

# LA FARMACOLOGÍA DEL CUIDADO: UNA APROXIMACIÓN DEDUCTIVA CUIDADOLÓGICA DESDE EL PARADIGMA DE LA SALUD Y EL MODELO DE AVEDIS DONABEDIAN

Autora: Sara Herrero Jaén

Grupo MISKC (Universidad de Alcalá)

Hospital Universitario Severo Ochoa. Servicio Madrileño de Salud

Herrero Jaén, S. (2019). **La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian**. *Ene*, 13(4).

Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1087>

## Resumen

En la actualidad, debido al aumento de esperanza de vida, la cronificación de los problemas de salud y la disponibilidad de fármacos ha propiciado un incremento del uso de los mismos.

Tras la regulación legal de la prescripción enfermera, la relación entre el tratamiento farmacológico y el cuidado queda legalmente evidenciada y transcende al supuesto trabajo operativo que, al respecto, mantenían las enfermeras.

En el presente artículo se demuestra cómo, empleando metodología deductiva, se ha desarrollado un modelo que incorpora la razón y el empleo de fármacos como acto de cuidado, poniéndose de manifiesto la relación existente entre la indicación y la forma de uso (la prescripción, al fin y al cabo) de estos y el nivel de salud de las personas.

**Palabras clave:** Cuidado; Enfermeras clínicas; Farmacología, Prescripciones de medicamentos; Salud; Tratamiento farmacológico

## Abstract

**The Pharmacology of Care: A deductive “carelogy” approach from the health paradigm and the model of Avedis Donabedian.** At present, due to the increase in life expectancy, the chronicification of health problems and the availability of drugs has led to an increase in their use.

After the legal regulation of the nurse prescription, the relationship between drug treatment and care is legally evidenced and transcends the supposed operational work that nurses maintained in this regard.

This article demonstrates how, using deductive methodology, a model has been developed that incorporates the reason and the use of drugs as an act of care, demonstrating the relationship between the indication and the form of use (the prescription at the end and after all) of these and the level of health of people.

**Key Words:** Care, Drug Prescriptions, Drug therapy, Health, Nurse Clinicians, Pharmacology

## INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar nos detendremos en un análisis cuidadoso de los saberes que sustentan el presente artículo. Así, partiremos de la afirmación que sostiene que la salud es un recurso dinámico, y por lo tanto cambiante a lo largo del tiempo, que posee una persona en un momento determinado (1) (2) (3) (4) (5).

Un recurso individual, que puede agruparse, del cual la persona siempre dispone, en mayor o menor medida (pues lo contrario significaría su muerte) (6) (4) (5), garantizando de esta manera su supervivencia (7) (4). Dicho esto, en ocasiones nos encontramos ante situaciones en las que la alteración de la salud, las variaciones negativas del recurso, conlleva a la aparición de problemas que constituyen situaciones que requieren ser solucionadas (8) y que, para ello, se precisa en ocasiones de la acción de un agente externo para su resolución (9).

Ante las variaciones o las alteraciones que sufren las personas a lo largo de la vida en su salud, existen diferentes estrategias, modos de actuar y medios que pueden emplearse para abordar los mismos. En este sentido, bajo el modelo contemporáneo de las disciplinas científicas entre los métodos o medios terapéuticos más importantes se encuentran, entre otros, la terapéutica quirúrgica (res-

tauración de las estructuras corporales mediante la cirugía) y, por otro lado, la terapéutica farmacológica (uso de sustancias para restaurar el correcto funcionamiento del cuerpo) (10): no se olvida la terapéutica del cuidado pero es más que evidente que esta terapéutica no se corresponde con los medios contemporáneos.

En primer lugar, sirva decir que el empleo del término “Terapéutica” originariamente adquiriría un significado de “servicio” o “cuidado”, circunscrito al ámbito de la religión (atención a los dioses, a un ser superior) y no al ámbito de las disciplinas científicas de la salud. Como es sabido, con la llegada de Hipócrates dicho concepto se comenzó a relacionar con un modo de tratamiento alejado de la divinidad (11) (12) (2), pero no fue hasta el griego tardío cuando se unificaron las acepciones, divina y humana, que relacionan el concepto de terapéutica con el de ayuda y cuidado a la salud, pasando a ser el término para referirse a la atención de la vida de la cura y del cuidado (11).

Pero, para el caso que nos ocupa y debido a la restricción del formato artículo, haremos un salto histórico-temporal para centrarnos en un modo concreto de dicha terapéutica: la terapéutica farmacológica. Una terapéutica entendida como la administración y consumo de

sustancias por parte de las personas que por su condición de salud precisen de ellas: la farmacoterapia (11).

La farmacoterapia es definida como la rama de la farmacología encargada del uso y administración de medicamentos con el fin de restaurar la Salud de los individuos mediante la cura de la enfermedad (11), un término cuya definición se muestra reduccionista (pues se presenta acotada por el concepto de enfermedad) y que en realidad dibuja un mecanismo de actuación ante determinados procesos de la salud que le ocurren a la persona a lo largo de su vida. Sea como fuere, se trata de un término, el de farmacoterapia, compuesto a su vez por dos: fármaco y terapia.

Por un lado, ahondaremos en el concepto de “terapia” que, a pesar de ser el último de los dos elementos, lo trataremos primero.

Este término proviene del griego *therapeía*, y es definido por la Real Academia Española como el “tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción” (8), un reduccionismo ya apuntado que se manifiesta pues en el concepto de *therapeutiká* el cual se contempla como el “conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias” (8).

Por otro lado, el concepto fármaco proviene del griego *phármakon*. Origi-

nalmente tomo su significado de “purgante o purificante”, relacionado como ya se apuntaba con la religión. Pero, posteriormente, amplió su significado hasta pasar a ser definido como “cualquier sustancia natural o artificial capaz de procurar la Salud o combatir la enfermedad” (11) (2). No obstante, y asentadas sus bases etimológicas, la Organización Mundial de la Salud en su informe técnico N° 407 “Comité de Expertos de la O.M.S. en Farmacodependencia” define fármaco como “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este” (13). Por ello, quizá, la legislación actual a nivel español, equipara el término fármaco a principio activo, definido este último en el artículo ocho del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (29/2006 de 26 de julio) como “aquella sustancia activa o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un

diagnóstico” (14). Es evidente que, desde esta legislación, el fármaco se transforma en “medicamento” al servicio conceptual del interés de algunos grupos de “poder”. Pero este texto es un artículo científico y se abordará el mismo distinguiendo el fármaco como concepto nuclear de la atención a la salud, pues es él quién interactúa con el organismo vivo dando lugar a una respuesta que puede ser beneficiosa o tóxica para el individuo (11).

Por otro lado, atendiendo a la definición de farmacoterapia, citada anteriormente, no se menciona el fármaco sino el medicamento el cual, siguiendo con la ley ya referenciada, se define como “medicamento de uso humano” a “toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico” (14).

Es decir, el medicamento es un fármaco o agrupación de fármacos, un subconjunto, utilizados con el fin de modificar o explorar un sistema fisiológico o un estado patológico, empleado siempre

en beneficio del individuo que lo recibe (15).

Descrito este espacio conceptual, a continuación, nos detendremos en describir el modo de actuar desde la terapéutica, los fármacos. Así pues, la terapéutica de los fármacos contemporáneamente ha estado asociada a procesos de alteración de la salud entendidos como pérdida o disminución de la misma dando como resultado la aparición de una enfermedad (5): una implicación que en nada o poco está demostrada.

En este sentido, no fue hasta la aparición de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16) cuando el concepto de salud se desligó de su hasta entonces opuesto, la enfermedad (6) (4) (5), dando lugar a la positivización del término.

Así pues, la farmacoterapia es una actividad que surge para dar respuesta a una serie de necesidades que, haciendo referencia a A. Donabedian, podrán ser percibidas como alteración de la salud (9). Una “actividad”, en la que nos encontraremos con dos actores necesarios: por un lado, la persona que presenta el problema de salud, y por otro lado al profesional de salud, que establece una relación de ayuda para la resolución del problema. Estas dos figuras operarán en interacción con el fin de lo-

grar una suerte de resultados en salud (9).

A tenor de lo expuesto hasta este momento, cabe hacer referencia a la actualidad en lo que al consumo de fármacos se refiere.

El Boletín de la Organización Mundial de la Salud recoge que hoy en día muchas personas deben tomar más de un medicamento al día (17), quizá debido al aumento de la esperanza de vida, el mayor acceso a un abanico de opciones terapéuticas y a que con frecuencia se padece más de un problema de salud,

En este sentido, la disponibilidad de los fármacos en sistemas de salud como el español ha propiciado un aumento del consumo de fármacos en los últimos años.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (datos consultados en noviembre de 2019) “el consumo de medicamentos en las últimas dos semanas” (en función de la edad mayores de 16 años y el sexo) es de un 65,88%, siendo superior en mujeres con un 73,77% frente al 57,69% de los hombres (18).

Del total de “personas que refirieron haber consumido medicamentos en las últimas dos semanas”, un 15,55% refirió que se trataba de medicamentos no recetados (19), lo que infie-

re una cierta automedicación: selección y uso de medicamentos de manera en la que la persona lleva a cabo el “propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que padece” (20) (21).

Este acto, el de la automedicación, es catalogado por la Organización Mundial de la Salud como un “elemento del cuidado personal”, tanto es así que lo incluye como parte del autocuidado de la persona (22). Así pues, haciendo referencia a la definición que D. Orem establece de autocuidado, la automedicación pasaría a ser considerada como una acción más de cuidado consciente y deliberado (23) que la persona dirige hacia sí misma con el fin de satisfacer una necesidad (24) (25), que es sentida y percibida como real (26).

De tal manera, se puede observar una primera relación esencial existente entre la administración del fármaco y el cuidado. Y es que, todo ser humano requiere de cuidarse y ser cuidado, tal y como apunta Fernández Batalla (4). Son varias las disciplinas que se han adentrado a dar respuesta a qué es el cuidado, sin embargo, hay tesis que avalan que es la enfermería la disciplina científica que lo conceptualiza y estudia (27) (28).

Por ello, a continuación, se va a tratar de dar cuenta de la relación entre la disciplina enfermera y los fármacos.

## LA ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LOS FÁRMACOS

La relación entre enfermería y los fármacos ha estado dirigida tradicionalmente por la proposición argumentativa que sostiene que la atención por parte de la enfermera a una persona, en tratamiento farmacológico, consiste en la sustitución, supervisión o ayuda a la misma para que esta se administre el fármaco de forma que se logre una serie de efectos saludables (29).

Así, elementos descriptivos de una acción como la preparación, la dosificación, la supervisión de la dosificación, la vía de administración o, entre otros, la aparición de efectos secundarios (vigilancia clínica) se establecían como elementos esenciales del cuidado en farmacoterapia (29).

De este paradigma puede inferirse que el cuidado es argumentativamente un concepto posterior, una acción subsidiaria y por ello dependiente, del concepto de farmacoterapia, al que estaba subyugado.

No obstante, la lectura de la mayoría de las formas farmacéuticas, conocidas como “medicamento”, permite inferir dos elementos relacionales distintos, uno apriorístico y otro consecuente, que permiten deducir que dicha relación de subyugación es errónea.

El primero de estos elementos es el cumplimiento terapéutico: en este sentido, indicar que, en caso de no administrarse, un fármaco carece del efecto para el cual está destinado su principio activo. Lógico es pues afirmar que, en caso de no haber acción de cuidado previa, la administración del fármaco, este sería del todo inefectivo. Queda así patente esta premisa a priori: sin un acto de cuidado el fármaco no tiene efecto (2). (Ilustración 1)

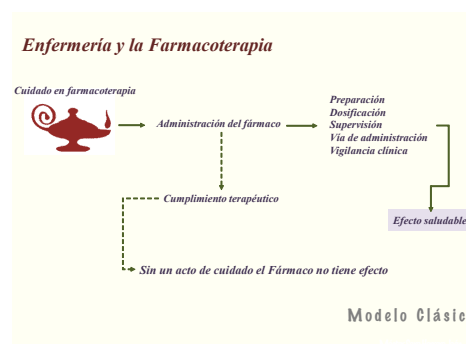


Ilustración 1: Paradigma clásico de la relación de la enfermería y los fármacos. Elaboración propia.

El segundo de los elementos a considerar no es menos relevante: la reacción adversa, definida como “cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que normalmente se produce con la dosis que se aplica normalmente al ser humano” (29). Así cuando hacemos referencia a un efecto secundario hablamos de un tipo de reacción adversa, relacionada con el mecanismo de acción de un

fármaco, definido por Flórez et al., como el “efecto que surge como consecuencia de la acción fundamental, pero que no forma parte inherente de ella” (30).

Estos efectos se suelen presentar como una serie de consecuencias en virtud de la causa (el tipo de fármaco) sobre el funcionamiento de las personas (diarrea, falta de atención, labilidad emocional, falta de fuerza, náuseas...) (31) (32) (33). Esto llevará implicado, aunque sea de manera temporal, una alteración en el día a día de la persona, es decir, en su estilo de vida.

Algunos de estos efectos en el funcionamiento y las alteraciones en los estilos de vida producidas por los fármacos, se expresan de forma apriorística como advertencias y precauciones, reacciones adversas... a modo de protección deontológica, en sus fichas técnicas y los prospectos que de estas derivan. Por ejemplo, recomendaciones del tipo: “no trabajar”, “no hacer ejercicio”, “no comer en horas antes o después de tomar el medicamento”, “no conducir” (34) (35) (36).

Queda claro pues que un acto del cuidado como es la administración de un fármaco conduce a un efecto beneficioso y a una suerte de efectos colaterales (“efecto que forma parte de la propia acción farmacológica del medicamento, pero cuya aparición resulta indeseable

en el curso de la aplicación” (30)) que, como cualquier acto en la vida, impactan en el devenir de la persona que, como se ha dicho anteriormente, por su condición de salud precisa de los mismos.

Pero, más allá de éstos, hay que profundizar en un par de factores que han modificado este análisis que trasciende la visión del cuidado como la administración de los fármacos.

El primer factor es la cronicidad de los problemas de salud, entendidos como aquellos problemas de salud mantenidos en el tiempo (37), de larga duración y por lo general de progresión lenta (38). La cronicidad ha conllevado que las personas con tratamiento farmacológico, para un problema de salud crónico determinado, hayan de incorporar los mismos a sus hábitos de vida (pues necesitarán de su efecto terapéutico como poco durante un largo periodo de tiempo), pasando así el fármaco a constituir en sí un hábito más.

El segundo es la disponibilidad de los fármacos. Dicha disponibilidad, prácticamente ilimitada en sistemas sanitarios como el español (14), ha propiciado que la población, pero sobre todo los profesionales sanitarios, hayan establecido como medida terapéutica de elección la farmacoterapia (asociada como “Determinante de la Salud” al “sistema sanitario” (39)) en detrimento de medidas



de modificación del estilo de vida (tradicionalmente conocidas como “medidas higiénico dietéticas”) que como ya apuntó Lalonde afectan en mayor medida a la situación de Salud de las personas (39) (3) (4).

Este hecho lleva a plantearse que el tratamiento farmacológico puede enmascarar un hábito de cuidado en el que, en caso de no haber sido administrado y por lo tanto no haber producido los efectos deseados para lo que es indicado, el problema de salud no se resolvería o en el peor de los casos, continuaría aumentado. Así lo demostró Fernández a propósito del enfoque terapéutico para la diabetes mellitus tipo 2 en personas con aumento de peso progresivo (40).

Entonces, ¿por qué una persona decide administrarse un fármaco (auto-meducarse)? Esta pregunta la trataremos de responder en apartados posteriores de este artículo.

No obstante, la competencia por parte de la enfermera en relación al conocimiento de los distintos “grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, los mecanismos de acción de los mismos” así como lo referente a la “utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consu-

mo” (41), se recoge en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

Una competencia implementada en los planes de estudio desde la incorporación de la disciplina enfermera a la universidad con los estudios de diplomatura (42) y en el actual Grado en Enfermería de las Universidades Españolas, en las que la asignatura de “Farmacología” es clasificada de tipo troncal y de formación básica con un total de 6 créditos ECTS (43) (44) (45). Una formación pre-gradual que en ocasiones es equiparable o incluso superior a otras disciplinas con competencia legalmente reconocida, y que es en lo cotidiano supervisado por las enfermeras, en prescripción e indicación de fármacos (46) (47).

Así pues, las enfermeras y los enfermeros adquieren la competencia, que una vez insertados en la vida laboral ponen en práctica al realizar la valoración por un lado de la persona y por otro del tratamiento prescrito, siendo responsable de verificar, dar fe (operando a modo de notario), que aquello que pone en el papel es correcto y funciona correcto. De igual manera, la enfermera posee la competencia de, una vez administrado el fármaco, valorar el efecto que este

produce en la persona que de él precisa, teniendo la capacidad de suspender su administración ante la aparición de un efecto adverso.

Por otro lado, en ocasiones se encuentran tratamientos en los que alguno de los fármacos que están prescritos no se contempla su administración de forma programada, sino que está pautado de manera “si precisa” en función de las necesidades del paciente. Ante esta situación es la enfermera que, tras la valoración del paciente, toma la decisión de administrar o no el fármaco, pasando así de ser una administradora de fármacos a gestionar los mismos.

Y es pues, esta gestión la que nos invita al siguiente punto de este artículo: la prescripción.

Cuando hablamos del concepto de prescripción en el ámbito sanitario es común relacionarlo rápidamente con la prescripción de fármacos. Pero, alejándonos de este reduccionismo aplicativo, asumamos que es algo que va más allá de la indicación de estas sustancias (a pesar de ser el tema central de este texto). En ese sentido, y adentrándonos en la profesión, prescribir es la emisión de un “criterio profesional dirigido a una persona (denominada paciente) y a quién se le practicará una acción o serie de acciones en base a un juicio clínico y terapéutico o de cuidados” (48).

Un juicio clínico que debe ser entendido no como la “creencia u opinión de algo” ni como la acción de “afirmar, previa la comparación de dos o más ideas, las relaciones existentes entre ellas” (8), sobre la situación de una persona, sino como la hipótesis que el profesional sanitario formula en relación a la valoración de la persona, dando como resultado un diagnóstico al que van asociadas una serie de intervenciones (25) (49).

Así pues, la prescripción enfermera se define como “la capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos, dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados” (48). Esta definición incorpora implícitamente la responsabilidad profesional a la hora de tomar la decisión ante un problema de salud y/o de cuidados, de aquellos servicios que prestan: el cuidado de la población.

Este hecho ha logrado que, a pesar de muchos, se haya regulado el papel de la enfermera en lo que a la prescripción de medicamentos, recuérdese fármacos, se refiere, tomando una res-

ponsabilidad profesional que va más allá de las competencias contemporáneas en el uso y administración de medicamentos: la indicación.

Este, sin embargo, no ha sido un camino políticamente sencillo en el territorio español, pasando por numerosos cambios en de 12 años. En el año 2006 con la publicación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, del 27 de julio del 2006, se recoge que “los enfermeros de forma autónoma podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación” (50). En dicha Ley, se reconocieron como únicos prescriptores a médicos y odontólogos (en el ámbito de la prescripción de medicamentos de uso humano) (51). Posteriormente, se modificó incorporando a las enfermeras como prescriptoras exceptuando aquellos medicamentos sujetos a prescripción médica (52).

Pero no fue hasta 6 años más tarde cuando se aprobó el Real Decreto 954/2015, Regulación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras (53). Un Real Decreto envuelto en polémica

ya que dictaminaba que para que una enfermera pudiera prescribir medicamentos debían cumplirse los siguientes ítems: Necesita estar acreditada para ello, necesita tutela protocolaria en medicamentos sujetos a prescripción médica, así como la guía de práctica clínica y asistencial a seguir en cada situación (53). Un Real Decreto que no solucionaba la situación de la prescripción enfermera en España, por lo que fue necesaria su modificación aprobándose el Real Decreto 1302/2018. Regulación de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras (54). En dicho Real Decreto, se recoge que “será en los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial donde deberá aparecer los supuestos específicos en los que se precisa de validación médica previa a la indicación enfermera” y se modifican los requisitos de acreditación, siendo necesaria una “experiencia mínima de un año, o en su defecto, la superación de cursos de adaptación ofrecidos por la Administración sanitaria” (54). Además, las enfermeras podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios de forma autónoma.

Así pues, y a modo de conclusión de la introducción o del estado del arte

del presente artículo, podemos afirmar que desde que se comenzaron a emplear fármacos en la atención de las personas ha sido objeto de estudio las posibles alteraciones de la salud colaterales, centradas en la perspectiva biológica y del sistema sanitario, que pueden aparecer como consecuencia secundaria del empleo de un fármaco. No obstante, son prácticamente inexistentes los estudios que se adentran en dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿cómo influyen dichos fármacos en el cuidado y en los estilos de vida de las personas, siendo este el determinante de mayor peso de la salud? He aquí la pregunta que se procurará responder en los siguientes apartados. (Para posteriores investigaciones se reservan las implicaciones ecológicas de su empleo: ese es al fin y al cabo la madre de la sostenibilidad, de la equidad y por ende del límite de cualquier industria).

## METODOLOGÍA

El estudio comenzó en agosto del año 2015 y aun continua activo en la actualidad.

Para la primera fase del mismo, se aplicó metodología deductiva con la finalidad de adquirir conocimiento mediante técnicas de extracción del conocimiento a partir de textos de relevancia.

La finalidad de esta fase era clasificar las Variables de Salud descritas y definidas en fases previas del estudio de investigación (5) con el Modelo de Calidad de Atención de Avedis Donabedian (55) (56).

Para ello por un lado se analizaron las tres dimensiones que componen dicho modelo: Estructura, proceso y resultado y por otro lado se analizaron las Variables de Salud y su definición.

Posteriormente se procedió a relacionar cada Variable de Salud con una de las Dimensiones, pudiendo estar cada Variable de Salud en una única Dimensión, pero en cada Dimensión varias Variables de Salud.

Por último y como cierre de la primera fase, se realizó técnica de educación del conocimiento con un grupo de expertos pertenecientes al Grupo de Investigación MISKC (Management about Information and Standard Knowledge of

Care) de la Universidad de Alcalá (UAH), depurando y validando la correlación.

La segunda fase del estudio consistió en establecer las relaciones existentes entre el uso de fármacos y las Variables de Salud clasificadas en la fase 1.

Igualmente, se realizó técnica de educación del conocimiento con un grupo de expertos pertenecientes al Grupo de Investigación MISKC.

Por último, se llevó a cabo una tercera fase de desarrollo del modelo de relación de la farmacoterapia del cuidado. Para ello se utilizó metodología deductiva mediante formalización del conocimiento a partir de la base de conocimientos construida en las fases anteriores. Basándonos en estudios similares (28), se depuró el modelo con expertos.

## RESULTADOS

Los resultados de este estudio se presentan en relación a las tres fases descritas en la metodología.

Fase 1: Relación de las Variables de Salud y las Dimensiones del Modelo de Calidad de la Atención de Avedis Donabedian.

La Variables de Salud (VS) han sido definidas como un conjunto de 11 variables que sirven para determinar el nivel de salud de las personas en un momento determinado (5).

Tres de ellas describen el funcionamiento: funcionamiento físico, funcionamiento mental y funcionamiento social. Las modificaciones que sufran estas variables serán de carácter temporal.

Este hecho las diferencia de otras de las tres Variables de Salud, aquellas que definen la afección física, mental y social, que si bien pueden parecer lo mismo se caracterizan porque su alteración es irreversible hoy en día, es decir, se trata de secuelas que le quedan a la persona tras un determinado proceso.

Por otro lado, encontramos el estado de comodidad y la provisión de recursos que a su vez se divide en dos variables, recursos materiales y el recurso tiempo.

Por último, se define la variable signo y la variable síntoma (5).

Una vez identificadas las VS se ha correlacionado cada una de ellas con una Dimensión del modelo de Donabedian.

Avedis Donabedian desarrolló un modelo para medir la calidad asistencial en el que se evaluaban tres dimensiones: la estructura, el proceso y el resultado, a partir de una serie de indicadores (55) (56).

El significado que dicho autor dio a cada dimensión del sistema, atendiendo al documento "La calidad asistencial en la Unión Europea" del antiguo Minis-

terio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como a Hernández Murillo, es la siguiente:

- **Estructura:** “La estructura hace referencia a los recursos, tanto humanos como físicos y monetarios” (57) que son “requeridos para asistencia sanitaria” (55).

- **Proceso:** “Serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes” (57). “La utilización de recursos en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia” (55).

- **Resultados:** “Describen los efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones, y comprende tanto resultados definitivos como resultados intermedios” (55).

Donabedian afirmó que “una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado” (55).

De esta manera puede entenderse la estructura como “la distribución o modo de estar relacionadas las distintas partes de un conjunto” (8), los recursos y cómo se organizan (58). Formarán parte

de esta dimensión aquellas Variables de Salud que conforman y caracterizan a la persona.

Por otro lado, encontramos el proceso entendido como la secuencia de fases sucesivas a lo largo del tiempo. Son aquellos medios, conjunto de circunstancias para lograr el objetivo (58).

Y, por último, el resultado, la consecuencia del proceso (58).

Así pues, se procedió a correlacionar cada una de las Variables de Salud con una Dimensión del modelo quedando de la siguiente manera (Ilustración 2):

- **Dimensión Estructura: 5 Variables de Salud**

- **Dimensión Proceso: 3 Variables de Salud**

- **Dimensión Resultado: 3 Variables de Salud**

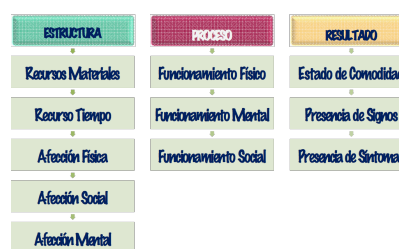


Ilustración 2: Correlación de las Variables de Salud con las Dimensiones de Avedis Donabedian. Fuente: Elaboración Propia.

## FASE 2: RELACIÓN DEL USO DE FÁRMACOS CON LAS VARIABLES DE SALUD.

El modelo clásico de indicación y uso de terapia farmacológica puede representarse lógicamente de la siguiente manera:

El tratamiento farmacológico implica la prevención, control o curación de una enfermedad; es decir, sin un proceso de alteración o riesgo de alteración de la salud de la persona el uso de fármacos carece de sentido.

Ante la ausencia de enfermedad o riesgo de padecerla no es necesario tratamiento farmacológico.

La presencia de enfermedad implica no gozar de buena salud. Asumiendo que la enfermedad y la salud se encuentran en ejes opuestos de un mismo plano.

Así pues, no padecer enfermedad implicaría tener salud.

Por lo tanto, y asumiendo las cuatro premisas anteriores, si el tratamiento farmacológico supone que el proceso de enfermedad desaparezca o disminuya, supondrá igualmente que la persona disponga de un aumento del nivel de salud.

Pero bien, esta mirada clásica se modifica si asumimos el nuevo modelo de las Dimensiones de las Variables de Salud. De esta manera, tal y como se ha asumido en la introducción de este ar-

tículo, se requiere de un acto de cuidado para que el fármaco tenga efecto sobre la persona. Así pues, el uso de fármacos podrá ir destinado hacia la Dimensión de Estructura, de Proceso o de Resultado, en diferente medida, asumiendo unas consecuencias que dicha acción tendrá sobre la persona. (Ilustración 3)

Así pues, dirigir los actos de cuidado a las Variables de Salud estructurales o de proceso, favorecerá a un mantenimiento de salud más prolongado que aquellas acciones cuyo destino este dedicado únicamente a la minimización o desaparición de la sintomatología existente, así como aumentar el estado de comodidad y satisfacción con uno mismo, es decir, a las variables de resultado.



Ilustración 3: Relación del uso de fármacos con las Dimensiones de las Variables de Salud. Fuente: Elaboración Propia.

### FASE 3: LA FARMACOLOGÍA DEL CUIDADO.

La salud, como recurso que es de la misma, forma parte de la vida de las personas (59). Son muchos los autores que defienden la teoría de que las personas gozan de un estado de salud en función de cómo es su cuidado (24) (2) (4). Por ello, se debe tener en cuenta la intención y el objetivo del uso de los fármacos, asumiéndolos como un acto de cuidado más, que repercutirá de manera directa en los hábitos y estilos de vida de las personas y por ende en su salud.

Desde esta afirmación es evidente que el tratamiento farmacológico implicará un cambio en el cuidado de las personas, y como ya es conocido este cuidado, que se sustancia en un estilo de vida (23), un determinante de la salud según los postulados de Lalonde (39), tal y como se ha expuesto con anterioridad.

Por todo lo expuesto anteriormente, queda demostrado que, si el uso de fármacos afecta a los estilos de vida, y estos son considerados el determinante de la salud más influyente en la salud de las personas (60), la salud se verá, por tanto, afectada por su empleo.

De esta manera, la farmacología del cuidado debe tener en cuenta por un lado el fármaco de elección en relación directa con el cuidado de elección, del cual forma parte, ante un determinado

proceso; siendo preciso determinar su tipología y dosis según un modelo de persona descrito a través de Variables Básicas del Cuidado (4).

Bajo estos resultados, se resuelve que el hábito afecta a la farmacodinamia, “a las acciones de los fármacos, así como de los efectos que estos producen en el organismo” (29), debido a que en función de la persona como ser único e individual (4) y su relación con el entorno condicionará la dosis. Así mismo la farmacodinamia también se podrá ver afectada en el caso de que una misma persona precise, por sus características y condición de salud, más de un medicamento.

Por ello, la prescripción en el cuidado debe ir precedida siempre por un diagnóstico, una hipótesis que, en función de la persona, de la indicación terapéutica y de su posibilidad fáctica será determinada mediante triangulación (61).

Un cuidado terapéutico que ha de ser dirigido siempre hacia el beneficio, hacia aquello que se quiere evitar, teniendo siempre presente el riesgo, la afectación que no buscamos.

Y es que, la indicación terapéutica de fármacos debería siempre implementar el impacto de la misma en el contexto del cuidado, considerando las consecuencias de dicha terapia sobre la capacidad y las necesidades de las perso-



nas más allá de como un efecto desconocido o, en el mejor de los casos, como un efecto secundario.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, decir que existen mecanismos intrínsecos, conocidos como mecanismos de regulación fisiológicos (62), encargados de regular características internas del organismo frente a la variabilidad del entorno y así como ante problemas o alteraciones de la salud (62) (63). Pero, además, contamos con un conjunto de recursos extrínsecos a la persona, como es en el caso que nos ocupa, la farmacoterapia.

En relación a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede decir que no se han encontrado estudios significativos que relacionen la farmacoterapia en correlación con su impacto sobre el cuidado y su modificación. Pero si se han encontrado literatura bajo el paradigma de ciertas disciplinas sanitarias, que definen la farmacología como la ciencia que estudia los fármacos entendiendo a estos como aquellos destinados a la actividad preventiva, diagnóstica o terapéutica de un proceso de salud, centrado en la funcionalidad del cuerpo (64) (29) (20).

Por otro lado, a tenor de esta investigación, y basándose en las investigaciones de otros autores, la salud es

concebida como la “fuente de riqueza de la vida” (1). Esto es pues una concepción positiva que apuesta por la definición de la salud como el recurso necesario e indispensable de cada persona, del cual dispone para seguir viviendo (4).

Un seguir viviendo dirigido, y marcado, por la forma de existir de cada individuo, por su forma de cuidado. Y es aquí donde, atendiendo a estudios de Santamaría García y Fernández Batalla, entra en auge el motor generador, la máquina que hace que los engranajes de la vida giren, el cuidado (27) (25) (4).

Definiéndose el cuidado como función inherente a la persona y de la cual la salud es resultado (4).

Por un lado, la formalización de la salud y la descripción de las Variables de Salud (5) ha dado paso a la correlación de las mismas con el Modelo de Calidad de Avedis Donabedian, permitiendo dar forma y dimensionar la salud de las personas.

Por otra parte, una vez definidas las tres dimensiones (de estructura, de proceso y de resultado), y desde el plano de la toma de decisión en cuidado (65), el modelo descrito en este artículo permitirá aproximarse a definir los modos de actuar a la hora de dirigir los actos de cuidado y así poder predecir potenciales consecuencias en el nivel de salud ligados al empleo de la farmacoterapia.

Además, existen estudios acerca de este uso operativo de la salud, en los que, mediante la relación de las Variables de Salud con etiquetas de la clasificación de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification), permite determinar el nivel de la salud de las personas (5). Esto permitirá poder medir el impacto que tiene en la salud de las personas el propósito de la indicación de un fármaco, así como sus efectos una vez administrado al individuo.

Los resultados alcanzados a lo largo de las distintas fases de la investigación han dado lugar a un replanteamiento del modelo tradicional de la terapéutica farmacológica. En primer lugar, este estudio replantea el uso de fármacos más allá del tratamiento de un determinado problema de salud.

Con la aprobación de la prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras, entra en vigor la responsabilidad clínica, la cual va más allá de los “cinco pasos correctos” para administrar un determinado fármaco (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta y la hora correcta) (29) (66) (67). Un modo de actuar en el que el papel de la enfermera se limitaba a los procesos de administración (29) y abre paso a una prescripción centrada en la persona, en su cuidado y por lo

tanto en aquellos mantenidos en el tiempo, su hábito.

En segundo lugar, al demostrar que la administración de fármacos es un acto de cuidado más, al igual que hidratarse o asearse (24), que la persona puede hacer hacia si misma (autocuidado) o bien dirigir ese cuidado hacia otra persona (cuidado al otro) (25) (27) permite establecer el objetivo y propósito de dicho acto de cuidado. Así, se podrá determinar en qué ocasiones la indicación y administración del fármaco va dirigida hacia las variables de estructura, variables de proceso o a las variables de resultado. El modelo descrito en este artículo demuestra que existe una relación entre la indicación, uso y administración de los fármacos con las dimensiones de la salud, y este hallazgo favorecerá al desarrollo de programas de adecuación en la indicación farmacológica.

De esta manera, se podrá establecer el impacto que tiene el tratamiento farmacológico sobre los hábitos de cuidado de las personas, en sus estilos de vida, así como la repercusión en su nivel de salud: y sus consecuentes costes (utilidad, beneficio, económico...)

Este artículo demuestra una nueva forma de entender y atender la indicación (prescripción y uso) de lo que a fármacos se refiere, produciendo un viraje del “Cuidado Farmacológico contem-

poráneo” hacia la “Farmacología del Cuidado”.

## **AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN**

Esta investigación no ha sido financiada por ninguna entidad pública ni privada.

**BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Organización Mundial de la Salud, «Carta de Ottawa para la promoción de la salud,» Ginebra, 1986.
- (2) S. Herrero Jaén, *Formalización del Concepto de Salud: Base Teórica en la Terapia Farmacológica del Cuidado*, Alcalá de Henares, 2016.
- (3) S. Herrero Jaén, «Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud,» *Ene*, vol. 10, nº 2, 2016.
- (4) M. Fernández Batalla, *La persona en el continuo del cuidado: Formalización de las Variables Básicas del Cuidado implicadas en la trayectoria de salud*, vol. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá, 2018.
- (5) S. Herrero Jaén y L. Madariaga Casquero, «Las Variables de Salud y su aplicación en el cálculo del estado de salud de las personas,» *Ene*, vol. 12, nº 3, 2018.
- (6) L. Salleras Sanmartí, *Educación Sanitaria*, Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1990.
- (7) M.-F. Collière, *Promover la Vida*, Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1993.
- (8) Real Academia Española, «Real Academia Española,» 2019. (En línea). Available: <http://www.rae.es/>. (Último acceso: 5 Febrero 2016).
- (9) A. Donabedian, *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, Fondo de Cultura Económica, 1989.
- (10) M. Usandizaga, *Manual de la Enfermera y del Practicante*, Madrid, 1964.
- (11) B. Lorenzo-Velázquez y P. Lorenzo Fernández, *Farmacología Básica y Clínica*, 18 ed., Madrid: Médica Panamericana, 2009.
- (12) P. M. Aristil, *MANUAL DE FARMACOLOGÍA BÁSICA Y CLÍNICA*, Sexta ed., México D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 2015.
- (13) Organización Mundial de la Salud, «Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia,» Ginebra, 1969.
- (14) Boletín Oficial del Estado, «Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios,» 2015. (En línea). Available: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>.
- (15) Organización Mundial de la Salud, «Principios Aplicables al Estudio Preclínico de la Inocuidad de los Medicamentos,» Ginebra, 1966.
- (16) O. M. d. I. Salud, «Organización Mundial de la Salud,» 2016. (En línea). Available: ¿Cómo define la OMS la salud?. (Último acceso: 1 Febrero 2016).
- (17) Organización Mundial de la Salud, «El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos,» 2017. (En línea). Available: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/es/>.
- (18) Instituto Nacional de Estadística, «Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Población de 0 y más años,» 2019. (En línea). Available: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p04/10/&file=04167.px>.
- (19) Instituto Nacional de Estadística, «Consumo de medicamentos no recetados (automedicación) en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Población de 0 y más años,» 2019. (En línea). Available: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p04/10/&file=04177.px>.
- (20) A. Hernández Chávez, *Farmacología General. Una guía de estudio*, Mc Graw Hill Education, 2014.
- (21) V. Baos Vicente, «Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación,» *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, vol. 24, nº 6, pp. 147-152, 2000.
- (22) Organización Mundial de la Salud, «El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación,» 1998. (En línea). Available: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.1.html>.
- (23) L. Madariaga Casquero, S. Herrero Jaén, B. Gonzalo de Diego y A. Cercas Duque, «Del Acto al Hábito: una nueva mirada en la construcción del Cuidado,» *Ene*, vol. 12, nº 2, 2018.
- (24) D. Orem, *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica*, Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
- (25) J. M. Santamaría García, *Investigación Deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del autocuidado según el modelo de Dorothea Orem*, Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, 2008.
- (26) Máster Universitario en Gestión y aplicación del conocimiento del autocuidado en enfermería, *Nuevas demandas en la gestión del autocuidado: repercusión en el proceso administrativo y su impacto en la economía de la salud*, Universidad de Alcalá, 2016.
- (27) J. M. Santamaría García, M. L. G. S. L. A. Jiménez Rodríguez, A. Arribas Cachá y e. al., *Notas sobre el cuidado: ¿por qué es y cómo es?*, Departamento de Metodología. FUDEN, 2010.
- (28) M. Fernández Batalla, E. Monsalvo San Macario, A. González Aguña y J. M. Santamaría García, «Diseño de un método de análisis para el cálculo de la vulnerabilidad como predictor de la fragilidad en salud,» *Ene*, vol. 12, nº 1, 2018.

- (29) B. Somoza Hernández, M. V. Cano González y P. Guerra López, *Farmacología en Enfermería. Casos clínicos*, Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2012.
- (30) J. Flórez Beledo, J. A. Armijo Simón y Á. Mediavilla Martínez, *Farmacología Humana*, Sexta ed., Barcelona: Elsevier Masson, 2014.
- (31) Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, «PROSPECTO AUGMENTINE 500 MG/125 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA,» (En línea). Available: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/81482/P\\_81482.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/81482/P_81482.html).
- (32) Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, «PROSPECTO NOLOTIL 575 mg CAPSULAS DURAS,» (En línea). Available: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/47633/P\\_47633.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/47633/P_47633.html).
- (33) Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, «PROSPECTO TRYPTIZOL 10 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA,» (En línea). Available: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/51064/P\\_51064.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/51064/P_51064.html).
- (34) VADEMECUM, «VADEMECUM,» (En línea). Available: <https://www.vademecum.es/principios-activos-diazepam-n05ba01>.
- (35) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, «Ficha Técnica Polaramine,» 2019. (En línea). Available: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/31195/FichaTecnica\\_31195.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/31195/FichaTecnica_31195.html).
- (36) Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios, «Prospecto Adiro 100,» 2019. (En línea). Available: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62825/Prospecto\\_62825.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62825/Prospecto_62825.html).
- (37) B. Gonzalo de Diego, «Los problemas de salud crónicos en las personas: un análisis del impacto desde la agencia y la demanda de autocuidado,» *Ene*, vol. 10, nº 2, 2016.
- (38) Organización Mundial de la Salud, «Temas de Salud: Enfermedades Crónicas,» (En línea). Available: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/).
- (39) M. Lalonde, «A New Perspective on the Health of Canadians,» Canada, 1981.
- (40) M. Fernández Batalla, J. M. Santamaría García, J. L. Gómez González, E. Monsalvo San Macario, B. Gonzalo de Diego y S. Herrero Jaén, «Therapeutic Approach to Diabetes Mellitus Type 2 in People with Progressive Weight Gain: A Unique Case Study (Ucs),» *biomedical journal of scientific & technical research*, vol. 1, nº 2, 2017.
- (41) Boletín Oficial del Estado, «ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero,» 2008.
- (42) M. d. C. Sellán Soto, *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea*, FUDEN, 2010.
- (43) Universidad de Alcalá, «Grado en Enfermería. Asignaturas,» (En línea). Available: <https://www.uah.es/es/estudios/estudios-oficiales/grados/asignaturas/index.html?codPlan=G209>.
- (44) Universidad de Salamanca, «Plan de estudios 2019 Grado en Enfermería,» (En línea). Available: [https://www.usal.es/files/grados/planes/planes\\_estudios\\_2019\\_y\\_2010\\_enfermeria.pdf](https://www.usal.es/files/grados/planes/planes_estudios_2019_y_2010_enfermeria.pdf).
- (45) Universidad Europea, «Grados Medicina y Salud,» (En línea). Available: <file:///C:/Users/sara/Downloads/grado-en-enfermeria-uem-01t0-Y000005ap6XQAAQ-es.pdf>.
- (46) Universidad de Salamanca, «Plan de estudios en Odontología,» (En línea). Available: [https://www.usal.es/files/grados/planes/plan\\_estudios\\_odontologia\\_modmarzo2019.pdf](https://www.usal.es/files/grados/planes/plan_estudios_odontologia_modmarzo2019.pdf).
- (47) Universidad Complutense de Madrid, «Grado en odontología,» (En línea). Available: <https://www.ucm.es/odontologiagrado/estructura-del-plan>.
- (48) Consejo General de Enfermería, Marco referencial para la prescripción Enfermera.
- (49) T. Healthier Herdman y S. Kamitsuru, *Diangósticos Enfermeros. Definiciones y clasisificación 2018-2020*, Elsevier, 2019.
- (50) Boletín Oficial del Estado, «Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios,» 2006.
- (51) S. Fernández Molero, I. Lumillo Gutiérrez, A. Brugués Brugués, A. Baiget Ortega, I. Cubells Asensio y N. Fabrellas Padrés, «Prescripción enfermera: análisis de concepto,» *Atención Primaria*, vol. 51, nº 4, 2018.
- (52) Boletín Oficial del Estado, «Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios,» 2015.
- (53) Boletín Oficial del Estado, «Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros,» 2015.
- (54) Boletín Oficial del Estado, «Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el R.D. 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros,» 2018.
- (55) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA,» (En línea). Available: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnual-SNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>.
- (56) Á. Net y R. Suñol, «LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN,» Octubre 1999. (En línea). Available:

[http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/ro-sa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/ro-sa_sunol.pdf). (Último acceso: 2016).

(57) R. Hernández Murillo, «Reseña de "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" de Donabedian A.» Salud Pública de México, vol. 32, n° 2, pp. 248-249, 1990.

(58) R. Suñol y A. Donabedian, «Calidad Asistencial,» Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, vol. 16, n° 1, pp. 10-27, 2001.

(59) V. Gavidia y M. Talavera, «La construcción del concepto de salud,» Didácticas de las Ciencias Experimentales y Sociales, n° 26, pp. 161-175, 2012.

(60) G. E. Alan Dever, «An Epidemiological Model For Health Policy Analysis,» 29 Septiembre 1975. (En línea). Available: <http://download.springer.com/s t a t i c / p d f / 7 3 / art%253A10.1007%252F00303847.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2F00303847&token2=exp=1464791755~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F73%2Fart%25253A10.1007%25252F00303847.pdf%3ForiginUrl%3Dh>. (Último acceso: Mayo 2016).

(61) A. González Aguña y M. L. Jiménez Rodríguez, «La Triangulación Diagnóstica del Cuidado: técnica deductiva para identificar juicios clínicos enfermeros implícitos en fuentes documentales,» Ene, vol. 12, n° 3, 2018.

(62) D. U. Silverthorn, Fisiología Humana. Un enfoque integrado, Editorial Médica Panamericana, 2019.

(63) J. Tresguerres, Fisiología Humana, McGrawHill, 2005.

(64) J. Florez, J. A. Armijo y Á. Mediavilla, Compendio de farmacología humana, EUNSA Ediciones Universidad de Pamplona S.A., 1983.

(65) M. Fernández Batalla, L. Jiménez Rodríguez, J. M. Santamaría García, J. L. Gómez González, A. González Aguña y E. Monsalvo San Macario, «CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO: ACERCAMIENTO DESDE LA VACUNACIÓN,» Ene, vol. 9, n° 3, 2015.

(66) D. Odnicki da Silva, C. Renata Groul, A. Inocenti Miassoll y S. H. De Bortoli Cassiani, «Preparación y administración de medicamentos: análisis de cuestionamientos e informaciones del equipo de enfermería,» Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 15, n° 5, 2007.

(67) J. Mitjà, «Enfermería Blog,» (En línea). Available: <http://enfermeriablog.com/farmacologia/>.