

## La Comunicación en el Cuidado Farmacéutico: Estrategias para el Diálogo

Oswaldo de Freitas, Leonardo Régis Leira Pereira y Thais Rodrigues Penaforte  
Salvador Bahía, Brasil

### Resumen

*Ante esta nueva filosofía de práctica, el cuidado farmacéutico adquiere un rol más social para los profesionales farmacéuticos, rompiendo con el modelo tradicional que se focaliza en la medicación en lugar de en el paciente. Se consigue de este modo una mayor inclusión del profesional en el escenario colectivo del cuidado de la salud. Sin embargo, hay varias barreras que impiden la plena implementación de esta nueva práctica profesional en el sistema de salud brasileño. Se ha observado que los profesionales necesitan repensar sus prácticas, admitiendo la importancia de los demás (los pacientes) en la co-construcción del cuidado de la salud. Con este fin, los farmacéuticos necesitan esforzarse para su desarrollo profesional (especialmente en el contexto relacional) para ayudarse a sí mismos a hacerse cargo de esta nueva forma de cuidado. A este respecto el construccionismo social aparece como una herramienta estratégica para entender el cuidado y una relación más inclusiva y participativa a través de la creación de entornos relacionales.*

**Palabras clave:** *cuidado farmacéutico, comunicación en salud, construccionismo social, cuidado de la salud, farmacéuticos, Brasil.*

### Contexto

El cuidado farmacéutico es una práctica en la cual el profesional asume la responsabilidad sobre las necesidades de cuidado que cada paciente específico necesita. Desarrollado en el entorno de la profesión farmacéutica, la filosofía de cuidado de la misma describe un método centrado en el paciente con el objetivo de tener cuidado de todas sus necesidades con respecto a los medicamentos con el objetivo de garantizar que se alcancen los objetivos farmacoterapéuticos y obtener resultados positivos (Cipolle, Strand and Morley 2006).

En los años ochenta apareció un nuevo modelo de servicios farmacéuticos, con objetivos orientados a ofrecer una dirección y extender el trabajo profesional farmacéutico hacia una filosofía de práctica que está profesionalmente comprometida con el cuidado del paciente. En 1990 esta discusión se solidificó con la publicación del artículo "Oportunidades y responsabilidades en el cuidado farmacéutico", en el que Hepler y Strand (1990) definieron el cuidado farmacéutico como: "la provisión responsable de terapias farmacológicas con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente".

En Brasil, las discusiones acerca de esta nueva práctica profesional culminaron con la publicación de una propuesta consensuada para el cuidado farmacéutico (Organização Pan-Americana da Saúde y Organização Mundial da Saúde 2002), en la que se pusieron juntos un número de conceptos compatibles con el fin de consolidar esta práctica. De acuerdo con este documento, el cuidado farmacéutico debe ser desarrollado en el contexto de la asistencia farmacéutica, mirando a la integridad total del cuidado de la salud.

Bajo esta nueva práctica el foco del cuidado se ha desplazado desde la medicación al paciente. Este cambio exige grandes retos y los farmacéuticos se encaran a numerosos obstáculos cuando ven que el cuidado farmacéutico es el principal elemento de su vida profesional.

---

*Como la propuesta del cuidado farmacéutico implica la práctica social, es exactamente en la construcción de esas relaciones (terapéuticas y humanas) que los farmacéuticos encuentran sus mayores retos.*

---

Como la propuesta del cuidado farmacéutico implica la práctica social, es exactamente en la construcción de esas relaciones (terapéuticas y humanas) que los farmacéuticos encuentran sus mayores retos. A pesar de los diferentes avances en los planes de estudio curriculares de los cursos de farmacia, aún encontramos lagunas en la educación humanística de los farmacéuticos. Por

lo tanto, los profesionales tienen que estar buscando constantemente el desarrollo de tales habilidades de la práctica social y no de la individual.

### **Los Obstáculos del Cuidado Farmacéutico**

Los farmacéuticos Brasileños aún configuran su rol social y profesional centrado en las medicinas. En el transcurso del dar-cuidado la importancia dirigida a asuntos técnicos y administrativos es

---

*Los farmacéuticos Brasileños aún configuran su rol social y profesional centrado en las medicinas.*

---

primordial para el desarrollo de los farmacéuticos más comprometidos con los medicamentos que con los pacientes.

Además, a pesar del actual reconocimiento y preminencia que el cuidado farmacéutico recibe, y que el paradigma cambia, en la práctica aún requiere alguna

planificación. El punto muerto de partida se encuentra en la propia educación del profesional. El currículo actual farmacéutico y el mercado por sí mismo no están preparados para este nuevo patrón clínico y humanístico.

En Brasil, la práctica clínica farmacéutica no destaca por centrarse en la asistencia farmacoterapéutica, la prevención o el dar-cuidado. Y recibe poco reconocimiento profesional en su campo, ni de la comunidad del cuidado de la salud, ni de la sociedad en general (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde 2002).

Los farmacéuticos se consideran a sí mismos con falta de experiencia y poco estimulados a desarrollar este enfoque. (Oliveira et al., 2005). De acuerdo con Araújo (Araújo & Freitas 2006), los farmacéuticos son conscientes de su (re)posicionamiento como profesionales de la salud y de la redefinición de los objetos con que trabajan. Sin embargo, se ha observado que aun así hay un gran acuerdo de intenciones y pequeñas prácticas muy apreciadas. A pesar de la situación, aún incipiente, del cuidado farmacéutico en Brasil, se han hecho grandes avances. Pero aún hay mucho por hacer.

Una de las barreras principales es el énfasis positivista en el conocimiento y en los procesos de salud-enfermedad que mantienen algunos farmacéuticos (Williams, 2007). El contexto ideal para el cuidado farmacéutico exige un entorno sustentado en el conocimiento compartido y el compromiso con la solidaridad (Cipolle, Strand & Morley, 2006). El enfoque propuesto no anticipa un conocimiento altamente especializado sino una práctica social. En este sentido, nadie sabe más o menos que ningún otro. Al encararse con esta verdad, ni el farmacéutico ni el paciente deberían temer las nuevas posibilidades ya que ninguna de ellas será construida en el conocimiento que poseen los demás. El conocimiento debe de emerger desde la relación profesional-paciente basada en las contribuciones que hace cada uno.

Los farmacéuticos tienen que repensar su conocimiento y sus prácticas con el objetivo de redescubrirse profesionalmente. El concepto de cuidado farmacéutico debe expandirse más allá de una mera relación de intercambio con beneficios mutuos en la cual el paciente delega la autoridad en el farmacéutico y este provee competencia y compromiso al usuario, sino que más bien provee cuidado de la salud basado en el “espacio relacional” construido entre los dos.

### Construccionismo Social y su Contribución al Cuidado Farmacéutico

En términos de producción de conocimiento, la propuesta del construccionismo es producir constructos teóricos que den soporte a la coordinación de las acciones humanas, basada en valores y convenciones socialmente legitimados, así como en promover diferentes críticas a las convenciones sociales, en ambos casos a través de la crítica de la práctica científica o de otras prácticas culturales, o incluso promoviendo un criticismo que conduzca a una ruptura general con lo convencional. Así, el construccionismo social nos invita a intentar nuevas posibilidades de interacción social y enfatiza la responsabilidad relacional de los investigadores, cuestionando su retórica sobre la “verdad”, y la autoridad que ostentan (McNamee & Gergen, 1999, Rasera & Japur, 2005).

La aparición del construccionismo social tuvo lugar en 1973 con la publicación del artículo “La Psicología social como historia” de Kenneth Gergen (Rasera & Japur, 2007). La creación de este movimiento se confirma en las críticas a los enfoques científicos dominantes, junto con una concepción alternativa de los presupuestos a través de los que los individuos alcanzan el conocimiento (Rasera & Japur, 2005). La perspectiva construccionista social visualiza el conocimiento y la actividad investigadora en sí como una práctica social, un producto de la historia y del diálogo, centrado en el lenguaje y en sus procesos relacionados (Camargo-Borges & Japur, 2005).

Rasera y Japur (2005) informan de la gran dificultad en determinar un grupo especial de ideas que postulen todas las premisas construccionistas, aunque los autores describen un consenso ideológico encontrado alrededor de cuatro descripciones centrales presentadas a continuación:

- (1) La especificidad cultural e histórica de las maneras de conocer el mundo.
- (2) La prioridad de las relaciones humanas en la producción y sustentabilidad del conocimiento.
- (3) La interconexión entre conocimiento y acción.
- (4) La valoración de una postura crítica y reflexiva (Gergen, 1985, Rasera & Japur, 2005, Rasera & Japur, 2007).

Estas descripciones construccionistas tienen un número de implicaciones, algunas de las cuales podemos destacar aquí: el anti-esencialismo, el anti-realismo, el lenguaje como forma de expresión social, el foco en la interacción y en las prácticas sociales, y el foco en los procesos. La investigación construccionista no describe lo que son las cosas, sino el proceso a través del que son construidas. Acordando privilegiar las interacciones sociales, el conocimiento es generado a través de procesos sociales que construyen nuevas realidades.

Así, el construccionismo social no parte solo de una teoría que propone técnicas o métodos para su aplicación práctica, sino de algo más cercano a la práctica relacional, una forma de crear concepciones del mundo que son construidas a través del diálogo. Para Mc Namee (2004), el construccionismo propone prácticas terapéuticas específicas enfocadas no al individuo, sino a la creación de entornos relacionales. Teniendo esto en cuenta, la articulación y la práctica de la teoría construccionista del cuidado son más una invitación al *diálogo* que una declaración de cómo deben de ser las cosas.

Nos enfrentamos con el peso y la importancia de las relaciones sociales. Hemos observado en la práctica del cuidado farmacéutico que no es suficiente ofrecer solo un servicio con buena calidad técnica orientado a satisfacer requisitos numéricos y alcanzar algunos resultados deseados. El reto, entonces, es mayor de lo esperado: no solo el avance en el cuidado, desde el centrado-en-el-medicamento al centrado-en-el-cliente, sino también la consolidación de un mutuo e integrador trabajo relacional farmacéutico-cliente que se corresponda con especificaciones sociales y culturales.

Para el construccionismo social la producción de significado se asienta en diferentes prácticas sociales en las que las personas toman parte. Y estas prácticas son sustentadas por relaciones concretas que las personas experimentan a lo largo del tiempo (Camargo-Borges & Japur, 2005). Por lo tanto, la relación farmacéutico-cliente debe luchar por la equiparación y co-construcción. El conocimiento “puesto sobre la mesa” por los farmacéuticos no es jerárquicamente superior al que trae el paciente. El primero no impone su conocimiento superior sobre el último, sino que simplemente adopta diferentes

formas de ser, de ver la salud y los medicamentos, y de describir situaciones; ajustando su poderosa relación jerárquica conduce a visiones distorsionadas entre el farmacéutico y los pacientes. No es una cuestión de negar las diferencias y especificidades del conocimiento de cada uno, sino de tener en cuenta el entorno relacional en el que su conocimiento se convierte en acción.

### Consideraciones Finales

Tomando esta narración como una estrategia para crear un espacio relacional en el cuidado farmacéutico, proponemos escapar de una especie de opresión e ir a la búsqueda de contradicciones y reflexiones saludables.

---

*El énfasis se hace no sólo en introducir cambios, sino principalmente en crear espacio para el diálogo.*

La construcción de significado para esta nueva práctica profesional exige un nuevo orden. El énfasis se hace no sólo en introducir cambios, sino principalmente en crear espacio para el diálogo.

---

Para este fin, es necesario que haya una relación que transforme, una relación en la que nuevas comprensiones son negociadas, así como nuevas premisas para los farmacéuticos, los pacientes, y el cuidado farmacéutico en general.

### Referencias

- Araújo, A.L.A., & Freitas, O. (2006). Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 42(1), 137-146.
- Brodie, D. C., Parish, P.A., & Poston, J.W. (1980). Societal needs for drugs and drug-related services. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 44(3), 276-278.
- Camargo-Borges, C., & Japur, M. (2005). Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de saúde da Família. *Interface-Comunic Saúde, Educ*, 9(18), 507-519.
- Cipolle, R.J., Strand, L.M., & Morley, P.C. (2006). *O exercício do cuidador farmacêutico*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Hepler, C.D., & Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm*, 47 (3), 533-43.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (and Associates) (1999). *Relational responsibility. Resources for sustainable dialogue*. London: Sage.
- McNamee S. (2004). Social construction as practical theory - Lessons for practice and reflection in psychotherapy. In D. Pare, G. Larner, *Critical knowledge and practice in psychotherapy*. New York: Haworth Press.
- Mikeal, R.L., Brown, T.R., Lazarus, H.L. & Vinson, M.C. (1975). Quality of pharmaceutical care in hospitals. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 32(6), 567-574.
- Oliveira, A. B., Oyakawa, C.N., Miguel, M.D., Zanin, S.M.W., & Montrucchio, D.P. (2005). Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 41(4), 409-413.
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. (2002). *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Rasera, E.F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, 15(30), 21-29.
- Rasera, E.F., & Japur M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Williams, K.F. (2007). Re-examining “professionalism” in pharmacy: a South African perspective. *Social Science & Medicine*, 64 (6), 1285-1296.

### **Notas Finales**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Bahía, Faculdade de Farmácia. Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo Faculdade de Ciências Farmacêutica de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto São Paulo, Brasil.

#### **Nota del Autor**

Thais Rodrigues Penaforte  
Universidade Federal de Bahía, Faculdade de Farmácia.  
Rua Barão do Jeremoabo, nº 147  
Ondina – Salvador, BA- Brasil  
Email: [thaisrpenaforte@gmail.com](mailto:thaisrpenaforte@gmail.com)

#### **Nota del Traductor**

Josep Seguí Dolz  
Psicólogo social  
Miembro asociado al Taos Institute  
Contacto con el autor: [jseguid@gmail.com](mailto:jseguid@gmail.com)  
[www.umansenred.com](http://www.umansenred.com); Escuela de Psicología  
Barcelona, España