: conceitos e polémicas", en J. Bermúdez, M. A. Oliveira y A. Esher, Acceso a medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Río de Janeiro: ENSP.

¹⁰ Hepler CD, Strand LM. (1999) Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp. 1:43. <http://www.pharmaceutical-care.org/revista/contenido.php?mod=archivobusqueda&menu=3.2&id=242&tipo=completo> . Última visita 13/8/2018

¹¹ Anigstein C (2018). 8 hipótesis sobre Asistencia Farmacéutica en APS. Disponible en https://www.academia.edu/37184299/8_hip%C3%B3tesis_sobre_Asistencia_Farmac%C3%A9utica_en_APS. Última visita 13/8/2018

¹² Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica (2006). Desarrollo de la práctica de farmacia Centrada en la atención del paciente.



Desde esta perspectiva, pasar de los servicios de farmacia (centrados en la dispensación) a la incorporación progresiva de la atención farmacéutica contribuye a una transformación del modelo de atención en salud similar a la que propone pasar del funcionamiento de servicios de salud aislados a otra que se plantea el funcionamiento en red. Porque en la lógica que guía la incorporación de cuidados en red, el propósito es también lograr la continuidad de los cuidados. En otras palabras, se trata de captar al paciente antes y acompañarlo hasta después de lo que se logra con los cuidados episódicos. Entonces, extendiendo esta noción a la farmacia, la visión de la atención farmacéutica consistiría en maximizar los cuidados de salud.

3. Buenas prácticas de atención farmacéutica

En muchos países desarrollados se ha avanzado en concretar diferentes aspectos de la atención farmacéutica. Hay ejemplos concretos en Estados Unidos de Norteamérica (donde, como se ha mencionado, se dispensan envases personalizados acorde a una prescripción exacta, los recaudos por uso racional del medicamento son máximos y el farmacéutico asume competencias relevantes en información y educación del paciente), algo similar ocurre en el Reino Unido (donde además, la mayor parte de la financiación es pública y el farmacéutico se constituye en un efector de las políticas públicas de salud), en Holanda (dónde la población es adscripta a la farmacia) y en Dinamarca (dónde además, se maximiza la trazabilidad de los cuidados, los farmacéuticos reportan al Estado todas la recetas que dispensan y se concretan estudio de utilización de medicamento cruzando la información de las prescripciones por profesional, por diagnóstico y por paciente). Pero nos interesa aquí destacar otras versiones, entre las cuales se han destacado los casos de España y Costa Rica¹³.

En el caso de España, a partir del Tercer Consenso de Granada concretado en 2007, la Atención Farmacéutica define con precisión las funciones inherentes al rol farmacéutico en la atención del paciente. Concretamente se definieron 7 actividades que debe realizar el farmacéutico, centradas en la atención al paciente¹⁴: 1) dispensación de medicamentos, 2) educación sanitaria, 3) seguimiento fármacoterapéutico, 4) farmacovigilancia, 5) consulta o indicación farmacéutica, 6) promoción del uso racional de los medicamentos y 7) formulación magistral.

Esa estrategia para maximizar la contribución a la salud del paciente y la comunidad requiere que la farmacia despliegue muchas más funciones que solo dispensar medicamentos. En primer lugar, informar y educar al paciente sobre contenidos tales como: a) el diagnóstico (que en el mejor de los casos ha sido realizado por un profesional), b) las indicaciones que el prescriptor ha realizado, c) sobre el medicamento que utilizará y sobre la forma adecuada de utilizarlo (frecuencia duración del tratamiento, condiciones de ingesta o utilización y otros), d) sobre posibles interacciones medicamentosas, e) sobre situaciones y síntomas que deben constituir alertas para el paciente y debieran ser notificadas (por ejemplo color, sabor o consistencia inadecuada del producto, efectos indeseados), f) sobre las posibles diferencias entre productos

¹³Anigstein (2018). Op.Cit

¹⁴Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) (2007). Disponible en: <http://revista-seug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4974/>
Última visita 13/8/2018



originales, similares y genéricos en términos de intercambiabilidad y precio y más. Lo ideal es que el sistema de atención farmacéutica involucre el diseño, implantación y monitoreo de una guía de educación e información por parte del profesional de farmacia.

El **seguimiento farmacoterapéutico** incluye el seguimiento de la respuesta al tratamiento, la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que en otros países se conocen como Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM), para la prevención y resolución de los resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM), dirigido primordialmente a los pacientes crónicos, polimedicados o pacientes en riesgo.

La **farmacovigilancia** es una función central para la política de salud, y las farmacias deberían asumir una responsabilidad protagónica en la detección de problemas con los productos dispensados. Pero ello solamente es posible cuando existe la construcción de un vínculo entre el paciente y el profesional farmacéutico que supera la venta o dispensa de un producto. Por esos motivos, resulta clave la existencia de herramientas como la nominalización de los pacientes a la farmacia, la construcción de un sistema de información de usuarios de la farmacia y, mejor aún, la posibilidad de vincular prescripción electrónica con la devolución de información al prescriptor a través de un prontuario o dossier integrado.

A pesar de que en América Latina la **consulta o indicación farmacéutica** está extendida, aun no ha sido protocolizada ni evaluada. Consolidar la atención farmacéutica implicaría incorporar de forma progresiva procesos que estandaricen y logren la mejora continua de la consulta o indicación farmacéutica.

Tal como el mencionado documento del Tercer Consenso de Granada lo destaca, todas las funciones de la atención farmacéutica deberían confluir en la promoción del **uso racional del medicamento** (URM). Cabe señalar que, para ello, además de la información y educación, del seguimiento, de la farmacovigilancia y de la consulta farmacéutica, una buena práctica es la incorporación de estudios de utilización de medicamentos. Los mismos se han ido incorporando en diversos países de América Latina. Por ejemplo, en Costa Rica, la Caja del Seguro social ha incorporado estudios de utilización desde fines de la década de 1980¹⁵ y el país ha continuado avanzando en el desarrollo de la atención farmacéutica¹⁶.

¹⁵Chaves a (1990). Estudio de consumo de medicamentos en el Sistema O.D.O. en la Seguridad Social De Costa Rica en los años 1988-1989. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/-v6n2/art3.pdf>

Última visita 13/8/2018.

¹⁶Hidalgo Martín R, Tames Sánchez L (2014) "Atención Farmacéutica: descripción del concepto y la aplicación de sus actividades por parte de farmacéuticos a nivel institucional y privado de los Cantones centrales de San José y Cartago, Costa Rica, durante el período de octubre a Noviembre, 2014.



4. Conclusiones y recomendaciones

Los países de América Latina pueden obtener mejores resultados de salud para su población incorporando y consolidando la atención farmacéutica. Ello requiere, en primer lugar, un cambio del rol del Estado. Para ello la regulación de las farmacias debería preocuparse de aspectos que trasciendan lo comercial, como la concentración de establecimientos de farmacia por kilómetro cuadrado o la propiedad del establecimiento de farmacia, y debería comenzar a garantizar y evaluar el aporte de las farmacias a los cuidados de salud.

En función de la revisión de la literatura al respecto, así como de la experiencia internacional, es posible destacar medidas concretas que se podrían incorporar y promover desde el marco regulatorio y desde las políticas públicas para construir la atención farmacéutica. Se destacan, a continuación, diez prácticas esenciales para desarrollar la atención farmacéutica.

- 1) Garantía de presencia física del profesional farmacéutico en el establecimiento.
- 2) Verificación de la disponibilidad del profesional a través de la constatación de la razón de horas profesional presente en farmacia sobre recetas atendidas.
- 3) Ampliación y verificación del horario de funcionamiento de las farmacias.
- 4) Evaluación del perfil de productos dispensados a la luz del listado nacional de medicamentos esenciales.
- 5) Evaluación del perfil de envases dispensados en la farmacia en función de su adecuación a protocolos, guías clínicas y esquemas terapéuticos (sobre problemas trazadores).
- 6) Nominalización y fidelización de los pacientes a la farmacia para promover cuidados continuos.
- 7) Incorporación y verificación periódica del funcionamiento de sistemas de información que permitan el registro de pacientes atendidos y su seguimiento.
- 8) Incorporación y verificación periódica del funcionamiento de sistemas de información que permitan integrar información clínica (receta electrónica e historia clínica electrónica) con el registro de pacientes atendidos y su seguimiento.
- 9) Diseño, implantación y evaluación del uso de guías y procesos para educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia (Número o % de notificaciones de RAM/efectos indeseados realizadas/os), y consulta o indicación farmacéutica.
- 10) Evaluación de la adherencia de los pacientes crónicos atendidos a los tratamientos.
- 11) Aprovechamiento de tecnologías de información para seguimiento a pacientes, por ejemplo, Aplicativos (App) de recordatorio, recomendaciones, entre otros.



Cuando los estados están comprometidos con la salud pública deben promover modelos de atención farmacéutica adecuados. Para ello, los Estados pueden legislar y normatizar el funcionamiento de las farmacias, pero también deberían monitorear y evaluar en qué medida las mismas dan cumplimiento a las buenas prácticas señaladas. No hacerlo implica inclinarse por la utilización del medicamento como un bien de consumo.



Referencias

1 Tobar F (2005). “Farmacoeconomía y regulación de medicamentos” en: Peretta Marcelo. Reingeniería farmacéutica 2da ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Capítulo 42.

2 Eili Y. Kleina, Thomas P. Van Boeckeld, Elena M. Martinez, Suraj Panta, Sumanth Gandraa, Simon A. Levine, Herman Goossens, and Ramanan Laxminarayana (2018).” Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015”. Proceedings of the National Academy of Sciences. Febrero de 2018. Disponible en: <http://www.pnas.org/content/pnas/early/2018/03/20/1717295115.-full.pdf>. Última visita 13/8/2018

3 Organización Mundial de la Salud(2010). La contención de la resistencia a los antimicrobianos. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra. Resumen.WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2a

4 D'Alessio IROL (2017).“Estudio de Automedicación en Argentina”. Estudio realizado a nivel nacional, sobre 400 encuestas online efectuadas a argentinos mayores de 18 años, durante los días 5 al 10 de julio de 2017.Disponible en: <http://www.dalessio.com.ar/?s=automedicacion%20en%20argentina&x=0&y=0&lang=es->. Última visita 13/8/2018

5 Madrid Y, Velazquez G (1998). Impacto económico del Uso Irracional de antibióticos en Infecciones Respiratorias Agudas. Documento presentado ante el Grupo de Referencia en Acceso a Medicamentos de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 3 de agosto de 1998.

6 González García, G. (2004). “Medicamentos: ese raro objeto entre la ciencia, el mercado y la magia”, en J. Bermúdez, M. A. Oliveira y A. Esher, Acceso a medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Río de Janeiro: ENSP.

7Tobar, Federico (2016). “Avances y desafíos en la construcción del acceso a los medicamentos en Argentina”. Capítulo del libro: “Repensar la inclusión social: Políticas públicas y sociedad civil en la Argentina (1991-2016)”. Capital Intelectual. Buenos Aires.

8 Tobar (2009). “Medicamentos y Reforma Sanitaria”. Conferencia presentada en el “Foro Internacional de Gestión de Fármacos y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina” Organizado por COPPFAN, PROMESE/CAL, SESPAS, CERSS, FUNGLODE, BANCO. Santo Domingo, República Dominicana, 4 Diciembre de 2009.

9 Luiza, V. L. y J. Bermúdez (2004). “Acceso a medicamentos: conceitos e polémicas”, en J. Bermúdez, M. A. Oliveira y A. Esher, Acceso a medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Río de Janeiro: ENSP.

10 Hepler CD, Strand LM. (1999) Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp. 1:43. <http://www.pharmaceuticalcare.org/revista/contenido.php?mod=archivobusqueda&menu=3.2&id=242&tipo=completo> . Última visita 13/8/2018



11 Anigstein C (2018). 8 hipótesis sobre Asistencia Farmacéutica en APS. Disponible en https://www.academia.edu/37184299/8_hip%C3%B3tesis_sobre_Asis-tencia_Farmac%C3%A9utica_en_APS. Última visita 13/8/2018

12 Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica (2006). Desarrollo de la práctica de farmacia Centrada en la atención del paciente.

13 Anigstein (2018). Op.Cit

14 Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) (2007). Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4974/busqueda&menu=3.2&id=242&tipo=completo> . Última visita 13/8/2018

15 Chaves a (1990). Estudio de consumo de medicamentos en el Sistema O.D.O. en la Seguridad Social De Costa Rica en los años 1988-1989. Disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v6n2/art3.pdf>

Última visita 13/8/2018.

16 Hidalgo Martín R, Tames Sánchez L (2014) “Atención Farmacéutica: descripción del concepto y la aplicación de sus actividades por parte de farmacéuticos a nivel institucional y privado de los Cantones centrales de San José y Cartago, Costa Rica, durante el período de octubre a Noviembre, 2014.

