



**FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**

**Aspectos Profesionales, Éticos y Económicos sobre la
Prescripción y Dispensación de Medicamentos**

En el Discurso de Médicos y Químicos Farmacéuticos de la V Región de
Valparaíso

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada en Sociología y

Título Profesional de Socióloga

ADRIANA PATRICIA MARÍN TORO

Profesor Guía:

Jorge Chuaqui Kettlun

2011

Dedicada a Guillermo Javier,

María Ercilia y Guillermo Alonso

AGRADECIMIENTOS

A *Dios* las gracias por terminar una etapa importante de formación académica, que en cada uno de sus momentos tiene historias particulares y encuentros con personas que de algún modo se hacen parte al finalizar este importante recorrido de aprendizaje. Gracias a todos ellos y ellas.

A mis *padres*, a mi *hermano* por su amor, paciencia y apoyo invaluable, a ellos va dedicada esta tesis.

A los profesores de la Carrera de Sociología de la Universidad de Valparaíso, en particular a mi profesor guía *Jorge Chuaqui* por su respaldo al llevar a cabo esta investigación y quien creyó en este proyecto desde los inicios. A la profesora *María Angélica Cruz* por las oportunidades de crecer académicamente y por enseñarme acerca de la seriedad y rigurosidad del trabajo sociológico y al profesor *Antonio Ávila*, por su continua generosidad.

A los participantes de esta investigación *médicos y químicos farmacéuticos* mi gratitud por su disposición y amabilidad en la entrega de su tiempo para poder llevar a cabo este estudio.

Y finalmente a los amigos y compañeros de carrera y de camino: *Constanza, Catalina, Carlos, Gian Franco, Mikaela, Ruby*, porque hicieron de este proceso, a veces difícil y pedregoso, un recorrido lleno de detalles que alentaron el poder terminar este trabajo.

RESUMEN EJECUTIVO

El consumo, está incrustado en todos los mecanismos de la vida, incluyendo la salud. En ese sentido los medicamentos son un ejemplo de un objeto de consumo usado cotidianamente por la población chilena, lo que hace necesario una vigilancia política y social al respecto. La presente investigación dialoga en relación a esta temática a partir de los discursos de médicos y químicos farmacéuticos, como profesionales que participan de la construcción de necesidades en el uso de medicamentos, por medio de la prescripción y la dispensación de fármacos a los usuarios respectivamente. Las decisiones profesionales en este sentido, no son tomadas como un discurso neutral, sino que en ellos existe una dimensión social de los saberes técnicos, es decir, donde se intercalan intereses de las instituciones a las cuales forman parte, el éxito profesional en términos individuales, racionalidades pecuniarias por sobre sanitarias, que en ocasiones, incentivan una cultura que facilita el consumo de medicamentos más que lo restringe, sumado al valor simbólico que poseen los fármacos como síntesis tecnológica, hacen de este elemento un objeto de análisis importante de ser relevado en lo social, pues los fines pocos claros sobre su consumo son absolutamente cotidianos. Situación en la que se considera que las profesiones forman parte de un proyecto socioeconómico y sociopolítico particular, pero que no por ello son sujetos incapaces de realizar algún cambio al respecto, puesto que en sí mismos poseen un prestigio social por el hecho de ser profesionales que los legitima como una voz creadora de cultura.

Palabras Clave: consumo, medicamentos, profesionales médicos y químicos farmacéuticos, ética

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	- 8 -
CAPÍTULO UNO: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	- 12 -
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	- 12 -
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	- 19 -
1.3 OBJETIVOS	- 19 -
1.3.1. <i>General</i>	- 19 -
1.3.2. <i>Específicos</i>	- 19 -
1.4 RELEVANCIAS.....	- 20 -
1.4.1. <i>Teórica</i>	- 20 -
1.4.2. <i>Práctica</i>	- 20 -
CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO.....	- 22 -
2.1. ASPECTOS ECONÓMICOS EN EL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS	- 22 -
2.2. ASPECTOS PROFESIONALES EN EL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS.....	- 31 -
2.3. ASPECTOS ÉTICOS EN PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS.-	39 -
2.4. CONSUMO DE MEDICAMENTOS	- 45 -
CAPÍTULO TRES: MARCO METODOLÓGICO.....	- 49 -
3.1. TIPO DE ESTUDIO	- 49 -
3.2. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	- 49 -
3.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	- 50 -
3.3.1. <i>Universo</i>	- 50 -
3.3.2. <i>Muestra</i>	- 50 -
3.3.2.1. Trabajo de campo	- 51 -
3.3.2.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra.....	- 52 -
3.4. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS.....	- 53 -
3.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	- 54 -

3.6. CALIDAD DEL DISEÑO.....	- 55 -
3.7. CONDICIONES ÉTICAS	- 56 -
CAPÍTULO CUATRO: RESULTADOS	- 58 -
4.1. CONTEXTO DE LOS MEDICAMENTOS EN CHILE: INTRODUCCIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN EL PAÍS.....	- 58 -
4.2. CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS EN CHILE.....	- 60 -
4.3. PROBLEMAS SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS EN CHILE, SEGÚN EL DISCURSO DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS.	- 62 -
4.3.1 <i>Automedicación.....</i>	<i>- 62 -</i>
4.3.2 <i>Responsabilidad Profesional.....</i>	<i>- 69 -</i>
4.4. PROFESIONALES: PODERES CLAVES.....	- 71 -
4.4.1. <i>Médicos</i>	<i>- 72 -</i>
4.4.1.1. Prescripción de Medicamentos: La valoración de la tecnología como recurso terapéutico.....	- 72 -
4.4.1.2. Médico Recetador: Definición del éxito profesional	- 76 -
4.4.1.3. Decisiones sobre la prescripción de medicamentos: particularidades en el sector público	- 80 -
4.4.1.4. Decisiones sobre la prescripción de medicamentos: particularidades en el sector privado.....	- 84 -
4.4.2. <i>Químicos Farmacéuticos</i>	<i>- 94 -</i>
4.4.2.1 Dispensación de medicamentos: definición profesional del químico farmacéutico. Dicotomías entre un deber y un hacer profesional.	- 94 -
4.4.2.2. <i>Particularidades del sector privado: contexto general de la profesión y la dispensación de medicamentos en las farmacias de cadena</i>	<i>- 100 -</i>
4.4.2.3. Crisis sobre la identidad profesional de los químicos farmacéuticos	- 105 -
4.4.2.4. (De) Formación profesional	- 108 -
4.4.2.5. Entre la legalidad y la ilegalidad legítima en las farmacias de cadena...	- 110 -
4.4.3. <i>Relaciones entre ambas profesiones</i>	<i>- 116 -</i>
4.4.3.1. Relaciones entre ambas profesiones: sector privado	- 116 -
4.4.3.2. Relaciones entre ambas profesiones: sector público.....	- 122 -
4.4.3.3. Caso del cáncer	- 128 -
CAPÍTULO CINCO: CONCLUSIONES	- 131 -
LISTA DE REFERENCIAS.....	- 140 -
ANEXOS	- 145 -

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1	
Muestra médicos y químicos farmacéuticos, según sector de la salud.....	53
Cuadro N°2	
Estructura de tipo de productos de medicamentos, según unidades de venta y valores (en %). Año 2002.....	58
Cuadro N°3	
Ejemplos alusivos sobre la automedicación en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos.....	63
Cuadro N°4	
Tipos de Automedicación: discursos alusivos de médicos y químicos farmacéuticos.	67
Cuadro N°5	
Grupo FONASA según renta.	80
Cuadro N°6	
Población según sistema previsional de salud. CASEN 2009	81
Cuadro N°7	
Posiciones discursivas de los médicos del sector público en relación a la calidad de los medicamentos.....	82
Cuadro N°8	
Dimensión social en los saberes técnicos: La elección de un medicamento por sobre otro.	92
Cuadro N°9	
Éxito profesional de los químicos farmacéuticos en las farmacias de cadena y lealtades divididas con la institución, el cliente y la profesión.....	103
Cuadro N°10	
Químicos Farmacéuticos y su relación con la formación profesional.....	108
Cuadro N°11	
Subjetividad ética en prácticas de venta de los auxiliares de farmacia y el incentivo a la venta de productos para los auxiliares de farmacia.	112

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXO 1..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

PAUTA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS..... **¡Error! Marcador no definido.**

Médicos **¡Error! Marcador no definido.**

Químicos Farmacéuticos **¡Error! Marcador no definido.**

ANEXO 2..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ESQUEMA DE ANÁLISIS..... **¡Error! Marcador no definido.**

I MEDICAMENTOS **¡Error! Marcador no definido.**

II PROFESIONALES..... **¡Error! Marcador no definido.**

III. PROFESIÓN: MÉDICOS..... **¡Error! Marcador no definido.**

IV. PROFESIÓN: QUÍMICOS FARMACÉUTICOS **¡Error! Marcador no definido.**

PRESENTACIÓN

Los medicamentos son un objeto complejo de ser estudiado cuando se realiza una lectura desde las ciencias sociales, y en particular desde la sociología, hay que considerar que se está frente a un fenómeno ajeno del lenguaje cotidiano de la disciplina formadora, en el que prevalecen conceptos químicos y biológicos de difícil comprensión desde esta vereda de las ciencias. Pero a su vez, y como supuesto desde el cual se basa la presente investigación, **los medicamentos poseen una lectura de tipo social**. En el caso de Chile, el aumento de las expectativas de vida como el envejecimiento poblacional, han involucrado cambios en las características demográficas del país, lo que a su vez ha traído sustantivas implicancias sanitarias donde existe un aumento de enfermedades crónicas y por tanto en el uso y gastos relacionados a los medicamentos. Al mismo tiempo, los fármacos se sitúan como un elemento importante para dar solución a diversas enfermedades y situaciones que las personas viven de manera cotidiana. Cabe mencionar que en el país existen problemáticas relacionadas al uso de medicamentos, como la automedicación y el sobre consumo de estas sustancias.

La presente memoria de pregrado, por su parte, realiza una lectura en el contexto de esta situación para referirse a los **aspectos profesionales, económicos y éticos en la prescripción y dispensación de medicamentos**. Para este objetivo se decidió trabajar desde los discursos de los profesionales que se relacionan con la prescripción y dispensación de fármacos: médicos y químicos farmacéuticos respectivamente, de la V Región de Valparaíso, haciendo la distinción entre un contexto de carácter **público** y uno de carácter **privado** de la salud. Se constituye de esta manera un estudio de tipo cualitativo, en el que se llevaron a cabo 19 entrevistas semi-estructuradas, además se trata de una investigación de tipo exploratoria, por lo que una de sus intenciones es el dejar abierta la argumentación para futuras investigaciones.

Como estrategia teórica, la lectura sociológica fue realizada desde los conceptos aportados por la **sociología de las profesiones** en relación al significado del *éxito profesional* en las actuales sociedades occidentales, las *relaciones de lealtad con las instituciones de las cuales forman parte* y la *relativa autonomía profesional y soberanía sobre sus conocimientos aplicados en la entrega de sus servicios a la población*. Último término que a su vez *relaciona a la profesión con la sociedad*, y es en este sentido que se han considerado algunas de las reflexiones realizadas por autores que observan desde la **bioética** al explorar los problemas derivados de la medicina, en la indagación sobre cómo los *profesionales enfrentan los problemas valóricos de sus prácticas cotidianas*, en la que se abordó una interpretación crítica de las mismas al considerar que los medicamentos son un objeto de consumo habitual de los ciudadanos y por tanto se pretendió dar una mirada “develadora” de esta realidad social.

Por último, al considerar a los medicamentos como un objeto de consumo, se tomó en consideración para la lectura de este problema específico algunos aportes teóricos provenientes de la **sociología del consumo**, considerando la situación en la que se *incentiva la adquisición y el uso de medicamentos* por parte de la población, desde diferentes actores e instituciones sociales, en la que existe una *producción y reproducción de desigualdades, abusos en el mercado que los comercializa* y por tanto se hace necesaria una vigilancia política y social al respecto.

Para la presentación de la investigación se ha distribuido el contenido en cuatro capítulos. El primero de ellos, hace alusión a la formulación y construcción del problema a investigar, la pregunta de investigación y los objetivos que guiaron la tesis, como también aquí se encuentran las relevancias teóricas y prácticas del estudio.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico en base a la revisión bibliográfica realizada, en él se exponen los principales conceptos y teorías que permitieron dar lectura al problema de investigación, el cual se resume en tres aspectos: *profesionales, económicos y éticos*.

En el tercer capítulo se encuentra el marco metodológico que aborda las decisiones técnicas para llevar a cabo la investigación y un cuarto capítulo en el que se exponen los resultados, divididos en la presentación de un marco general sobre la situación de los medicamentos en Chile, para luego reflexionar en relación a las dos profesiones que son parte de este estudio: médicos y químicos farmacéuticos, según el sector de la salud que corresponda – sector público y privado-.

En último lugar, se exponen las conclusiones y reflexiones finales para esta investigación en torno a la respuesta de los objetivos planteados.

CAPÍTULO UNO: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A mediados del Siglo XX, denominado por el historiador Eric Hobsbawm (2002) como la *edad de oro* del Capitalismo posee como uno de sus fenómenos socioeconómicos característicos la internacionalización de los mercados y que en nuestros días ha alcanzado tal grado que se le conoce con el concepto de *globalización*, entendido como la profundización de mecanismos mercantiles (Alonso, 2004).

Una de las primeras industrias en romper fronteras y en transformar social y culturalmente el mundo occidental luego de la Segunda Guerra Mundial, es la perteneciente al campo de la química y la farmacología. Quizás uno de los ejemplos más característicos es la introducción de los antibióticos cuyos efectos sociales fueron visibles de manera inmediata con el cambio en la faz demográfica de los denominados países del tercer mundo, debido que atacaba eficazmente enfermedades de tipo infecciosas. Los cambios culturales llegaron unas décadas más tarde y se hicieron sentir en la revolución sexual de los años '60 y '70 por el uso de este fármaco y la píldora anticonceptiva (Hobsbawm, 2002).

El desarrollo de medicinas es un elemento tecnológico importante dentro del campo de la salud (López, 2005), en específico para el tratamiento en la prevención, interrupción o modificación de enfermedades propias del ser humano. Desde este punto de vista los fármacos poseen la connotación de ser elementos de bienestar, salud y curación. Pero al mismo tiempo se podría cuestionar estas premisas, ya que no necesariamente corresponden a un orden natural o son ahistóricas, sino que nacen dentro de un contexto social particular (Barajas, 2000). Hoy en día discutir sobre el mercado que envuelve a los medicamentos y en particular sobre los fármacos, posee una mirada escéptica, debido a las implicancias éticas que significa una empresa que realiza negocios sobre necesidades humanas, posicionando al medicamento social y culturalmente como un objeto mercantil más que como un "*bien social*" orientado a las personas y la recuperación o estabilización de su salud, lo que trae

como consecuencias la presencia de ciertas prácticas cuestionables de los actores sociales involucrados estrechamente en el uso de medicamentos.

En la actualidad la industria farmacéutica genera ganancias anuales por sobre los 466 billones de dólares (ASILFA, 2006), más que el PIB de muchos de los países en vías de desarrollo y como afirma la socióloga inglesa Joan Busfield (en Brown, 2008) el consumo de medicamentos prescritos en sociedades avanzadas es un fenómeno que se produce a gran nivel y que ha crecido de manera continua a través del tiempo.

Por su parte, Chile es uno de los países en América Latina que más medicamentos consume -en relación a unidades vendidas- por habitante. En los últimos 5 años las cifras lo han ubicado en el tercer lugar detrás de Uruguay y Venezuela respectivamente (ASILFA, 2006). Según datos del año 2004, se facturaron en el mercado nacional más de 600 millones de dólares, lo que corresponde a cerca de 200 millones de unidades fármacos (SERNAC, 2006).

El lugar en el que habitualmente se comercializan estos medicamentos en Chile es en específico el mercado farmacéutico, caracterizado por grandes cadenas de farmacias y concentrado en tres actores principales: *Ahumada*, *Cruz Verde* y *Salcobrand*. Estas empresas son reflejo de un juego de marketing con la salud, en el que se incluyen estrategias de negociaciones con laboratorios; cambios de formatos en la farmacia tipo *drugstore*, donde no sólo los medicamentos son los productos protagónicos, puesto que con ellos conviven otros tipos de objetos como cosméticos, juguetes y golosinas; además de alianzas con las principales casas comerciales del país para el pago con tarjetas de crédito; y así mismo, la retención de clientes mediante tarjetas del adulto mayor, y acumulación de puntos para lograr distintos beneficios (SERNAC, 2006).

Si los medicamentos fueran un bien de consumo como cualquier otro, estos datos no tendrían una mayor relevancia. Pero los fármacos poseen una relación directa con las personas, implican un gasto relevante en cuanto a insumos médicos del cual algunos, incluso, dependen de ellos para conservar su salud y la vida (Angell, 2006). En tal sentido, es preciso comprender al fármaco tanto como un objeto asociado a leyes de oferta y

demanda, donde es un producto presentado por medio de la publicidad, que posee un nombre, una marca, es decir, un objeto mercantil y de *consumo* (Barajas, 2000). Entendiendo a este último concepto como un aspecto que atraviesa todo el enjambre social, incluidos los campos más sensibles como lo es la salud (Alonso, 2004). Pero que al mismo tiempo, obedece a una cierta producción social de significados en los que interactúan diferentes actores con mecanismos por los cuales tienen y poseen legitimidad para decidir sobre el uso, la medicación, la dosis, el tipo de fármaco a utilizar, entre otros. Y son ellos a quienes se ha escogido como objeto del presente análisis, en concreto por medio de las decisiones tomadas por los profesionales a la hora de emitir un medicamento considerando el proceso de prescripción realizado por los médicos y la dispensación de fármacos realizado por los químicos farmacéuticos.

Para describir esta situación se ha optado por diferenciar dos contextos: uno de carácter público, entendido como los *hospitales* – tanto de los Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota como de Valparaíso-San Antonio-, dado que en este lugar existe un espacio común de trabajo por parte de ambos profesionales, aunque no por ello de encuentro, a la hora de prescribir y dispensar medicamentos para los sujetos receptores; y un contexto de carácter privado, en el que se consideró a las *consultas privadas de médicos*, como a las *farmacias de las grandes cadenas* en la que se desempeñan *químicos farmacéuticos como jefes técnicos de estas instituciones*, suponiendo que en ambos lugares se podrían encontrar aspectos explícitos sobre los intereses económicos que envuelven las decisiones profesionales sobre el uso de medicamentos por parte de la población. Como se puede constatar existe una clara intención comparativa con el objeto de vislumbrar los diferentes discursos como intereses en cuanto a los aspectos económicos, pero además, los aspectos profesionales y éticos implicados en la prescripción y dispensación de medicamentos que realizan dichos sujetos

En Chile, la relación entre mercado farmacéutico y sociedad se ha visto deteriorada en los últimos años por haber traspasado límites éticos en cuanto a sus funcionamientos. Tal fue el caso presentado por los medios de comunicación nacional durante el año 2008 de las

denominadas -en jerga farmacéutica- “canelas” las cuales correspondían a estímulos económicos a los dependientes de las farmacias al ofrecer medicamentos que significaban una mayor renta utilitaria a la empresa. Otra de las situaciones que han malogrado esta relación, fue la confirmación pública de la colusión de precios entre las grandes cadenas farmacéuticas presentes en el país por la Fiscalía Nacional Económica durante el año 2009.

Dadas las condiciones que anteceden, el Colegio de Químico Farmacéutico de Chile como organismo ha publicado de manera oficial reflexiones en referencia a los cuestionamientos realizados por los medios de comunicación, el parlamento y la sociedad civil en general, sobre el medicamento en sus aspectos éticos, profesionales, técnicos y comerciales (Bernardi et al., 2008). Según los datos entregados por la institución, los profesionales químicos farmacéuticos son en su mayoría empleados de las tres grandes cadenas farmacéuticas. En ellas: “Los farmacéuticos son contratados para cumplir con la reglamentación vigente y realizar labores, a veces, ajenas a su profesión; bajo la dirección de agentes comerciales cuyo interés es la utilidad comercial y el marketing. Quien no se somete a las reglas es despedido” (Bernardi et al., 2008, p. 1).

La discusión sobre los medicamentos y el mercado farmacéutico contempla lineamientos temáticos importantes según la percepción de este organismo para comprender esta problemática, entre los cuales se pueden destacar los siguientes: cuestionar la no-cultura que ha generado el Estado y la propia profesión en cuanto al *uso racional del medicamento*, concepto que se refiere al derecho de los pacientes a recibir medicamentos adecuados, en dosis correspondientes, durante un tiempo óptimo y al menor costo posible para ellos y para la comunidad (OMS, 1985). Existe además una crítica a las instituciones pertenecientes al gobierno sobre la falta de jerarquía dada desde el Ministerio de Salud a la actividad farmacéutica. Del mismo modo hay una mirada crítica hacia las otras profesiones pertenecientes al campo de la salud, en concreto los médicos, en relación a su real capacidad de dirigir todas las actividades pertenecientes a la salud de las personas, incluido la de los medicamentos. Finalmente cuestionan si sólo son los químicos farmacéuticos y los auxiliares de farmacia los únicos trabajadores pertenecientes al campo de la salud que tienen

incentivos con la venta de medicamentos ¿Qué ocurre con los compromisos que adquieren otros profesionales?

En relación con esto último, es posible citar a la socióloga Joan Busfield, quien afirma que una de las profesiones que poseen una estrecha relación con la industria farmacéutica es la profesión médica, debido a que por un lado: “Drugs...help to maintain the aura of science crucial to medicine’s professional power, are easy to prescribe, and *reduce* the time needed with patients.”¹ (Busfield, en Brown 2008, p. 422). Sumado a que esta profesión reproduce el poder ideológico de la industria, según la misma autora, entendido como el incentivo al consumo de medicamentos por parte de pacientes, considerando la relación simbiótica que existe entre médicos y laboratorios: “...industry needs doctors to prescribe its products, and practicing doctors need the industry’s products to help to maintain their professional standing and power, a situation enhanced by their near monopoly over prescribing”² (Busfield, en Brown, 2008, p. 422).

El escenario anteriormente descrito hace preciso estudiar **cuáles son los aspectos profesionales, económicos y éticos sobre la prescripción y dispensación de medicamentos en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos tanto del sector público como privado de la salud**, situados para el objeto del presente estudio en la V región de Valparaíso debido a criterios prácticos considerados por parte de la investigadora. Entendiendo que el enfoque sobre los profesionales para un estudio sobre el uso de medicamentos se hace preciso dado que el proceso de consumo está incrustado en todos los mecanismos de la vida, y por lo tanto, no sólo en el mercado. En consecuencia conceptos como bienestar, educación, salud y consumo no pueden ser tratados como elementos separados, sino como centros de la planificación, participación, y toma de decisiones correspondientes a las políticas públicas (Alonso, 2004). De este modo un estudio que considere el discurso de médicos y químicos farmacéuticos se plantea como importante debido que estos profesionales participan de manera directa con el consumo de

¹ Traducción Libre de la Investigadora: Las drogas ayudan a mantener el aura científica, crucial para el poder médico profesional, son fáciles de prescribir, y reducen el tiempo necesitado con los pacientes.

² Traducción Libre de la Investigadora: La industria necesita doctores para prescribir sus productos y los doctores practicantes necesitan los productos de la industria para ayudar a mantener su rango profesional y poder, una situación realizada por su casi monopolio sobre la prescripción.

medicamentos por parte de la población, escenario empírico que a su vez exhibe tensiones debido a los intereses económicos involucrados, resistencias profesionales y rupturas éticas de los mismos, que repercuten en el uso de los medicamentos de los clientes y/o pacientes. Por tanto una de las principales consecuencias prácticas de esta investigación es el aporte para la reflexión de los propios actores involucrados en el análisis, como en relación a políticas públicas que consideren el consumo de medicamentos, para que en ellas se dé cuenta del contexto en el cual están insertas las decisiones de médicos y químicos farmacéuticos que facilitan o restringen el uso de estos elementos terapéuticos. Teóricamente, existe una amplia lectura sobre la profesión médica desde las ciencias sociales, en particular desde la producción de anglosajona de conocimiento, pero estudios que involucren la relación de éste profesional con los medicamentos en relación a las influencias ideológicas en la práctica profesional, es decir, preguntas acerca de qué intereses se privilegian y por qué, tomando como supuesto que las profesiones poseen un estrecho vínculo con la sociedad, además una responsabilidad que le otorga su estatus, donde ellas son capaces de difundir ciertas ideas sociales: tanto de *status quo*, como de cambio (Gyarmati et al., 1984), es un campo empírico poco explorado (Busfield, en Brown 2008), por lo que se presenta como una arista interesante de indagar, a esto se suma el análisis de una profesión escasamente estudiada desde las ciencias sociales, como lo son los químicos farmacéuticos en el contexto chileno.

Los medicamentos desde sus especificidades biológicas y químicas aparecen como un objeto de análisis lejano a la sociología, y que dista de ser relevante en su análisis. Adicionalmente, comenzar a indagar en el campo que rodea a los fármacos es observar aspectos que llaman a lecturas de otras disciplinas como la psicología, por ejemplo, en el uso de medicamentos placebo, a la antropología sobre los aspectos simbólicos que tienen los fármacos, a la economía si se considera el sistema de patentes que amparan a los medicamentos, o los monopolios de venta que subsisten, por nombrar algunas temáticas y por supuesto, además una lectura desde las propias ciencias médicas y farmacéuticas.

No obstante, la lectura sociológica de este problema no se concentra en el fármaco como tal, en su lenguaje químico o técnico, sino más bien en cómo se construye desde las narrativas expertas y legitimadas por un estatus dado desde el ser profesional, un discurso que apunta a la construcción de necesidades –en este caso sobre medicamentos-. Los conflictos de intereses que se presentan dentro de la labor cotidiana, que bajo una racionalidad instrumental, funcionan de acuerdo con fines cuyos intereses responden al cálculo y la optimización de los beneficios en relación con expectativas objetivas, las cuales dejan fuera cualquier valoración ética del contenido (Weber, 2007). En este sentido, se considera sumar al análisis los aportes de la *sociología de las profesiones* como desde la *sociología del consumo* al tema de la prescripción y dispensación de medicamentos por parte de médicos y de químicos farmacéuticos, una mirada desde la *bioética* en relación a los problemas éticos derivados de las prácticas de éstas profesiones sanitarias en el uso de medicamentos.

Para finalizar la presentación del problema de estudio de esta investigación, una de las posibles dificultades a la hora de abordar ésta reflexión, es el componente técnico que poseen los medicamentos, es decir, es un saber que se avala en lo científico para justificar su utilización. Pero que en cuanto al ejercicio de las profesiones, muchas veces se enfrentan los individuos a demandas contradictorias. Es decir, que la vida profesional se compone de decisiones que van más allá de su saber técnico, tiene que ver con decisiones personales, transacciones, articulaciones de intereses, satisfacciones, esperanzas y expectativas (Lolas, 2000). Por lo tanto, su conocimiento especializado sobre medicamentos también está envuelto por intereses que trascienden un saber o hacer específico y que esta investigación tiene como objetivo describir.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de los antecedentes anteriormente descritos, la pregunta guía de la presente investigación es la siguiente:

¿Cuáles son los aspectos profesionales, económicos y éticos que facilitan o restringen la prescripción y dispensación de fármacos a pacientes y/o clientes, en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos del sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. General

Comprender los aspectos profesionales, económicos y éticos que facilitan o restringen la prescripción y dispensación de fármacos a pacientes y/o clientes, en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos del sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

1.3.2. Específicos

- 1) Identificar las orientaciones discursivas de médicos y químicos farmacéuticos respecto a la prescripción, dispensación y consumo de medicamentos por parte de la población, en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.
- 2) Caracterizar el discurso de médicos y químicos farmacéuticos respecto a la responsabilidad profesional en la prescripción y dispensación de medicamentos a la población, en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente
- 3) Identificar dilemas éticos que surgen de la práctica profesional de médicos y químicos farmacéuticos en la prescripción y dispensación de fármacos a la población en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

- 4) Contrastar los discursos de médicos y químicos farmacéuticos respecto a la prescripción y dispensación de fármacos a la población en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

1.4 RELEVANCIAS

1.4.1. Teórica

Los medicamentos como fenómeno de estudio han sido escasamente abordados por las ciencias sociales, el relevarlo al análisis en sus componentes de tipo social pretende, en una primera instancia, generar conocimiento nuevo para la disciplina. En este sentido, el análisis sociológico requirió de la recolección estratégica de conceptos provenientes de la sociología que permitieran dar lectura a este objeto de estudio, el cual se ha sintetizado como: *aspectos profesionales, aspectos económicos, aspectos éticos*, pero que detrás de ellos hay una lectura y un aporte desde la **sociología de las profesiones**, la **sociología del consumo** y desde la **bioética**, ésta última no siendo aún una disciplina totalmente desarrollada, pero en la que sí existen autores que han reflexionado lo suficiente como para considerar sus conceptos. El diálogo de la bioética con la teoría sociológica resultó bastante fluido y enriquecedor para tratar este tema de investigación. Los medicamentos se transforman de esta manera en la excusa para conversar y reflexionar acerca del relativo poder profesional en las sociedades burocratizadas; cómo es necesaria una vigilancia política y social sobre el consumo de diferentes elementos, y en particular aquellos que se relacionan con la salud de las personas, puesto que cargan con traspasos de límites éticos que son incluso legitimados por voces expertas en su ilegalidad; la sobreutilización de la tecnología como práctica médica cotidiana, entre otras temáticas que abren un abanico de posibilidades a futuras investigaciones al respecto.

1.4.2. Práctica

La entrada a problematizar la presente investigación fue desde las narrativas de los profesionales. Sujetos insertos en un proyecto socioeconómico y sociopolítico particular en

el contexto chileno, punto desde el cual ya se generan contradicciones entre sus intereses personales, profesionales y éticos, entre una racionalidad asistencial y una de tipo pecuniaria. Sumado a que ambas profesiones pertenecen al ámbito de la salud, de las cuales se espera socialmente el cuidado de aquellos que acceden a sus servicios. Si consideramos los cambios demográficos y epidemiológicos del país que han establecido la prevalencia de enfermedades crónicas como: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, depresión, enfermedades osteomusculares, entre otras, además de un alto porcentaje de automedicación existente en la actualidad³, trae como consecuencias un gasto importante en medicamentos y un objeto de consumo permanente en amplios sectores de la población. Por tanto es relevante generar por medio de esta investigación una discusión acerca de la **cultura sobre el consumo de medicamentos en el país**. En este sentido, la revisión de este consumo desde la perspectiva de los profesionales médicos y químicos farmacéuticos se hace importante, pues como ya se dijo el consumo actualmente se incrusta en *todos* los mecanismos de la vida, a pesar de ello la vigilancia social y política está en deuda sobre esta temática.

Las reflexiones propuestas son útiles para los propios médicos y químicos farmacéuticos dado que actúa como reflejo de la visión de la realidad que ellos poseen y que a la vez construyen para perpetuarla o cambiarla. También es un conocimiento provechoso para la población consumidora de medicamentos y por su puesto para los organismos públicos interesados en generar políticas relacionadas a la medicación de los ciudadanos.

³ Respecto a la Automedicación esta equivale aproximadamente a un 50% del consumo total de la población en Chile (Política Nacional de Medicamentos, 2004)

CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO

La presente sección corresponde a los principales lineamientos teóricos que guiaron el desarrollo de la presente investigación. Se mantiene para este objetivo una estructura en la que se aclara cada una de las perspectivas utilizadas concentrada en cuatro ejes temáticos:

- 1) Aspectos económicos,
- 2) Aspectos profesionales,
- 3) Aspectos éticos, y
- 4) Consumo de medicamentos.

Para comenzar, se puede decir que los marcos teóricos o interpretativos se presentan como paradigmas que implican una forma de ver el objeto de estudio, y un modo en que serán enunciados los fenómenos (Álvarez-Gayou, 2003). En este caso la mirada hacia el problema de esta investigación está dado desde el *constructivismo*, y específicamente el denominado *constructivismo social*, debido que posiciona la importancia de la experiencia vivida por los actores sociales, pero por sobre todo acentúa que el conocimiento posee una perspectiva particular y por lo tanto, relativa, es decir, se trata de una postura que se plantea desde la crítica al objetivismo. Donde “la realidad, la verdad, no sólo se descubren sino que también se construyen” (Valles, 1997, p.59-60). Aquí el sentido está dado de manera colectiva mediante el lenguaje y la interacción social en general. Visión que será desarrollada a lo largo del presente apartado.

2.1. ASPECTOS ECONÓMICOS EN EL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Razonando desde una perspectiva más bien macro-social sobre el fenómeno en cuestión, se puede decir que la industria farmacéutica posee en la actualidad un vasto desarrollo en países como Estados Unidos, Suiza, Francia e Inglaterra, siendo una de las más importantes producciones globales, compuesta por compañías multinacionales que venden sus productos alrededor de todo el mundo. Además hay que considerar que estas

empresas representan un importante eslabón para su economía nacional como internacional (Busfield, en Brown 2008). Este podría ser uno de los motivos por los cuales las reflexiones provenientes desde la sociología, aunque escasas, nacen en el seno de estos de estos países y no se encuentran mayores aportes de la disciplina sobre este asunto en América Latina.

La industria farmacéutica se entiende como una entidad con finalidad lucrativa y que tiene como objeto el campo de la salud y es precisamente esta característica que levanta suspicacias (López, 2005). Para la socióloga Joan Busfield (en Brown, 2008) un estudio de estas compañías es relevante por tres razones:

- 1) Como se dijo con anterioridad, la industria farmacéutica tiene un poder importante para economía global, como para algunas compañías nacionales.
- 2) La industria farmacéutica tiene un poder elemental en las formas de cuidado de la salud que se adoptan en varias de las sociedades contemporáneas, donde la prescripción de medicamentos domina las formas de cuidado médico.
- 3) Y por último, relacionado con lo anterior, existe un incentivo cultural donde las personas de manera creciente ven a los fármacos como el modo de resolver todo tipo de problemas.

Si bien la autora presenta una lectura más amplia y desde otro enfoque al que se le pretende dar, en la presente investigación, al problema de estudio, las anteriores reflexiones son útiles para comprender una parte del contexto en que se sitúa dicho fenómeno. Es importante en este sentido, recalcar los últimos dos puntos descritos por la autora, los cuales se posicionan en un supuesto desde el cual se considerara que la prescripción de medicamentos y el sólo uso de ellos sin mediar necesariamente una receta médica, impera por sobre otros tipos de herramientas terapéuticas utilizadas actualmente. Además, el concepto de **incentivo cultural** es ilustrativo para preguntar acerca de cuáles son estos incentivos a los cuales están expuestos los profesionales médicos y químicos farmacéuticos en el contexto en el cual desarrollan su labor para resolver todo tipo de problemas con el uso de medicamentos, como indica la misma autora.

Es ella misma quien además entrega un análisis sobre la profesión médica y las relaciones de tipo económica que existen en su práctica cotidiana, es así como indica que los médicos son blancos para la industria farmacéutica por medio de la estrecha relación que poseen con los **laboratorios**. Los médicos están inundados de lápices, tazones adornados con nombres de marcas de algún fármaco. Las compañías poseen además, una extensiva campaña de ventas apoyados por el trabajo de los visitantes médicos quienes en nombre de estas compañías hacen sugerencias sobre sus productos a éstos profesionales.

En el mercado farmacéutico existe una segmentación entre los medicamentos de venta bajo receta médica y los de venta libre. Los primeros son aquellos vendidos sólo bajo prescripción médica, mientras que los segundos (también llamados *over the counter* u OTC) sin prescripción. La estrategia de ventas de esos segmentos también es diferenciada: en el primer caso, se dirige substancialmente a los médicos; en el segundo, a los revendedores y los consumidores finales (Ferreira, Palacow, 2009). Estas actividades de marketing, a su vez, movilizan un conjunto complejo y amplio de estrategias comerciales, por ejemplo, el montaje de una amplia red de propagandistas, la financiación de congresos generalmente para médicos y la movilización de medios de comunicación (Ferreira, Palacow, 2009).

Ahora bien, Busfield (2008) nos remite a la ventaja ideológica de la industria. Para efectos de esta investigación **ideología** será entendido como un concepto estrechamente relacionado con la definición social de la realidad:

“Cuando un conjunto de ideas (teoría, valores, creencias, etc.) se liga a los intereses específicos de algún sector o grupo social, cuando tiene por función dar un sentimiento de identidad a tal grupo o sector, a mantener su unidad, a justificar sus actitudes y acciones, y a promover sus proyectos sociales, políticos y económicos, entonces esta parte de la definición social de la realidad se convierte en ideología” (Gyarmati et al. 1984, p. 53)

En el caso de la “**ventaja ideológica**” de la industria estaría compuesta por el hecho que los médicos son aliados de la industria al incentivar el consumo de medicamentos. Y en vez de actuar como un poder contrario, como potencialmente podrían ser, muchos de los

médicos han mostrado interés en prescribir los productos de la industria y sus respectivos laboratorios y no toman el desafío de reclamar contra ésta:

“Clinicians typically want to “do something” to help their patients, and drugs provide a solution to the diverse problems they encounter. Of course doctors try to represent patients’ interests, but they often share the belief that medications provide the best, easiest or most readily available solution for patients’ problems”⁴ (Busfield, en Brown, 2008, p. 415).

En lo que se refiere al caso de los **químicos farmacéuticos** en Chile la industrialización de los productos farmacéuticos tuvo un impacto global que afectó a la farmacia en todos sus aspectos, marcando el inicio del fin de la botica tradicional, dado que las drogas producidas ya no se podían crear con los propios recursos, ni a un nivel individual:

“Y si podían hacerlo, no las podían igualar ni en costos ni en calidad de presentación. No podían tampoco copiarlas porque estaban patentadas por sus inventores, quienes poseían recursos no sólo para defender sus derechos, sino –además- para promoverlas y publicitarlas, generando una competencia nueva nunca antes vista...En este nuevo contexto económico, las farmacias fueron adquiriendo un rol más de distribuidores, que de productores” (Guzmán, 2008, p. 153)

Al mismo tiempo hay que considerar el contexto actual en el cual se desenvuelve la mayoría de los profesionales químicos farmacéuticos, quienes son en general empleados de las tres cadenas de farmacias que existen en el país (Bernardi et al., 2008). En ellas existen ciertas condiciones y características en la venta de medicamentos, como:

“Incentivos como “velocidad de rotación”, “premios por número de venta”, “ofertas de marcas propias”, que enfatizan la venta en función de factores comerciales, por encima de objetivos sanitarios, son duramente criticados –por algunos químicos farmacéuticos- por desvirtuar la función cautelar de la farmacia en la dispensación. Más grave aún, que al desconocer el carácter esencial del medicamento, redujeron profesionalmente al farmacéutico a un rol meramente administrativo, marginándolo del mesón, que es un lugar donde sus conocimientos

⁴ Traducción Libre de la Investigadora: Los médicos generalmente quieren “hacer algo” para ayudar a sus pacientes, y las drogas -medicamentos- proveen una solución a diversos problemas que encuentran. Por su puesto que los doctores tratan de representar los intereses de los pacientes, pero ellos a menudo comparten la idea que los medicamentos proporcionan la mejor, fácil y la más disponible solución a los problemas de los pacientes.

universitarios se facilitan para informar, orientar y aconsejar al enfermo sobre medicamentos”

(Guzmán, 2008, p. 140).

Los extractos anteriores corresponden a la visión del Colegio de Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile, estos organismos profesionales son considerados como un elemento que une los aspectos intelectuales de la cultura con el orden socio-político y ético de la comunidad (Gyarmati et al., 1984). Son tomados en esta tesis como referencia, pero no por ello se considera como la única perspectiva posible de la visión de los profesionales químicos farmacéuticos considerando el carácter actual de los colegios profesionales en Chile⁵.

Siguiendo con los aportes a la discusión de Joan Busfield (en Brown, 2008), su intención es cuestionar el incremento de poder e influencia de la industria farmacéutica, el cual nace de la desconfianza acerca del extenso -y en ocasiones excesivo- uso de medicamentos en sociedades avanzadas. Este examen tiene el objeto de que ciertas ideas y entendimientos sociológicos pueden aportar a la discusión del creciente poder e influencia de ésta industria. Para tal propósito la autora define ciertos **poderes claves** como son el **Estado** (gobierno), **compañías comerciales**, **servicios de usuarios** y la **profesión médica**. Al mismo tiempo critica a los servicios relacionados a la salud quienes están supuestamente basados en las consideraciones de bienestar, profesionalismo y compromiso con el interés de los pacientes, pero que en la actualidad se hace intermediario para generar grandes ganancias para una industria que utiliza los hechos científicos creados como un instrumento que sirve para su propio beneficio, tanto y sino más que los intereses de los propios usuarios.

Por lo tanto, la pregunta de Busfield aquí es acerca de **cómo es el balance del poder** entre estos grupos y cómo opera en diferentes niveles del desarrollo y uso de los medicamentos. En el caso de esta investigación la mirada está en el segundo nivel expuesto, es decir, cómo opera el **balance del poder en el uso de los medicamentos**, y en específico

⁵ Decreto de Ley N° 3.621 (Publicado el 7 de Febrero de 1981) “1.- Que la libertad de trabajo conlleva necesariamente la libertad de afiliación o desafiliación a cualquier clase de asociaciones, de modo que ellas no puedan establecerse como requisito para ejercer una actividad laboral.”

entre **profesionales de la salud** que operan en el proceso de la **prescripción y dispensación de medicamentos a usuarios en servicios específicos** relacionados con este campo. Definiendo dos contextos a observar, uno de carácter privado como lo son las grandes cadenas farmacéuticas y las consultas privadas de médicos, y un segundo contexto de carácter público como lo son los hospitales de los servicios de salud correspondientes a la V Región de Valparaíso.

Por otro lado, una reflexión sobre la actual medicina occidental realizada por Michel Foucault, nos afirma que ésta se vincula con la economía, debido a que puede producir riqueza en la medida en que la salud se constituye en un deseo para algunos y un lucro para otros. La salud como objeto de consumo, en el sentido que es un producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, farmacias, médicos, químicos farmacéuticos y consumido por otros -tanto enfermos reales como potenciales-. Por lo tanto, el cuerpo humano entra en el mercado por medio del consumo de productos relacionados con la salud, que para el autor causan una serie de “disfunciones en el sistema de salud y en la medicina contemporánea” (Foucault, 1996, p. 81).

En Chile actualmente rige una Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud, aprobada el año 2004, la cual ha detectado ciertas problemáticas concernientes al consumo de medicamentos y que se relacionan con las **disfunciones del sistema de salud** a las cuales se refería Foucault en la idea anterior. Es en este sentido cabe destacar que el 50% del consumo de medicamentos del país equivale a la automedicación, y según el diagnóstico realizado por el Ministerio de Salud, generalmente:

“Se trata de una automedicación no informada en la cual la decisión de compra está influenciada por la presión de la publicidad, el repetir antiguas recetas, consultar al dependiente de la farmacia o una decisión tomada por la recomendación de terceros.... Los riesgos de la automedicación no han sido medidos, entre otras razones porque no existe en el país un sistema de farmacovigilancia efectiva. Pueden deducirse, aparte de efectos adversos con todo tipo de consecuencias, el mal manejo de patologías crónicas, la antibiótico resistencia, el encubrimiento y consultas tardías de distintas patologías y desde luego, un gasto muchas veces injustificado.” (MINSAL, 2004, p. 9)

Ahora bien, aportes desde otras disciplinas de las ciencias sociales como la antropología en diálogo con los conceptos elaborados por los autores Berger y Luckmann (1995), ayudan a definir los *aspectos económicos* que envuelven el uso de medicamentos en el proceso de prescripción y dispensación de fármacos a pacientes por parte de médicos y químicos farmacéuticos.

Para comenzar se consideran los aportes de los autores, quienes afirman que el modo en que se construye la realidad socialmente está dado en una dialéctica constante en la que interactúan el hombre y el mundo social que él ha construido, es lo que denominan la interacción del productor con su producto (Berger, Luckmann, 1995). Por su parte la significación es la producción humana de signos en torno a un suceso particular. El signo tiene intención explícita de servir como indicador de significados, y de algún modo los transmite, lo cual puede acontecer por medio de actos o palabras, gestos u otras expresiones (Berger, Luckmann, 1995). Por lo tanto, la significación posee un carácter social, dado que al compartir significados con los otros es posible de ser comunicado. Por otra parte, el mundo se objetiviza a través del lenguaje “el sistema de signos más importante de la sociedad humana” (Berger, Luckmann, 1995, p. 55) entendido como el que le da orden a lo que debe aprehenderse como realidad. Posteriormente y por medio de la socialización se internaliza el conocimiento, como verdad objetivamente válida (Barajas, 2000).

Con respecto al símbolo, entendido como una representación, como algo que lleva significados, la antropóloga colombiana Cristina Barajas (2000) sostiene que los **medicamentos son receptores y vehículos de ideas** como el **bienestar**, la **salud** y la **curación**, por tanto los medicamentos representan y significan socialmente. O sea, la significación siempre es social, cuando se comparten los significados con otros es posible dar paso a la comunicación de los mismos, por tanto compartiendo significados es que se puede construir la realidad humana (Barajas, 2000; Berger, Luckmann, 1995).

Siguiendo este punto de vista y aplicándolo a los medicamentos, la autora afirma que sus significados no son naturales, ni ahistóricos, sino más bien son un producto de una formación social dada y de momentos históricos particulares.

Es preciso destacar que la producción simbólica, o sea la producción de significados, se hace a través del discurso, pero además:

“...en los espacios que quedan entre lo institucional, en este caso, las formas médicas institucionalizadas y lo informal, o sea, la vivencia de la enfermedad, el enfermarse, que es el espacio en el que el paciente actúa sobre su cuerpo, por ejemplo, a través de la automedicación. En efecto, el discurso médico da un tipo de información al paciente, pero éste a su vez lee y organiza lo recibido de otras formas, de acuerdo con experiencias y prácticas anteriores propias y ajenas, que se han plasmado socialmente.” (Barajas, 2000, p.2).

Como se puede suponer, de la cita anterior se desprende la **importancia del discurso de médicos y químicos farmacéuticos** pues son estos profesionales quienes constantemente poseen una relación con el uso de medicamentos de la población, ya sea en la prescripción o en la dispensación de fármacos, con **pacientes y/o clientes quienes son los receptores del mensaje que entregan estos profesionales**. Mensaje que tal como se ha visto con anterioridad posee características particulares de legitimidad por el sólo hecho de provenir desde una voz profesional, experta y técnica, pero que no por tener tales características deja de poseer su discurso una relación directa con el contexto social en el cual se inserta:

“...las representaciones científicas no provienen directamente de la realidad, ni son un reflejo literal de ésta. No puede esperarse siquiera una interpretación idéntica de los mismos fragmentos de evidencia, pues la experiencia no es neutral, sino dependiente y varía según el contexto, los aprendizajes, los esquemas compartidos y los procesos de comunicación en que se produzca. De ahí que el conocimiento y, en cierto modo, la realidad se consideren socialmente contruidos. Este es el Principio de Constructivismo (González de la Fe, 1988 p.84).

Para la antropóloga Cristina Barajas (2000), los significados asociados a los medicamentos se pueden entender como los elementos de cura, es decir, aquellos que erradican el mal, la dolencia. Como también asociado al bienestar, en relación a la recuperación del estado saludable. El fármaco, al atacar síntomas o al eliminarlos, devuelve al individuo el estado de bienestar anterior al padecimiento o al menos lo acerca a ese

estado. Evade, aunque sea temporalmente, las sensaciones dolorosas o incómodas que presenta la enfermedad. Para la autora:

“Las tecnologías, como productos humanos, son compendios culturales de quienes las han ideado. En esa medida, llevan elementos propios de sus hacedores, de su cultura, y no son sólo un artefacto. A su vez, las sociedades receptoras las apropian de muy diversas maneras, transformándolas y adaptándolas según infinidad de posibilidades” (Barajas, 2000, p.2).

Sobre los medicamentos ella recalca que son un artefacto químico terapéutico que actúa ante la disfunción, aduce que los efectos de los medicamentos también son contruidos, interpretados desde la ciencia, en base a las características bioquímicas y fisiológicas de estas sustancias. **Significados** que a su vez son **transmitidos** y reforzados por múltiples formas como: laboratorios farmacéuticos, médicos, -al cual también se agregaría desde la perspectiva de esta investigación - los químicos farmacéuticos, los expendios de medicamentos como las cadenas de farmacias, es decir, “un aparato institucionalizado de poder que mediante la difusión de las características y los efectos de los fármacos busca su consumo.” (Barajas, 2000, p.3).

En consecuencia, la búsqueda de los símbolos y los significados otorgados a los medicamentos en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos es una tarea sustancial para el objeto de encontrar aquellos aspectos que facilitan o restringen el uso de medicamentos por parte de estos profesionales hacia los pacientes, considerando de la misma manera que existen aspectos éticos que envuelven tales decisiones. Es decir, una lectura de la vida cotidiana o el sentido común en relación a su profesión y su posición sobre la prescripción y la dispensación de medicamentos. Dado que los conocimientos concebidos como naturales encarnan en sí un:

“...sistema de “valores institucionalizados” que determinan la manera cómo los individuos perciben y definen sus propios intereses y necesidades y cómo definen el rango de los instrumentos y mecanismos que legítimamente pueden usar para la satisfacción de estos intereses y necesidades” (Gyarmati et al. 1984, p. 119).

2.2. ASPECTOS PROFESIONALES EN EL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Las profesiones en las sociedades contemporáneas, gozan de un prestigio social que les legitima para poseer un peso sobre las definiciones de lo que se considera socialmente como valores, concepciones de bien y mal, aquello que parece justo e injusto, de lo que se considerará como aspiraciones razonables e irrazonables, lo normal, lo aceptable. En resumidas cuentas poseen influencia en las maneras de pensar y sentir de quienes se relacionan. Es una de las fuerzas que en la actualidad son creadoras de cultura e ideologías tanto de aquellas que mantienen un cierto orden, como de aquellas contestatarias en vistas de promover una sociedad distinta (Gyarmati et al., 1984).

En el caso de las profesiones asociadas con la salud, estas reflexiones poseen un componente aún mayor. Dado la secularización de la sociedad, la ética en la salud ha reemplazado ciertos mandatos morales, que incluso ya no se cuestionan como por ejemplo que los ciudadanos deben llevar una vida saludable, con lo cual se dictan normas sanitarias, como también tratamientos que tienen un imperativo legal:

“...la medicina no se limita sólo a la prevención y tratamiento de las enfermedades: es ella quien define lo que constituye enfermedad y salud, y los límites entre estas dos condiciones, cosa que ya no es un problema netamente técnico sino un asunto de gran envergadura social”
(Gyarmati et al., 1984, p. 24).

Es decir, que la medicina atraviesa campos más allá de las enfermedades, y con arreglo de un sistema de relaciones donde las demandas no provienen del paciente necesariamente (Foucault, 1996).

Bajo la misma premisa, Lazarsfeld (1971) en su lectura de la sociología en las profesiones, al referirse a la medicina como grupo de estudio, ya sea en investigaciones o en el campo de la docencia por parte de las ciencias sociales a este grupo, defiende que hay ciertos aspectos del tratamiento médico que no son resultados de un conocimiento científico, sino que existen rasgos “**extra-científicos**”, ya sea de la cultura médica o de

otras culturas que han influenciado sobre el personal médico. Para el autor la identificación del impacto del medio cultural en la conducta de médicos es un trabajo que debería realizar la sociología de modo de hacer una estimación más racional de los méritos de diversas prácticas médicas. (Lazarsfeld, Sewell, Wilensky, 1971).

Por lo tanto, las **profesiones** son entendidas aquí como una **colectividad organizada**, la que tienen en sí misma un conjunto de relaciones complejas, con derechos y obligaciones que ligan al individuo con la sociedad. Una definición de profesión con tales características involucra observar implicancias que se alejan del saber concretamente técnico que poseen los profesionales, debido a que sus decisiones pueden incluso condicionar la propia existencia cotidiana (Gyarmati et al., 1984). Es por ello que las profesiones se pueden definir como una de las fuerzas que crean cultura.

En atención al concepto de **cultura**, es tomado como “la difusión de conocimientos, de las nuevas ideas y planteamientos, junto con su conversión en lo que podríamos llamar propiedad social, en la base para la acción vital de las personas y la comunidad” (Gyarmati et al., 1984, p. 26).

La lectura que realiza Gyarmati sobre las profesiones implica un análisis sobre las éstas y su relación con la sociedad global. Para el autor las profesiones poseen una estrecha relación con la sociedad, y más que eso, una **responsabilidad** que le otorga su estatus, son ellas las capaces de difundir ciertas ideas a la sociedad tanto de *status quo* como de cambio. Para Fernando Lolas (2000), el concepto de **responsabilidad** en las profesiones implica la capacidad de responder de manera institucionalizada a las necesidades sociales, la que a su vez tiene una faz pública.

“Da cuenta del grado en que la fe pública puede ser resguardada y es un elemento importante al calificar acciones, personas e instituciones relacionadas con el saber. Quiere decirse también que no basta apelar a las “infalibles” certidumbres del “mercado”, que terminará “regulando” la oferta y la demanda de servicios en algún futuro incierto...Este imperativo se extiende especialmente a aquellos saberes llamados prácticos, que por eso mismo la tradición califica de “éticos”, en el sentido de que cuentan con la fe pública, a ella responden y de ella derivan su poder y autoridad” (Lolas, 2000, p. 29-30).

El **poder profesional** basado en su conocimiento técnico, no quiere decir que se ha derivado a una sociedad más humana o ética. El prestigio de un saber técnico, lejos del cuestionamiento del resto de la sociedad, puede llevar al manejo de la misma -dentro de sus límites- a fines muchas veces poco claros y cuestionables.

A partir de estas reflexiones en relación a los profesionales y su vinculación con lo social Gyarmati presenta una serie de premisas para este grupo: casi todas las profesiones afectan de alguna manera el bienestar de la gente, pero algunas poseen una situación particular:

- 1) Existen ocupaciones que poseen un impacto directo y profundo sobre la vida y los intereses más esenciales de las personas. Es por ello necesario, para el autor, que se rijan por reglamentos especiales.
- 2) Poseen un rigor intelectual que sobresale de lo común.
- 3) Relación particular entre los profesionales y sus clientes, fácilmente se pueden dar abusos. Para evitarlos los miembros deberán poseer una vocación de servicio intachable, en el que anteponen los intereses de los clientes por los suyos, a diferencia de las demás actividades remuneradas en las que la motivación especial es el interés propio y el lucro.

La combinación particular entre **conocimiento** y **responsabilidad social** implicarían algún grado de **espíritu de servicio**, para lo cual se necesitan de regalías sociales como de estatus y económicas.

El **problema del espíritu de servicio** es que actualmente existe una combinación nefasta, según el mismo autor, entre la racionalidad técnica y la irracionalidad social característica del mundo contemporáneo. Las profesiones son parte de la racionalidad actual y agentes principales de su aplicación a la sociedad, por tanto situadas en el corazón de dicho problema.

Teniendo como supuesto que existe una estrecha relación entre la *profesión* y la *sociedad global*, ya se comienzan a vislumbrar una serie de problemáticas en relación a ésta

reciprocidad. Como resultado de lo anteriormente dicho, las sociedades contemporáneas poseen una particular escala de valores, en las que se incluye el campo de las profesiones, donde lo primordial no está dado por calidad del trabajo realizado, sino más bien, por el **éxito** que esta profesión significa. Éxito evaluado generalmente en términos monetarios y de lugares escalados en el orden jerárquico de las profesiones afines. Que como consecuencias conlleva un **deterioro ético** de las labores realizadas, debido a que los criterios de éxito descritos no traen consigo un vínculo con los intereses del cliente o de la comunidad. Por lo tanto, es el profesional quien finalmente decide qué es lo que el otro necesita.

Otro de los problemas identificados a partir de este supuesto, está en relación con la presión de **responsabilidad y lealtades divididas**. Debido a que las profesiones poseen implícitamente una relación de confianza entre el profesional y su cliente, incluyendo la confidencialidad de la información obtenida. Incluso la ley reconoce la necesidad de esta relación privilegiada y la protege especialmente en el caso de la medicina y la abogacía. Otra de las lealtades en juego es aquella en relación a la institución que paga el sueldo o los honorarios, y que por tanto también demanda lealtades para con él. Estas demandas son para el bien de la institución las que no necesariamente coinciden con lo demandado por el cliente. Pero a su vez convive otro interés que es el del propio profesional: que puede ser la carrera particular dentro del organismo que los contrata (Gyarmati et al., 1984).

Según Gyarmati, la mayoría de los investigadores concuerda en que los valores personales del profesional no garantiza, en sí, el cumplimiento de las normas éticas.

¿Dónde debería estar entonces la protección al cliente? Según el autor, en el ordenamiento institucional de la profesión más que en las actitudes y predisposiciones particulares del profesional.

Por tanto el problema del control y de los conflictos de intereses trasciende el ámbito netamente ocupacional y tiene profundas implicaciones en cuanto al ordenamiento jurídico y político de la sociedad: “Las declaraciones retóricas a favor del bien público abundan, pero acciones concretas emprendidas por las profesiones son mucho menos numerosas; a menudo no pasan de ser actos más bien simbólicos” (Gyarmati et al., 1984, p. 50).

En suma, lo anteriormente descrito se relaciona al concepto de **autonomía** de las profesiones, siendo para el autor un aspecto básico de la doctrina de las profesiones, en la cual el profesional tiene la libertad para definir él mismo lo que necesita su “cliente” y por ende el tipo de servicio que debe ofrecer, teniendo la capacidad y poder de manejar éstos servicios. Las profesiones pueden ser autónomas, más no independientes, dado que en las actuales sociedades burocratizadas dependen de instituciones que los contratan. La autonomía profesional en sí mismo representa una contradicción debido a que no permite un control efectivo interno de las normas éticas, entendiéndose éste como el control que realizan los profesionales de sus pares. Este control sobrepasa los límites correspondientes a lo netamente ocupacional y trasciende a otros campos de reflexión como el ordenamiento jurídico y político de la sociedad.

Sin embargo sobre el concepto de **autonomía** existen ciertas especificaciones que se van a considerar, para esto se toma el análisis proveniente desde la sociología norteamericana dedicada a la sociología de la salud y las enfermedades en diálogo con las teorías sobre los profesionales, se hace referencia específicamente al trabajo realizado por el sociólogo Donald W. Light (1991, en Conrad 2008), quien en base al trabajo realizado por el también sociólogo Evan Willis aclara dos conceptos a considerar para analizar a estos grupos: **soberanía** y **autonomía profesional**. Para el autor, el concepto de autonomía es aquel que se remite a cuán libre es el profesional de ejercer su labor en relación a los conocimientos que posee dentro de un lugar específico, remite este concepto a los lazos institucionales del profesional y la libertad del ejercicio de su **saber-hacer**; distinto a la **soberanía** que en el caso de la lectura que se realiza a la medicina, corresponde a la soberanía sobre los asuntos de enfermedad, que posee en particular la medicina y los médicos. Comparten en este sentido médicos y químicos farmacéuticos el espacio de soberanía sobre los medicamentos, aunque con la salvedad que los médicos poseen una ventaja al respecto, ellos además poseen un casi **monopolio** -considerando a este concepto como el derecho exclusivo de ofrecer servicios en ciertas esferas- sobre la prescripción de medicamentos. En el caso del monopolio éste afecta el derecho de otros, dado que impide a éstos otros competir con las profesiones en la oferta de determinados servicios.

Lo interesante para efectos de esta investigación es vislumbrar a luz de una serie de intereses que poseen los profesionales en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven –sector privado y sector público- dar cuenta de cuáles prevalecen, a las necesidades y aspiraciones de qué sector se adaptan los profesionales, dar cuenta de los propios intereses, cómo se justifican, cuáles son las estrategias y mecanismos bajo los cuales logran imponerlos, entre otros elementos. Parece pertinente en este punto, hacer una detención en el concepto desarrollado por Donald W. Light (1991, en Conrad 2008) quien reflexiona acerca del concepto de los **countervailing power** o poderes de compensación, considerando las relaciones cambiantes en el tiempo entre un profesional y el desarrollo de su labor en las principales instituciones con las que interactúan. Tema sobre el cual Montesquieu ya se había pronunciado al ahondar en la necesidad de contrapesar los centros de poder; el concepto de poderes de compensación fija su atención en las interacciones de actores poderosos en algún campo específico en el que son interdependientes aunque distintos. Tomando las consideraciones del economista Kenneth Galbraith quien en su tratado original sobre la dinámica de compensar poderes en mercados oligopólicos describe los desequilibrios de poder originados cuando el poder se encontraba en un lado del mercado, por tanto se crea la necesidad y el ejercicio de recompensar el poder hacia aquel otro lado abandonado.

Que se logren gestar movimientos de compensación de poderes es complejo según el autor y puede tomar aún más tiempo cuando existen poderes políticos e institucionales implicados en un mercado económico. Pero sostiene que el predominio de ciertos sectores tiende a producir desequilibrios, excesos, y negligencias que molestan a otros poderes de compensación (latentes). Estos desequilibrios incluyen la elaboración interna y la extensión que debilita la institución dominante desde dentro. Otra de las posibilidades de que se generen movimientos de compensación son el grado y la naturaleza de compensación con profesionales adyacentes.

Pero como concepto sociológico no se limita a compradores y vendedores según el autor, sino que éste abre la puerta a la alianza de dos o más grupos. Alianza que sin embargo

es frecuentemente caracterizada por ambigüedades estructurales -término basado en Merton y Elinor Barber- concepto de ambivalencia sociológica que se refiere a las presiones transversales y expectativas de experiencias que han tenido instituciones con otras instituciones.

“For example, a profession’s relationships to the corporations that supply it with equipment, materials, and information technology both benefit the profession and make it dependent in uneasy ways. The corporations can even come to control professional practices in the name of quality⁶” (Ligth, 1991 en Conrad, 2008, p. 241).

Con referencia a lo anterior, la socióloga Joan Busfield (en Brown, 2008) también considera en su análisis el concepto de **countervailing power**, ella afirma que los médicos poseen el suficiente poder social para convertirse en un poder compensatorio para contrarrestar el poder ideológico de la industria farmacéutica, pero su relación simbiótica con los laboratorios y las regalías que reciben de éstos genera un vínculo de dependencia mutua que impide este alzamiento profesional. Para el caso de esta investigación, se considera relevante conocer la asociación entre médicos y laboratorios, en el análisis de la disposición de éstos profesionales, en cuanto a actitudes que hablan de cooperación, conflicto o tensión entre ambas posiciones, con los laboratorios farmacéuticos.

Un concepto trabajado por Gyarmaty et al. (1984) es el de **situs**, basándose en los planteamientos de por Benoit Smullyan, el cual agrupa a las profesiones de acuerdo a sus funciones básicas, por ejemplo aquellas que se organizan en torno a la manufactura como la construcción, la educación, el derecho, la educación y también la salud. Cada una de estas ocupaciones se denomina situs; y a su vez, las diversas ocupaciones que caben dentro de este situs se las ubica verticalmente en estratos por orden jerárquico en cuanto a los conocimientos que poseen de su disciplina y la relación que existe entre las diferentes ocupaciones del situs. De este modo las profesiones que quedan en la cima de esta escala serían las llamadas **profesiones**, el resto de las profesiones son denominadas como

⁶ Traducción Libre de la Autora: “Por ejemplo, las relaciones que se establecen entre una profesión y las empresas que le suministran equipos, materiales y tecnología de la información –generan- tanto un beneficio de la profesión como una dependencia incómoda. Las corporaciones, incluso pueden llegar a controlar las prácticas profesionales en nombre de la calidad”

ocupaciones complementarias. Esta concepción implica que las profesiones de la cima tengan la responsabilidad del rendimiento total del situs. En el caso de la salud la profesión jerárquica del situs es la de médicos (Gyarmati et al., 1984).

Si este concepto fuera aplicado al objeto de estudio de esta investigación, la **profesión** correspondería a la medicina, y la **ocupación complementaria** a la de químicos farmacéuticos, pero si hablamos de medicamentos hay que recordar que éstos son el objeto y especialidad de los químicos farmacéuticos (Colegio de Químico Farmacéutico, 2004). En consecuencia esta concepción nos remite a las dinámicas de poder que existen dentro del juego de relaciones entre ambas profesiones en el proceso de prescripción y dispensación de medicamentos.

Las teorías que abordan las problemáticas sobre el poder son variadas, para efectos de esta investigación se tomará la distinción realizada por Gyarmati et al. (1984), la que realiza un diálogo con la propuesta investigativa de la socióloga Busfield acerca de los **balances de poder** que poseen los diferentes actores que participan en el uso de medicamentos, y en particular el último supuesto:

- 1) Poder Monodimensional: “es aquel que centra la atención en el comportamiento observable de los diversos individuos o grupos implicados que provocan un debate público por algún conflicto de intereses claramente percibido” (p. 112)
- 2) Poder Bidimensional: “se deben examinar, junto a la toma de decisiones que efectivamente se realizan, aquellos asuntos que son conflictivos pero...pueden eliminados del proceso de decisiones políticas” (p. 113)
- 3) Poder Tridimensional: “también se ejerce poder, a menudo de forma decisiva cuando el conflicto no se hace visible, cuando su existencia se hace poco aparente incluso para algunos sectores sociales directamente envueltos en él” (p.113)

Si bien no existen tensiones explícitamente declaradas entre las profesiones estudiadas –médicos y químicos farmacéuticos- se tomará en consideración este aspecto en el sentido de observar aquellos intereses que son coordinados como aquellos que se contraponen a la

hora del proceso de prescripción y dispensación de fármacos a pacientes; intereses que al mismo tiempo pueden facilitar o restringir el uso de los medicamentos.

2.3. ASPECTOS ÉTICOS EN PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Para la reflexión en torno a los problemas éticos referentes a la prescripción y dispensación de medicamentos realizado por parte de médicos y químicos farmacéuticos, se consideró a la rama que ha estudiado las normas morales que deberían regir las actividades en general de los seres humanos con respecto a este ámbito: la **bioética**. Este concepto es relativamente nuevo, nace en el seno de una comisión creada por el Congreso de los Estados Unidos en 1974 en el contexto de las investigaciones biomédicas, dado el gran desarrollo de los avances médicos y biológicos y su creciente importancia para la vida.

“...cuando el término bioética hizo su aparición muchos suponían que la ética era una suerte de conjunto de normas y prohibiciones que se aplicaban a la investigación médica y biológica...Cierta grado de dogmatismo en lo bionómico, especialmente desde el reconocimiento de la humanidad esencial que debe cautelarse en “mínima moralía” o “derechos del hombre y del ciudadano”. Cierta grado de conciencia crítica es indispensable si no desea que prevalezca como absoluto un punto de vista parcial. Puntos de vista parciales suelen tener las personas por su pertenencia a grupos específicos, debido al “mosaico social” que caracteriza a las naciones contemporáneas. El grupo étnico, el estrato socio-económico, la pertenencia a una profesión, el habitar en una región geográfica, lleva múltiples identidades en “nombre” de las cuales se tienen creencias y se abrigan convicciones... Bioética [es] el estudio de los juicios de valor que determinan la conducta de las personas en relación con la vida y las técnicas que le afectan. Situándolo en el discurso social. Juicios de valor en tanto potencialidad de las personas, no el contenido de tales juicios” (Lolas, 2000, p. 46)

El uso de los medicamentos ha generado valiosos aportes a la sociedad, sustentada en la investigación y aplicación de tecnologías nuevas. A pesar de lo anterior no parece legítimo justificar en sí misma cualquier actividad humana, por muy meritorios que sean sus resultados si ésta tiende a instrumentalizar al hombre. Es por este motivo que la ciencia, y en general toda actividad concerniente a lo humano debe someterse a ciertos límites, que más que impuestos de manera injustificada, se debe a un estricto respeto a la dignidad del

ser humano (López, 2005). Es por ello que una mirada que aborde tanto aspectos económicos como profesionales de médicos y químicos farmacéuticos en el caso de la prescripción y la dispensación de medicamentos, implica una reflexión desde lo ético, considerando que sus labores dependen para su éxito del cumplimiento de demandas externas y por tanto de motivaciones que no son las propias en variadas ocasiones, actividades de las cuales cabe preguntarse cuándo son traspasados los límites éticos.

Un importante exponente de esta rama, quien ha desarrollado una reflexión sustanciosa al respecto, es el médico psiquiatra chileno Fernando Lolas, director del Centro Interdisciplinario de estudios en Bioética de la Universidad de Chile, organismo colaborador en bioética para la Organización Mundial de la Salud, quien presenta un análisis interesante, tanto desde sus proposiciones teóricas como metodológicas, para la presente investigación.

Para comenzar es pertinente hacer una distinción entre el saber y el hacer en la construcción del conocimiento. Para Lolas (2000) el puro saber y el puro hacer no constituyen en sí mismo conocimiento, dado que todo conocimiento, entendiéndolo como información articulada por un interés es un saber-hacer y un hacer-saber. También, un saber-estar.

El saber-hacer, distintivo de las profesiones en cuanto respuestas institucionalizadas a alguna necesidad socialmente sentida, entendiéndolo como el saber específico que –en este caso- una profesión detenta, enlaza su conocimiento con el interés. Es decir, se sabe algo, pero para hacer algo, a su vez, se hace algo para saber. Pero la discusión apunta a algo más allá, es necesario también reconocer los límites de este saber. Es lo que Lolas (2000) denomina como saber-estar, del cual deviene el valor moral del conocimiento.

Es en consecuencia una perspectiva ética que se funda en la técnica. En relación a las profesiones, y en diálogo con las propuestas de Gyarmati et al. (1984) en cuanto a los conflictos de intereses que este grupo posee, Lolas (2000) afirma que son cuantiosas las ocasiones en que las personas se enfrentan a instancias de carácter contradictorio en el ejercicio de sus labores específicas. Incluyendo a las instituciones que las emplean y de la que son parte, a la comunidad de saberes que sienten pertenecer, a su propia conciencia de

lo que creen es correcto-incorreto, justo-injusto, como también de la denominada “opinión pública”.

“La casuística de la vida profesional se compone de decisiones personales, transacciones, articulaciones de intereses, satisfacciones, esperanzas y expectativas. La acción es una “vía final común” que recoge innumerables influencias y es fruto de múltiples equilibrios” (Lolas, 2000, p. 25).

Por lo tanto, toda **actividad** –en este caso- **profesional** corresponde a una **estrecha relación entre técnica, ética y política**. Y como se dijo con anterioridad, las profesiones al estar en reciprocidad entre el discurso y la acción práctica, poseen una función social que va más allá de sus productos. Es lo que Gyarmati et al. (1984) describía como la relación entre profesión y sociedad.

Si bien puede argüirse que analizar un conocimiento experto puede resultar bastante complejo, bajo el supuesto de que las razones técnicas que poseen médicos y químicos farmacéuticos son supremas para sustentar y/o restringir el uso de medicamentos en pacientes. Se puede afirmar que un discurso técnico neutral es a la larga aparente, pues responde a una serie de decisiones que van más allá de la técnica y que suponen ciertos valores.

Una mirada hacia las profesiones desde la bioética implica una crítica a la racionalidad instrumental de las sociedades contemporáneas en cuanto a las formas de práctica por las que aboga, es decir, tal cual su nombre lo indica: instrumentales y normativas. La re-etización de los saberes, reivindica los aspectos olvidados del discurso técnico: el espacio de lo antropológico, los límites de las costumbres y del mundo de la vida (Lolas, 2000).

Como se dijo con anterioridad, Fernando Lolas no sólo entrega esquemas teóricos a la hora de hablar de bioética, sino también ciertas guías metodológicas al observar disciplinas de carácter científico que crean objetos de los cuales se refieren, por lo tanto, poseen un relato con una variedad especial:

“...bueno será pensar del experto bioeticista como de un lector que sabe “traducir” discursos, maneja la “reducción interteórica” y mantiene el adecuado balance entre emoción y razón que la intelectualización excesiva pudiera hacernos olvidar” (Lolas, 2000, p.66).

De acuerdo con lo anterior, un ejemplo descrito por el autor y en concordancia con los objetivos de la presente investigación, es el caso del médico contemporáneo que prescribe un fármaco –ejemplo que podríamos extrapolar a su vez al caso de los químicos farmacéuticos-, quien lo realiza prestando atención a la farmacocinética y la biodisponibilidad, pero también a su propia experiencia en cuanto a los conocimientos de los efectos indeseados o laterales y la personalidad del paciente, empleando en ocasiones un juicio que se basa más bien en subjetividades que en los conocimientos expertos que posee. Decisiones a veces teñidas por límites de dinero, ideologías, creencias, a veces invisibilizadas que necesitan ser develadas, debido a que finalmente regulan la propia vida social, imponiendo distinciones, conductas y usos determinados.

La bioética, no presupone una serie de normas rígidas ni inalterables, sino más bien “modestas reglas de juego para la convivencia y la tolerancia que traigan a la memoria la dignidad y la integridad de los seres humanos sin la unilateralidad del fanatismo ni la liviandad de la indiferencia” (Lolas, 2000 p. 71).

Por lo tanto, el objeto de estudio de la bioética corresponde a investigar sobre las formas en que se construye el discurso, entendiéndolos como redes de palabras, acciones, símbolos, retóricas, intenciones, sujetos. Discursos que no son otra cosa que reflejos de una voluntad que les precede. En palabras de Bourdieu “toda práctica es producto de disposiciones previas, pero se construye en lo concreto y lo concreto, es a la vez multideterminado, conflictivo, contradictorio y transformador” esta posición es asociada a la rama del constructivismo denominado como **constructivismo dialéctico**” (Bourdieu 1999, citado en Alonso s.f.).

Fernando Lolas presenta a modo de propuesta los posibles contextos en los cuales puede ser llevado a cabo un examen ético: individual, profesional e institucional. “Un simple examen de las prácticas habituales revela que las normas imperan en la conciencia

individual no necesariamente son las mismas que rigen la profesión y ambas pueden verse contradichas por las que rigen en la institución en algún momento de su historia” (Lolas, 2000 p. 149).

En cuanto a la relación entre bioética y ciencias sociales, la socióloga chilena Nina Horwitz Campos (2008), realiza una lectura teórica acerca de este vínculo, donde afirma que históricamente la disciplina de la bioética le ha sido difícil integrar datos empíricos a la argumentación normativa, pero que actualmente al analizar la moralidad interna de las prácticas médicas se ha visto en la obligación de incorporar estudios de corte sociocultural, es decir, una exploración que relaciona los principios éticos con los contextos actuales de la sociedad a la que se pertenece.

Realizando una breve descripción en este sentido se distingue un lineamiento argumentativo denominado **ética descriptiva** cuyo campo pertenece a las disciplinas que recogen datos empíricos acerca de los problemas morales o valorativos (como la sociología, antropología, psicología, epidemiología), en la que se pretende describir los valores, preferencias, normas y acciones morales de las personas. Disciplinas que describen cómo opera la realidad o cómo ésta es construida, es por lo tanto, una visión acerca de “lo que es” y no de lo que “debería ser”. Idea que entra en conflicto con lo que de manera tradicional ha sostenido la filosofía moral en la que se afirma que es imposible derivar un **deber ser** a partir de **cómo las cosas son**, incluso la autora afirma que bajo este prisma se considera a la investigación científica como irrelevante para su trabajo, porque la ciencia trata con lo que es, mientras la ética trata con lo que debe ser. La crítica a este punto ha provenido desde las ciencias sociales y los bioeticistas ajenos a la tradición filosófica, considerando esta posición como ahistórica, social y culturalmente descontextualizada para el tratamiento de problemas bioéticos, además si se considera que la práctica de la ciencia y la tecnología está denominada por valores socialmente construidos, al igual que los problemas bioéticos considerados como primordiales en ciertos momentos históricos, los cuales a su vez se vinculan a la política y a lo económico.

Un interés más reciente acerca de la relación entre la bioética y la investigación empírica, la propone el sociólogo inglés Adam Hedgecoe (citado por Horwitz, 2008) el autor utiliza el término bioética para referirse al conjunto de áreas que se han denominado en la literatura como “ética médica”, “ética clínica” y “ética biomédica”. El trabajo de Hedgecoe parte de la crítica a la bioética en la que se acepta que hay una diferencia entre la ética que presenta la bioética y el razonamiento práctico en la clínica, identificado de manera exponencial por estudios sociológicos y antropológicos. Él afirma que esta diferencia aísla a la bioética de la práctica porque tiende a colocar al individuo “como único juez de la decisión ética, relegando los aspectos sociales y culturales a una posición irrelevante” (Horwitz, 2008, p. 39). En sus planteamientos el sociólogo indica que las ciencias sociales juegan un rol importante en la exploración de los dilemas morales en la medicina, dado que si la bioética está preocupada por la ética en la práctica médica, no se puede pasar por alto cómo éstos profesionales enfrentan los problemas valóricos derivados de esta práctica cotidiana. En estos términos se propone una **bioética crítica** que implica una posición analítica sobre la naturaleza de la bioética y las decisiones que sugiere, esta mirada trasciende la situación presente y considera diferentes puntos reflexivos para evaluar y pensar cómo serían las diferencias situaciones sociales en otros contextos, es decir, dar una mirada “develadora” o “desmitificadora” de la realidad social. Una interpretación de estas características, propone a la bioética un proyecto de ética cívica en la defensa de los derechos de los pacientes como ciudadanos frente al sistema de salud que los acoge.

En diálogo con las miradas teóricas expuestas a lo largo de este capítulo, la autora Nina Horwitz Campos (2008) considera a la construcción social de la realidad como una rama de la sociología del conocimiento cuyo objeto es develar los procesos por medio del cual los individuos o grupos sociales participan de la creación de la realidad percibida, los constructos sociales es una idea que aunque pueda ser naturalizada, es un artefacto creado al interior de una subcultura o sociedad particular, desde este punto de vista la ciencia es un conjunto de convenios elaborados por una cultura particular:

“Es un discurso elaborado por y para una comunidad interpretativa especializada, experta, bajo los términos creados por la compleja red de circunstancias sociales, opiniones políticas, incentivos económicos y clima ideológico que constituye el ambiente social del científico. Consecuentemente, sus afirmaciones acerca de la verdad son inevitablemente auto-referenciales, en el sentido de que sólo pueden sostenerse apelando a los estándares que definen a la comunidad científica y que la distinguen, además, de otras agrupaciones sociales” (Horwitz, 2008, p. 59)

En ese sentido los discursos de médicos y químicos farmacéuticos entregarían un ejemplo de este tipo de posiciones correspondientes a la construcción de sus propias realidades, las decisiones legitimadas dentro de su práctica cotidiana y las dificultades para llevar a cabo sus propias motivaciones inmersas en intereses que externos que no responden a los propios, a esto podemos sumar una visión general que nos entrega el sociólogo del Hastings Center Robert Zussman, citado por Horwitz (2008), quien haciendo alusión al caso de Estados Unidos, afirma que las políticas públicas en que la ética médica ha contribuido a estructurarlas presentan importantes silencios, dado que se ha pasado por alto el contexto social en el cual se toman en cuenta las decisiones referentes a la salud, priorizando el cómo deberían ser tomadas y no cómo se toma en la práctica. Este punto implica uno de los aportes que se pretende realizar en la presente investigación, una lectura sociológica a un problema que toca el ámbito bioético al abordar las decisiones tomadas por los profesionales médicos y químicos farmacéuticos en la prescripción y dispensación de medicamentos a la población, decisiones que tienen directa correspondencia con los pacientes y/o clientes a quienes finalmente entregan su conocimiento, ideologías, contradicciones y finalmente una cultura generada entre los emisores de un mensaje y los receptores del mismo.

2.4. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El consumo de medicamentos es una actividad practicada por los individuos en general, y en particular los médicos y químicos farmacéuticos son considerados, pues tienen un vínculo con éste consumo y la población al prescribir y dispensar medicamentos. Desde esta perspectiva es que se realizará una lectura sobre las acepciones sobre el **consumo** que ha trabajado la sociología de manera amplia y compleja. La visión que dialoga con los

objetivos propuestos para esta investigación y la teoría bajo la cual se observó el problema a analizar, fueron los aportes realizados por el sociólogo español Luis Enrique Alonso (2004) con respecto al tema.

Para el autor las sociedades occidentales contemporáneas comparten como característica las prácticas de consumo, siendo éstas un eje central en el proceso de producción y reproducción social. A pesar de la importancia otorgada desde el análisis teórico, lo cierto es que en la práctica el consumo ha estado relegado a un lugar periférico sobre la discusión de la política actual.

El consumo puede ser concebido como la inversión de recursos económicos, temporales, emocionales, pero por sobre todo para el autor las prácticas de consumo estructuran gran parte de nuestras identidades, y las distintas formas de relaciones sociales en las cuales se produce y reproduce el poder, la dominación y la distinción. En tal sentido, el consumo no es concebido como alienación, manipulación, cierre o control del universo social, o por el contrario, como soberanía, libertad o riqueza. Las afirmaciones anteriormente descritas dejan fuera al sujeto social en cuanto a sus lógicas de confrontación, dominación, resistencia y cambio. Es decir, que el consumo, desde la perspectiva del autor, posee una dimensión concreta y por tanto política.

Se puede decir en este sentido que el consumo es considerado como un uso social, teniendo una forma concreta para cada colectivo en un contexto temporal y espacial específico; no se remite por tanto a una lectura de sistemas económicos, sino más bien, a las prácticas específicas de los sujetos, los cuales poseen distintas estrategias para enfrentar el consumo, lo que en consecuencia sintetiza un conjunto de múltiples fuerzas, como la construcción de necesidades reconocidas por el consumidor, la búsqueda del beneficio mercantil, los discursos y el aparato publicitario, la conciencia de los grupos sociales reales, entre otras (Alonso, 2004).

La concepción anterior implica plantear una auténtica política de consumo, debido a que ésta es una práctica imposible de ser relegada en un segundo plano, o considerada como

un factor residual de otras dinámicas sociales, económicas y políticas consideradas como más importantes.

El consumo en tanto produce bienestar -ya sea público o privado- también origina riesgos, como la materialización de desigualdades sociales, catástrofes, envenenamientos alimenticios, el fraude comercial o las malas prácticas de mercado, son los primeros antecedentes que hacen pertinente generar un control, una vigilancia social y política de los procesos de consumo, más allá de la compraventa en el intercambio de bienes (Alonso, 2004). Los problemas que describe el autor, hacen alusión a situaciones que en Chile se han producido a propósito de los medicamentos, como los fraudes comerciales, malas prácticas de mercado, riesgos en su uso para la población, entre otros.

Desde este punto de vista, se plantea como esencial la reflexión política, la participación de los actores sociales y la educación -ya sea formal e informal-. Donde el consumo puede ser considerado de modo racional para el desarrollo de las capacidades humanas en general. En este orden de ideas se puede citar a Alonso (2004) quien indica que:

“El proceso de consumo está incrustado en **todos** los mecanismos de funcionamiento del mundo de la vida, y no sólo en el mercado, tampoco puede ser el agujero negro que absorba todas las riquezas y energías sociales. Bienestar, educación, salud y consumo no son elementos aislados...son facetas de la ciudadanía misma en todas sus dimensiones, y por ello debe ser uno de los centros de planificación, y la participación, en la toma de decisiones de las políticas públicas a partir de las demandas y necesidades sociales institucionalmente atendidas” (Alonso, 2004, p. 40).

Los medicamentos son un objeto de consumo en las sociedades occidentales actuales y Chile no es la excepción. Considerando además el contexto particular del país, el cual en las últimas décadas ha tenido profundos cambios demográficos y epidemiológicos, que en el presente se traduce en una alta prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, enfermedades osteo-musculares, entre otras. Ante la situación planteada, se permite prever un aumento progresivo del consumo de medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades, en palabras del ex Ministro de Salud del país Pedro García Aspíllaga “...la situación actual del sector revela un alto gasto

de bolsillo en medicamentos determinando una carga importante en el presupuesto familiar de nuestra población”. (MINSAL, 2004). La pregunta entonces no es acerca de por qué se consumen medicamentos, sino cómo se conjugan elementos como: bienestar, educación, salud y consumo, definidos por Alonso (2004), en el proceso de prescripción y dispensación de fármacos por parte de médicos y químicos farmacéuticos considerados desde este punto de vista como elementos importantes a la hora de educar a la población en el consumo de estas sustancias.

CAPÍTULO TRES: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Considerando las características del fenómeno en estudio y luego de realizada la revisión de la literatura sobre el tema, en el que fue posible encontrar guías para investigar e ideas que tocan el problema de estudio, más no un constructo ya acabado sobre lo que ocurre con los aspectos sociales de la prescripción y dispensación de medicamentos por parte de médicos y químicos farmacéuticos, se justifica que esta investigación sea de tipo **exploratorio**. De modo que su objetivo es aumentar el grado de conocimiento acerca de esta temática relativamente desconocida para las ciencias sociales y con el objeto de establecer temáticas prioritarias para futuras investigaciones.

3.2. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Al dar comienzo con una investigación es necesario poseer ciertas estrategias, una especie de mapa que guíe las decisiones más relevantes del investigador para acercarse de modo adecuado al objeto de estudio. Para el caso de esta investigación se ha seleccionado un diseño de **carácter cualitativo** debido a que es la alternativa más pertinente para llevar a cabo los objetivos propuestos. Este diseño "...busca describir qué existe –en la realidad-, cómo varía en diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes. Intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan." (Delgado et al., 2006, p.11).

Para identificar aspectos profesionales, éticos y económicos sobre la prescripción y dispensación de medicamentos en médicos y químicos farmacéuticos, la presente investigación tiene como objetivo la búsqueda de subjetividades, como también el comprender cuáles son las interacciones y significados individuales que los médicos y los químicos farmacéuticos le otorgan al consumo de medicamentos por parte de pacientes, clientes o simplemente consultantes por lo que el tipo de diseño se ajusta al tratar de

“...comprender la complejidad y significados de la experiencia humana” (Delgado et al., 2006, p.23).

Por otra parte, la presente investigación posee un diseño de tipo proyectado, puesto que resulta de mayor conveniencia, en palabras de Miles y Huberman (1994 en Valles, 1997), debido a que este estudio presenta un tiempo determinado para su realización, y por otra parte, ya se conoce la literatura e interrogantes que son fuente motivación para indagar en la problemática bajo el alero de ciertas perspectivas teóricas.

Además este estudio es no experimental, pues no existe un control de las variables, en relación con lo anterior el diseño será de tipo transversal puesto que la investigación al grupo de estudio identificado se realizó en un momento específico del tiempo.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1. Universo

El **universo teórico** de esta investigación lo componen los profesionales médicos y químicos farmacéuticos de regiones, que ejerzan sus funciones tanto en el sector público como privado de la salud. El **universo empírico** por su parte, está conformado por médicos y químicos farmacéuticos que practiquen su profesión dentro del área de la Región de Valparaíso.

3.3.2. Muestra

La muestra es una de las etapas de diseño sustanciales para una investigación cualitativa dado que de ella dependen en gran medida los resultados de un estudio (Delgado et al., 2006). Siguiendo las reflexiones planteadas por Valles para el muestreo cualitativo (Valles, 1997) una de las primeras decisiones es seleccionar el contexto, para así dar paso a la selección de casos individuales. En el caso de esta investigación los contextos seleccionados se desprenden de los sectores en los cuales trabajan médicos y químicos farmacéuticos: el sector público y el sector privado de salud. El sector público será entendido en esta investigación como los correspondientes a los Servicios de Salud tanto de Valparaíso-San

Antonio, como el de Viña del Mar-Quillota los que están constituidos por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos, de los que sólo se tomará en cuenta a la prestación de servicios realizada en los **hospitales**, debido a que es en este lugar donde médicos y químicos farmacéuticos poseen un espacio común de trabajo. Por otro lado, el sector privado será entendido como aquellos con fines de lucro –haciendo la diferencia del sector privado sin fines de lucro como las Mutuales, la Teletón, Cruz Roja, entre otras-, es decir, en el caso de los médicos será entendido como sus **consultas privadas**, y en el caso de la profesión del químico farmacéutico el sector privado será entendido como aquel compuesto por las farmacias privadas y dentro de éstas las correspondientes a las **grandes cadenas** del sector farmacéutico -entiéndase Cruz Verde, Ahumada y Salcobrand- dado que en éstas entidades se concentra el 81% del mercado de ventas de medicamentos, en el país (SERNAC, 2006), en la que éstos profesionales ocupan el cargo de *director técnico de farmacia*.

3.3.2.1. Trabajo de campo

Se ha decidido integrar este breve apartado para entender cómo finalmente quedó definida la muestra de esta investigación. Las proyecciones trazadas para este estudio contemplaban el acceso a dos tipos de actores sobre una misma profesión, los que pertenecieran al sector privado y otros al sector público. Alcanzado el tiempo de realizar el trabajo de campo se encontró la dificultad de acceder a médicos que sólo trabajaran en el sector privado, la mayoría de los profesionales participantes del análisis trabajan al mismo tiempo en ambos sectores de la salud. Por lo que se obtuvo una muestra diferente de la que había sido trazada desde un principio, sin embargo, esta situación implicó el contraste y comparación sobre la prescripción de medicamentos de ambos sectores de manera simultánea en el discurso de los médicos (ver Cuadro N°1 en relación a la muestra).

Resulta oportuno indicar que dentro del sector público en relación a los servicios de salud, se consideraron para el caso de un médico y un químico farmacéutico a una institución perteneciente a un subsector de salud pública, el cual está destinado a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, por lo que cuentan con

establecimientos propios como lo fue el caso del Hospital Naval Almirante NEF de Viña del Mar. Más allá de diferencias cómo opera institucionalmente este establecimiento con el resto de los hospitales público, se consideró relevante la experiencia subjetiva de estos profesionales a la hora de abordar la prescripción y dispensación de medicamentos, por cual no significó un problema metodológico o en la etapa de análisis.

3.3.2.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

El tipo de muestro es **teórico** dado que "...la muestra se realiza según un constructo teórico que acompaña el cuerpo del estudio, y la selección de las unidades de muestreo se lleva a cabo siguiendo las tipologías o perfiles definidos conceptualmente" (Delgado et al., 2006, p.44). De acuerdo con este razonamiento es por ello que se definió a los **profesionales** que se relacionan al uso de medicamentos seleccionando a los médicos quienes son los encargados de prescribir medicamentos; por esta misma razón se seleccionaron a médicos generales y especialistas (neurólogos, oftalmólogos, ginecólogos, hematólogos) que prescribieran cotidianamente medicamentos. Los químicos farmacéuticos definidos como ocupación complementaria por Gyarmati et al. (1984) según la posición que ocupan en el situs profesional, fueron seleccionados debido a que son ellos quienes dispensan los medicamentos a la población.

Por su parte, la estrategia de muestreo para esta investigación es de tipo **estratificado**, pues divide por subgrupos, buscando los significados para cada uno de ellos, además que la ilustración por subgrupos facilita las comparaciones entre las unidades de análisis (Delgado et al., 2006). En este caso la estratificación está dada por tipo de profesión y el contexto en el cual se sitúa esta misma –sector público o privado-. La profesión como el contexto, generan variaciones en el modo de cómo operan las narrativas sobre la prescripción y la dispensación de medicamentos a usuarios por parte de médicos y químicos farmacéuticos respectivamente, así mismo, la división entre distintos subgrupos permitirá conocer diferentes tipos de subjetividades, intereses que prevalecen y por tanto comparar cada una de ellas.

El **tamaño muestral** está definido en base a dos criterios, el primero en términos de **saturación de la información** recogida y por criterios **prácticos** en cuanto al tiempo asignado para la realización de la presente investigación. En este caso el tamaño muestral, a diferencia del muestro cuantitativo que busca una representación estadística, el muestreo cualitativo más que una generalización, busca que el objeto de un estudio se pueda entender mejor, en cuanto a sus significados, con el desarrollo de conceptos (Valles, 1997). Para la realización de esta investigación se habían proyectado cuatro entrevistas por grupo de análisis, pero debido a los cambios sobre lo proyectado para la muestra en el caso de los médicos del sector privado, se optó por aumentar el número de entrevistas para así lograr la saturación de la información, según el criterio de la investigadora. Finalmente el tamaño de la muestra queda definido de la siguiente manera:

Cuadro N°1. Muestra: médicos y químicos farmacéuticos, según sector de la salud.

Médicos			Químicos Farmacéuticos	
Sector Público	Sector Privado	Sector Público-Privado	Sector Público	Sector Privado
Me.Pub.Caso1	Me.Priv.Caso1	Me.Pub.Priv.Caso1	QF.Pub.Caso1	QF.Priv.Caso1
Me.Pub.Caso2		Me.Pub.Priv.Caso2	QF.Pub.Caso2	QF.Priv.Caso2
Me.Pub.Caso3		Me.Pub.Priv.Caso3	QF.Pub.Caso3	QF.Priv.Caso3
Me.Pub.Caso4		Me.Pub.Priv.Caso4	QF.Pub.Caso4	QF.Priv.Caso4
		Me.Pub.Priv.Caso5	QF.Pub.Caso5	

Total Entrevistas Realizadas: 19

Además de las entrevistas indicadas en el Cuadro N°1, se llevó a cabo una entrevista a experto correspondiente al psiquiatra chileno Fernando Lolas Stepke en su calidad de académico fundador del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile y actual (2007-2011) Director del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además, porque es parte de las referencias bibliográficas que definió la construcción del marco teórico bajo el cual se sustenta esta investigación.

3.4. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS

La técnica de producción de datos para llevar a cabo los objetivos propuestos para esta investigación fue la **entrevista semi-estructurada**, en la cual los entrevistados fueron expuestos a una situación concreta (Valles, 1997) en un contexto público o privado, para el caso de los médicos a la prescripción de medicamentos y a los químicos farmacéuticos

sobre la dispensación de los mismos. Se centró la atención en la experiencia subjetiva de los participantes de esta investigación, basados en un guión de entrevista elaborado a partir del estudio previo del campo empírico y la teoría con la cual se enmarca esta investigación, pero dejando el espacio para la no dirección de los entrevistados, es decir, que las respuestas sean espontáneas y no inducidas, además se quiso lograr la especificidad de las temáticas abordadas en relación a los aspectos profesionales, económicos y éticos (ver Anexo 1); y finalmente considerar la amplitud, en el sentido de indagar en el abanico de evocaciones experimentadas por el sujeto y la profundidad y contexto personal de las mismas en cada uno de ellos (Valles, 1997).

3.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

La investigación cualitativa al recoger datos textuales se enfrenta a un gran volumen de datos que debe procesar (Delgado et al., 2006). El proceso de análisis consiste por lo tanto, “en ordenar clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos” (Delgado et al., 2006 p. 99). Considerando los objetivos planteados para este estudio y la técnica de producción de datos, se realizó un **análisis de contenido** a la información generada, con el propósito de lograr la descripción del fondo o la sustancia de los relatos obtenidos por medio de las entrevistas semi-estructuradas. Este tipo de análisis fue entendido como un conjunto de procedimientos para la producción de un meta-texto analítico, es decir, en el que se desea desestabilizar la inteligibilidad inmediata del texto en superficie, mostrando los elementos que no se intuyen inmediatamente, pero que sin embargo están presentes (Díaz, Navarro, en Delgado y Gutiérrez, 1998).

Para llevar a cabo este análisis se siguieron los siguientes pasos:

- 1) Transcripción de las entrevistas: Se transcribieron las 19 entrevistas más la realizada a Fernando Lolas, en las cuales se respetaron los silencios, las exclamaciones, pausas y todo aquello que diera cuenta de la función emotiva del lenguaje de médicos y químicos farmacéuticos.

- 2) Lectura individual de las entrevistas: Se leyó cada una de las entrevistas realizadas, para rescatar los elementos referenciales que habían sido definidos en la pauta, como aquellos que fueron evocados de manera espontánea por los participantes de esta investigación.
- 3) Codificación: Para el manejo del gran volumen de información se crearon códigos como reflejo de las ideas analíticas que guiaron el estudio. La codificación fue considerada como el proceso de reducción y simplificación de los datos, pero al mismo tiempo como la complicación de los mismos, en el sentido que se expanden, transforman y reconceptualizan los datos obtenidos para abrir las posibilidades analíticas (Atkinson, Coffey, 2005). En ellos se pudieron describir acontecimientos particulares, palabras claves, procesos o características que captaron la esencia de los relatos; a priori ya se contaba con una lista de códigos creados a partir del marco de referencia teórico, la pregunta de investigación y los objetivos que la guiaron, para de esta manera explorar y expandir temas analíticos claves.
- 4) Categorización: Luego del proceso anterior se crearon metacategorías, categorías en base a los códigos y subcódigos establecidos (ver Anexo 2). Para facilitar este proceso se utilizó el software Atlas.ti en su versión 5.5.9, programa con el cual se pudo explorar y transitar con mayor desenvoltura por las diferentes entrevistas realizadas, así mismo, se consideraron aquellos hallazgos negativos o que no se ajustaban con los códigos previamente definidos.
- 5) Organización de la información: La información se resume y agrupa en un esquema conceptual de categorización, bajo la cual, posteriormente, se basó y creó los capítulos de análisis de esta investigación (ver Anexo 2).
- 6) Redacción final del análisis de contenido realizada a las entrevistas semi-estructuradas de médicos y químicos farmacéuticos del sector privado y público de la salud, en base a la teoría y a las reflexiones de la investigadora.

3.6. CALIDAD DEL DISEÑO

En base a los planteamientos otorgados por Erlarson (Erlarson 1993, en Valles 1997) para la demostración de la calidad de diseño, el presente estudio se ha basado en la *credibilidad* en relación al uso que se ha dado al conjunto de recursos técnicos para una investigación cualitativa, resguardando las formalidades propias de la aplicación de las técnicas metodológicas, en este sentido la duración e intensidad de las entrevistas en el contexto de estudio cada una de ellas tuvo una duración de aproximadamente 50 minutos, para las cuales se les ha reservado una copia en audio y la transcripción escrita de las mismas. Otro de los criterios para asegurar la calidad del diseño es la *dependibilidad* en la que como investigadora se facilita la documentación obtenida durante el transcurso de la investigación, que da cuenta del rastro acerca del trabajo intelectual realizado, para ello se llevó a cabo una reserva de la información escrita, en este caso de la transcripción de entrevistas y las grabaciones, como también de los diarios de la investigación, para que de este modo estén disponibles a aquellos que lo requieran y cuenten con la información de cómo la investigación se llevó a cabo.

3.7. CONDICIONES ÉTICAS

Los resguardos éticos durante y después de realizada la investigación estuvieron dados por el resguardo de la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento de los entrevistados (Valles, 1997). Desde este punto de vista la privacidad y la confidencialidad se llevaron a cabo en el resguardo de la identidad de cada uno de los participantes de este estudio. Además, los entrevistados para esta investigación dieron su consentimiento a la hora de ser entrevistados a sabiendas que estas conversaciones iban a ser grabados y que luego serían reproducidas sus ideas para llevar a cabo los objetivos de este estudio.

Durante la realización de esta investigación sobre la prescripción y dispensación de medicamentos en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos, se nombraron en las narrativas de los participantes, marcas de medicamentos para ejemplificar diversas situaciones, se ha optado por omitir dichos nombres de fantasía a los cuales se les denominó simplemente como "*Marca X*". Sin embargo, se han dejado los nombres de los principios

activos de los medicamentos, debido a que no se relacionan con ningún laboratorio específico, por ejemplo: paracetamol, omeprazol, loperamida, ergotamina.

CAPÍTULO CUATRO: RESULTADOS

Para comenzar la entrega de los resultados arrojados por esta investigación, se iniciará con la revisión de la situación de los medicamentos en Chile, sección que entrega datos duros y técnicos acerca de lo que ocurre con los medicamentos en el país, para así levantar un panorama y un contexto en el cual se insertan médicos y químicos farmacéuticos a la hora de relacionarse cotidianamente con los medicamentos. El objetivo de esta introducción es dar a conocer al lector las problemáticas importantes en relación a los medicamentos y aclarar algunos de los conceptos que aparecerán a lo largo de la presentación de los análisis realizados.

4.1. CONTEXTO DE LOS MEDICAMENTOS EN CHILE: INTRODUCCIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN EL PAÍS.

Los medicamentos son una herramienta terapéutica utilizada masivamente por médicos y químicos farmacéuticos para prescribir, dispensar o simplemente “sugerir su consumo” (Henriques, D., Romero, A. 1994) y para los autores se ha transformado tanto para los profesionales de la salud como para la misma población en una práctica social frecuente y natural.

Según el diagnóstico realizado por el gobierno en la última presentación de la Política Nacional de Medicamentos realizada por el Ministerio de Salud en el año 2004, el consumo de medicamentos había presentado altibajos con tendencia al alza durante la última década, situación que no se sustenta por cambios epidemiológicos para explicar esta tendencia. Al comparar grupos de productos: **medicamentos de denominación genérica; similares, genéricos de marca; e innovadores**⁷ en relación a las unidades de venta, los

⁷ Medicamentos de denominación genérica (conocidos comúnmente como “genéricos”): es el medicamento que se distribuye rotulado con el nombre genérico del principio activo, o sea, sin ser identificado con una marca o nombre comercial y que debe ser equivalente con el producto de referencia. En Chile existen pocos medicamentos genéricos debido a que no todos han pasado por pruebas de equivalencia como la definición lo propone, es por ello que en la presente investigación utilizaremos el nombre de “medicamento de denominación genérica”. Medicamento similar, genérico de marca: posee el mismo principio activo en igual cantidad (por forma farmacéutica) y la misma vía de administración que otro producto que cuente con registro

medicamentos de denominación genérica representaban en el año 2002 el 39,38% del total del mercado, mientras que los similares y genéricos de marca el 38,5% y los de marca un 22,05%. Éstos mismos en relación al aporte realizado al mercado son los **similares** con un 49,0% los que lo hacen en mayor medida, seguidos por los medicamentos de marca quienes lo realizan en un 43,3% y finalmente aquellos de denominación genérica sólo lo hacen en un 7,69% (ver Cuadro N°2). En otras palabras estas cifras dan cuenta que los medicamentos mayormente consumidos por la población son aquellos de menor valor, es decir, los de denominación genérica y los medicamentos similares o genéricos de marca. La opción por estos y no los medicamentos innovadores dice relación a la diferencia de precios entre éstos medicamentos y los dos anteriormente nombrados siendo del orden del 270%, según lo informado por la Política Nacional de Medicamentos (2004).

Cuadro N°2: Estructura de tipo de productos de medicamentos, según unidades de venta y valores (en %). Año 2002.

Productos	Unidades (%)	Valores (%)
Innovador	22,05	43,3
Genérico de marca	38,5	49,0
Denominación genérica	39,38	7,69
Total	100	100

Fuente: IMS Health (en la Política Nacional de Medicamentos, 2004)

En relación a los gastos en medicamentos, este mismo documento en su diagnóstico afirma que para el año 2002 del gasto nacional en medicamentos se dividía de la siguiente manera: el gasto privado o gasto de bolsillo representaba el 87,3%, mientras que el gasto público un 12,7%.

Otro dato importante a considerar –utilizando datos de la *Encuesta Presupuestos Familiares del INE en pesos de Enero de 1997-* se considera que el primer quintil de ingresos gasta mensualmente en medicamentos en la farmacia un promedio de \$2.654 al mes por hogar, mientras que el 5° quintil gasta \$17.208 “lo que refleja, en parte, la inequidad en el acceso a este ítem” (Política Nacional de Medicamentos, 2004).

En este mismo orden y dirección cabe indicar que el índice de precios en relación a la evolución del *Artículo de Medicamentos de Uso Humano Nacional* indica un alza constante. La causa principal de esta tendencia apunta a la incorporación de nuevos

sanitario vigente, además posee menor precio de venta al público. Medicamento innovador: Producto de referencia con derechos de fabricación exclusiva.

medicamentos al mercado nacional, condición aparejada con el aumento de precios de los productos de marca.

4.2. CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS EN CHILE

Una de las situaciones relevantes en relación al contexto que rodea el consumo de medicamentos en el país, es el cuestionamiento acerca de la calidad de los mismos. Esta situación concierne a los medicamentos de denominación genérica, los similares e innovadores.

Hablar de **calidad de los medicamentos** significa aludir a las aptitudes que posee un fármaco para el uso al cual está destinado, esta aptitud está determinada por su eficacia pondera respecto a su seguridad, según la declaración del fabricante en conformidad a las especificidades del principio activo, en concentración o cantidad, pureza -grado en el que se encuentra libre de contaminantes u otros desechos- y otras características -químicas, físicas del proceso de elaboración- (Política Nacional de Medicamentos, 2004).

Para tener certeza sobre la calidad de los medicamentos existen dos procesos por el cual se comparan fármacos y además se evalúa el rendimiento del medicamento en el organismo. Los cuales se denominan como **bioequivalencia** y **biodisponibilidad**⁸ respectivamente.

La **bioequivalencia** tiene como objetivo demostrar que dos medicamentos tengan el mismo fármaco en la misma dosis, siendo equivalentes en términos de calidad, eficacia y seguridad en el paciente que recibe la medicación. En el país los estudios de bioequivalencia deben hacerse en centros autorizados por el Instituto de Salud Pública (ISP, 2009). Esta institución afirma que la bioequivalencia es un atributo de un medicamento en comparación con uno de referencia, en donde ambos poseen diferentes orígenes de fabricación, pero contienen igual principio activo y cantidad, además son similares en cantidad y velocidad de fármaco absorbido. Esto al ser administrado por vía oral establecido en base a

⁸ Biodisponibilidad: cantidad de un principio activo proveniente de una forma farmacéutica que llega a la circulación sistémica o torrente sanguíneo y la velocidad a que esto ocurre (OMS, 1996)

procedimientos estadísticos. Por lo general el ISP es quien define al producto innovador como el referente, es decir, el medicamento que primero apareció en el mercado, teniendo como supuesto que cuenta con el respaldo de estudios clínicos en número y calidad.

Si no es posible contar con medicamento de referencia de tales características, la autoridad sanitaria tiene la facultad de seleccionar un medicamento similar o uno genérico que haya demostrado calidad, seguridad y eficacia en su uso. Al respecto el Dr. Alexis Aceituno Álvarez, Jefe de Sección de Biofarmacia del ISP afirma que: “En Chile, los productos similares, tanto de marca como con denominación genérica, en su gran mayoría, no han demostrado bioequivalencia, lo que no significa que carezcan de calidad”. A la fecha⁹, existen en el país 19 medicamentos que han demostrado su bioequivalencia (ISP, 2009).

En el caso de América Latina, según lo observado por Silvia Storpirtis (en Lolos 2009) no hay homogeneidad de criterios sobre la exigencia de equivalencias farmacéuticas. Se reconoce la existencia de medicamentos similares (de marca o no) que fueron registrados según normas técnicas específicas en una época en que los conceptos de equivalencia farmacéutica, bioequivalencia e intercambiabilidad no eran discutidos en la región. Aún así, hay esfuerzos en la actualidad, según la autora, sobre los nuevos registros –como se ha explicitado para el caso chileno- pero que dependen de los recursos humanos y financieros, a lo que también se podría agregar una voluntad política.

En la práctica, es importante detenerse a reflexionar en relación a la calidad de los medicamentos que consume la población en general, ya sea de aquellos que son comprados en una farmacia, los que receta un médico en su consulta privada, como los entregados en los hospitales públicos, debido a que se está remitiendo a la eficacia de los mismos en el cuerpo de un ser humano. En primer lugar hay que considerar la diferencia de precios entre un fármaco de marca y uno de denominación genérica, lo que remite a la pregunta: ¿quién

⁹ Listado de productos equivalentes terapéuticos: actualizado el 11 de Febrero de 2011.

tiene acceso a los medicamentos?, pero aún más ¿a qué tipos de medicamentos son a los que, según el ingreso de cada persona, puede acceder?

El consumo en tanto produce bienestar, ya sea en el contexto público o privado, también origina riesgos como la materialización de desigualdades sociales (Alonso, 2004) y es lo que de manera implícita ocurre con la situación de los medicamentos en Chile.

Se define por parte de la autoridad sanitaria que a pesar de no tener un número importante de medicinas puestas en evaluación sobre su equivalencia, esto no debería poner en duda la calidad de los mismos. Pero en el análisis de las narrativas de médicos y químicos farmacéuticos, situadas dentro de discursos sociales específicos y que por tanto dan cuenta de las acciones sociales implícitas en el texto, es la duda, la incerteza, y la ambigüedad acerca de la calidad de los medicamentos utilizados en el país, constante en el discurso de éstos profesionales. Situación que se traduce en la prescripción y dispensación de medicamentos a la población guiada por aspectos más bien subjetivos que de tipo técnicos, como se verá en los apartados sucesivos del análisis. Pero que al respecto en una primera instancia se puede señalar que la vaguedad sobre la **calidad de los medicamentos** impide que los fármacos de denominación genérica sean una buena alternativa en relación a los medicamentos de marca para el consumo de la población, considerando el precio de los mismos y sumado a una calidad, efectividad y seguridad comprobadas.

4.3. PROBLEMAS SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS EN CHILE, SEGÚN EL DISCURSO DE MÉDICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS.

4.3.1 Automedicación

Para la autoridad sanitaria como para los profesionales participantes de esta investigación la automedicación representa uno de los principales problemas actuales del país en relación al consumo de medicamentos. La comprensión de la automedicación, desde la perspectiva del análisis realizado, es indicador de uno de los riesgos a los cuales se enfrenta la población en el consumo de medicamentos lo que hace pertinente generar una

vigilancia social y política de los procesos de consumo, más allá de la sola compraventa (Alonso, 2004).

Según los datos oficiales proporcionados por el Ministerio de Salud la automedicación equivale a un 50% del consumo total de la población (MINSAL, 2004) la cual es practicada de diversas formas a través de:

“...adquisición de medicamentos sin receta médica; utilización de medicamentos de otros miembros de la familia prescritos o no; reutilización de medicamentos prescritos anteriormente; modificación de la dosificación o del período de tiempo de los tratamientos indicados por el médico, entre otras.” (Carvalho, Fernández, Novaes, en Lolas 2009, p.328)

Sobre esta misma circunstancia, existen faltas desde la propia institucionalidad al respecto, dispuestas en un auto-diagnóstico realizado en la ya nombrada Política Nacional de Medicamentos (2004). En ella se asume la inexistencia de un plan de uso racional de medicamentos¹⁰ desde el Ministerio de Salud, sumado a que no han sido medidos los riesgos de la automedicación, entre otras razones porque no existe en el país un sistema de farmacovigilancia¹¹ efectiva. Pero se puede deducir al respecto un mal manejo de las patologías crónicas, la antibiótico resistencia, el encubrimiento y consultas tardías de distintas patologías y desde luego, un gasto muchas veces injustificado en este ítem (MINSAL, 2004).

Tanto para médicos como para químicos farmacéuticos estas deducciones se condicen con los problemas relacionadas al uso y abuso de medicamentos observados por ellos en sus dinámicas laborales con pacientes y consultantes, siendo lo más característico los cambios de tratamiento médico y las reacciones adversas a estas sustancias (ver Cuadro N°3)

¹⁰ Uso Racional del Medicamentos: Para un uso racional es preciso que se prescriba el medicamento apropiado, que se disponga oportunamente y a un precio asequible, que se despache en las condiciones debidas y que se administre en las dosis indicadas y a los intervalos y durante el tiempo prescrito. El medicamento apropiado ha de ser eficaz, de calidad y seguridad aceptadas (OMS, 1985)

¹¹ Farmacovigilancia: Recolección, monitoreo, investigación y evaluación de los datos sobre los efectos de los medicamentos, los productos biológicos, los productos provenientes de plantas y las medicinas tradicionales con el objeto de identificar nueva información sobre reacciones adversas y evitar el daño a los pacientes.

Cuadro N°3: Ejemplos alusivos sobre la automedicación en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos.

Discursos Alusivos	
<p>“...uno usa habitualmente muchísimos medicamentos y hay que estarlos revisando porque el medicamento por sí, por ser medicamento no significa que es bueno, hay medicamentos que hace 20 años atrás eran de primera línea y hoy día no se usan y no han cambiado lo que ha cambiado es el paciente que se va a la farmacia y se compra lo que quiere y se va haciendo resistente a eso o a lo otro, y al final cuando se vienen a enfermar ya no tenemos qué usar con él, eso es muy frecuente con la penicilina, con la amoxicilina... las penicilinas son lo que más conocen, se resfría y se toma una: “pinicilina” como dicen ellos y se la ponen de verdad.” (Me.Pub-Priv.Caso3)</p>	<p>“...[la automedicación] es el principal problema y dolor de cabeza para el servicio del sistema de salud porque sus efectos han determinado hígado graso, problemas gastrointestinales por el tema del omeprazol; el tema de los antigripales con pseudoefedrina con todos los efectos de taquicardia en los seres humano, la clorfenamina y la disminución de la capacidad de atención: aumentó la cantidad de accidentes por culpa del sobre consumo de productos que afecta el sistema nervioso como los antidepresivos, gente que lleva años tomando antidepresivos y fue porque la amiga le dijo ni siquiera porque el médico se lo recetó y ahora están adictas porque si dejan de tomar antidepresivos el problema es grave porque se deprimen más aún porque ya se acostumbraron al medicamento, u otra cosa son los productos que se consideran como naturales y no lo son...” (QF.Priv.Caso3)</p>

Pero la automedicación, también es definida como una expresión de autocuidado por parte del Ministerio de Salud: “siempre que sea adecuada al problema de salud que se desea tratar y por sobre todo segura” (MINSAL, 2010). Esta definición aplicaría a aquellos padecimientos que pueden ser reconocidos y tratados por quienes los sufren, sin la necesidad de recurrir en un primer momento a un médico. Lo que en definitiva se denominaría como una **automedicación responsable** en la que “el consumidor es protagonista en el cuidado de su salud.”(MINSAL, 2010).

La comprensión acerca de la automedicación tal como es presentada por el gobierno, reconoce diferentes tipos de manifestaciones y problemáticas. En una primera instancia se especifican las consecuencias de tipo sanitarias a las que se expone la población en general al auto-consumir medicamentos sin la mediación profesional, y en una segunda exposición desde la postura del medicamento como un bien de consumo como cualquier otro, se presenta a un consumidor que tiene la libertad de elegir el producto que satisfaga sus deseos y gustos, que además supone el conocimiento de éste mismo sobre su enfermedad y la solución a ella.

El consumo como tema de reflexión es instalado superficialmente dentro del debate de la automedicación y los medicamentos en general. La actual política de salud que trata este tópico se posiciona más bien sobre cómo debería ser este consumo y no cómo es en la práctica, así mismo sucede con lo expuesto por los profesionales.

Para comprender el asunto de la prescripción y la dispensación de medicamentos se incluyó la perspectiva del consumo en el que el **sujeto social** posee un lugar importante, considerando que en estas prácticas se traducen procesos de producción y reproducción social, en los que además ellos como *sujetos* se pueden posicionar con lógicas de confrontación, dominación, resistencia o cambio al respecto (Alonso 2004). El sujeto social para esta investigación son los **profesionales médicos y químicos farmacéuticos**, quienes en sus relatos nos orientan a sus posiciones en relación al consumo de medicamentos que realiza la población. Lo importante en este punto, es resaltar que los medicamentos como bien de consumo tienen la particularidad de ser una herramienta terapéutica esencial para todo acto médico (Henriques, D., Romero, A. 1994), pero en la que éstos *sujetos* producen y reproducen necesidades sobre el consumo de medicamentos que transmiten a los usuarios de sus servicios en la prescripción y dispensación de fármacos. Pero en la que a su vez, existen lógicas de dominación frente a un aparato institucional que no permite observar y manejar el consumo de medicamentos de otra manera y además lógicas de resistencia a los incentivos culturales sobre el consumo de medicamentos, que están constantemente en tensión.

La visión sobre la automedicación que tengan los profesionales va a depender de la posición y la realidad cotidiana en la que realizan sus labores los sujetos entrevistados, en efecto su definición entregó una multidimensionalidad de expresiones, discursos que están relacionados y por tanto dan cuenta que el consumo de medicamentos en la población es un hecho complejo, no unidireccional, en el que confluyen más de un factor que debe ser analizado. Ante la situación planteada, se han clasificado las narrativas de los profesionales en tres grandes tipos de justificaciones sobre la automedicación de la población. Se dará a conocer una definición para comprender cada una de ellas, para luego ejemplificar con los discursos alusivos (ver Cuadro N°4).

1) **Automedicación por el valor simbólico atribuido al medicamento:** desde la antropología se puede realizar una lectura en la que los medicamentos son receptores y vehículos de ideas como: bienestar, curación y salud, dado que al atacar o erradicar los síntomas restituye el estado de bienestar anterior a la dolencia o por lo menos lo acerca. Los medicamentos en este sentido representan y significan socialmente, pero en los que hay que considerar que son productos de una formación social dada y de momentos históricos particulares (Barajas, 2000). Un autor clásico que ayuda a comprender aquellos aspectos subjetivos sobre las representaciones que se adhieren a los medicamentos, y más que medicamentos entendiéndolos a estos como tecnología fruto de una práctica y discurso científico, es Max Weber (2007), quien en su análisis sobre el proceso de racionalización e intelectualización de las sociedades modernas afirma que existe un conocimiento o una fe sobre el poder de dominar todas las cosas mediante el cálculo y los medios técnicos, lo que implica la “desmagificación” del mundo. El medicamento como síntesis tecnológica representa a esta fe basada en la técnica, en el conocimiento científico objetivo capaz de dominar todas las cosas, como lo es en este caso, las enfermedades. De allí la alusión a las expectativas que poseen los consultantes o pacientes sobre el uso de medicamentos en el tratamiento de enfermedades reales como potenciales, e incluso sobre otros tipos de “problemas” que se alejan de la recuperación del estado de salud, pero que atañen igualmente al cuerpo como lo son las preocupaciones estéticas o los problemas anímicos de una persona.

2) **Automedicación por inaccesibilidad a los servicios de salud:** en un ámbito más concreto, pero no por eso de menor envergadura, existe una alusión a que la automedicación responde a un problema social de inaccesibilidad a los servicios salud, con esto se hace referencia tanto al contexto público como privado. En el primero de ellos, la inaccesibilidad responde a la burocracia que implica la atención médica en un recinto hospitalario, específicamente, las largas “listas de espera” que deben aguardar los usuarios de estos recintos para ser atendidos en sus diferentes solicitudes. En el contexto privado, por su parte, la falta de recursos para pagar una

atención médica de elevados costos es el motivo que aleja a los usuarios de estos servicios de salud, según el discurso entregado por los profesionales. En ambos casos lo interesante es dar cuenta que la consulta médica alude principalmente a la entrega de medicamentos como su objetivo final. Entonces dado los impedimentos para acceder a ella, la automedicación se presenta como la opción más fácil y económica para acceder a la solución sobre diferentes problemas médicos.

- 3) **Automedicación por excesos de incentivos comerciales:** otra de las dimensiones tratadas en este apartado se refiere al medicamento como mercancía; que como cualquier otro tipo de objeto de consumo está acompañado de publicidad, nombre, marca, y en el caso de los medicamentos de venta libre, es decir, sin necesidad de una prescripción médica para su adquisición, hace que sea un objeto de fácil acceso para cualquier usuario. De igual manera las actuales farmacias tipo “drugstore”, son lugares en los que se comercializan los medicamentos y además otras clases de artículos variados como alimentos, cosméticos, juguetes, entre otros. Para la antropóloga Cristina Barajas (2000) el mensaje que se envía al consumidor es el siguiente:

“...al encontrar esta mezcla de productos en el expendio, es asumir que el medicamento se puede consumir tan fácil, autónoma e irresponsablemente como cualquier otro artículo. Obedece al mismo orden de cosas, las que se adquieren fácilmente y se consumen sin mayor cuidado, sin riesgos para su integridad física.” (Barajas, 2000)

Los incentivos comerciales de los que aquí se habla se refieren primordialmente a los lugares en que son vendidos los medicamentos en el sector privado, y que se ha identificado para el caso de esta investigación como las *grandes cadenas de farmacia*. Esta situación sumada a los otros aspectos ya nombrados, es decir, el **valor simbólico de los medicamentos** como síntesis tecnológica y la asociación de los fármacos como **la** manera de solucionar una amplia gama de problemas asociados a la salud de las personas, además del **vínculo entre la consulta a un médico y la entrega de un fármaco** como objetivo final, conduce a que los medicamentos sean un bien de consumo rentable en nuestra sociedad, donde estos elementos ayudan a

gestar una cultura en el país que incentiva el consumo de estas sustancias, más que las restringe, además de incorporar y naturalizar la lógica mercantil en un objeto de gran complejidad en sus implicancias individuales como sociales.

Cuadro N°4: Tipos de Automedicación: Discursos alusivos de médicos y químicos farmacéuticos

Tipo de Automedicación	Discursos Alusivos	
Valor simbólico de los medicamentos	<p><i>“pero hay mucha gente que se levanta y se toma un paracetamol o una aspirina para levantarse el ánimo y de ¡toda la vida te dicen ellos!”</i> (Med.Pub.Caso2)</p>	<p><i>“...Yo creo que somos una población tremendamente hipocondriaca y que si te duele la puntita de la uña: ¡se me tiene que pasar el dolor!...el paciente quiere ojalá una pildorita que le haga la magia y que le disuelva todos sus problemas, y en realidad no existe la pildorita hay varios medicamentos, entonces: “¡démelos todos!” y a veces no te dan ni el tiempo de decirles cómo se los tiene que tomar, cada cuántas horas, cuánto tiempo, a él lo único que le interesa es que tú le vendas algo tomárselo y llevárselo...”</i> (QF.Priv.Caso2)</p>
Inaccessibilidad a los servicios de salud	<p><i>“...la gente va al consultorio a pedir una hora le dan una hora para 15 días más y si va al médico en la consulta privada le vale 5, 15, 20 mil pesos; entonces ni va al consultorio ni va a la consulta entonces no es un problema de decirle no más que no tome este o este otro medicamento, es un problema del sistema de salud que tenemos imperante aquí, que es bastante injusto creo yo.”</i> (Me.Pub.Priv.Caso3)</p>	<p><i>“...sí está [la] dificultad de ver al médico por la mala medicina que se está entregando, medicina de mala calidad: muy demorada, con listas de espera muy grandes, si yo estoy enfermo, estoy enfermo ahora, no estoy enfermo en tres meses más...”</i> (Me.Pub.Caso6)</p>
Excesos de incentivos comerciales	<p><i>“...cuando te dicen en una hoja de periódico: hoy el día del paracetamol, lleve tres y pague dos, o el genérico a \$1, lo que estoy haciendo, estoy haciendo lo mismo que hacen las empresas cuando Falabella pone un canasto con ropa, que la gente que no lo necesita lo va a llevar porque está tan barato, hay que aprovechar la oferta, estoy tratando al medicamento en ese nivel, hoy día de la papa, de la verdura 20% de descuento, hoy día del paracetamol un 20% de descuento...”</i> (QF.Pub.Caso1)</p>	<p><i>“...es un gran problema de salud pública la automedicación, pero también es un gran negocio”</i> (Me.Pub.Priv.Caso3)</p>

4.3.2 Responsabilidad Profesional

La lectura que realizan los profesionales, sobre la automedicación y los problemas que ellos ven aparejados, permite al mismo tiempo analizar aquello que se *silencia* o se deja sin construir dentro de este discurso.

Existe una constante responsabilidad atribuida al consumidor en relación a su consumo de medicamentos, pero no existe una reflexión sobre la responsabilidad profesional que tienen médicos y químicos farmacéuticos en relación a la medicación excesiva por parte de sus pacientes, clientes o consultantes. Entendiendo a la responsabilidad profesional como la capacidad de responder como profesión a necesidades sociales (Gyarmati et al., 1984; Lolas, 200). Como se ha expuesto, una de las necesidades sociales en relación a los medicamentos es su uso injustificado, cabe preguntar entonces ¿cuál es el rol de las profesiones ante esta necesidad?, considerando que el conocimiento sobre los medicamentos no lo detenta el consumidor, él puede poseer información pero no llega a la especificidad característica de este objeto, a lo propiamente técnico. Se puede suponer entonces que existe en la mayoría de los casos una ignorancia acerca de los medicamentos que se consumen: las reacciones adversas que se pudiesen generar a corto o largo plazo con el uso de fármacos, las diferencias que existen entre aquellos de tipo genérico y los de marca, por ejemplo.

Es en este sentido la responsabilidad profesional atribuida dice relación con el estatus que éstas poseen, son ellas las capaces de difundir ideas a la sociedad tanto de status quo como de cambio, que al estar amparados en el prestigio del saber técnico quedan lejos del escrutinio del resto sociedad, pero que son elementos importantes de develar, debido a que como Gyarmati et al. (1984) advierte:

“Los conocimientos del profesional son, por su esencia, altamente especializados. Su cliente, en la mayoría de los casos, no los posee. A menudo ni siquiera sería capaz de entenderlos. Debido a este hecho se crea una relación de dependencia entre el profesional y la persona que

recurre a sus servicios. Esta dependencia entraña el peligro potencial de abuso.” (Gyarmati et al., 1984, p. 45)

En este sentido, se podría realizar un paralelo entre la actividad de estos profesionales y la actividad científica como “praxis social” en el contexto de la supuesta neutralidad de sus actividades, pero en la que existe una responsabilidad doble: como profesional y como actor social. Esta última por la posición asimétrica de mayor conocimiento y por el prestigio que éste lleva consigo (Quezada, en Lolas 2009).

La perspectiva sobre el consumo de medicamentos en el que se considera la participación de los actores sociales que intervienen en esta situación, implica una reflexión sobre la educación, el bienestar, la salud es por tanto una reflexión política (Alonso, 2004; Horwitz, 2008). Es evidente entonces que el rol de los consumidores visualizado como un ente libre y soberano en la consumación de sus deseos y gustos como es definido en la *automedicación responsable* que indica el gobierno o por el contrario como un sujeto controlado, manipulado por la avidez de esta práctica, deja fuera a los actores que intervienen directamente, que en el caso de esta investigación se ha considerado a médicos y químicos farmacéuticos dada la responsabilidad que a ellos les compete en la relación constante que tienen con sus pacientes y/o clientes en la transmisión de ideologías o la naturalización de las mismas, como también la educación que estos actores proveen a los usuarios con quienes se relacionan.

Considerando el concepto de cultura entendido como “la difusión de conocimientos, de las nuevas ideas y planteamientos, junto con su conversión en lo que podríamos llamar propiedad social, en la base para la acción vital de las personas y la comunidad” (Gyarmati et al., 1984:26). Parece válido preguntar por qué ciertas ideas son defendidas y posicionadas y otras no, de parte de los profesionales. Pero al mismo tiempo hay que considerar que los discursos sobre las prácticas, en palabras de Bourdieu (1999, en Alonso s.f.), se construyen en lo concreto y es en este espacio donde convive una multiplicidad de factores, a veces conflictivos, contradictorios y también transformadores, es por tanto un espacio complejo de análisis. Los profesionales estudiados tienen intereses relacionados al éxito de su profesión,

fidelidades a las instituciones que los acogen, relaciones con entidades económicas que entran en conflicto con disposiciones previas asistenciales o con el “espíritu de servicio”. Es por este motivo necesario realizar una descripción y análisis de cada una de las profesiones estudiadas y para comprender cómo entran en tensión los discursos sobre sus prácticas en relación al uso de medicamentos en la prescripción y dispensación. Situación en la que el vínculo entre responsabilidad profesional y las necesidades sociales se ven fracturadas.

4.4. PROFESIONALES: PODERES CLAVES

En las actuales sociedades los sectores que dominan el conocimiento y además lo controlan, poseen un importante papel en los procesos de cambio o estancamiento social. Se considera en esta investigación a los profesionales como un **poder clave**, dado que son una **colectividad organizada** (Gyarmati et al., 1984) que cumplen con ciertas funciones sociales, la medicina por ejemplo puede definir lo que se entiende por enfermedad y salud y por tanto decidir cuáles son los métodos más apropiados para tratar dichos padecimientos. Esta premisa escapa del conocimiento puramente técnico que detentan los profesionales, define en la práctica un modo de ver, de actuar, de ser profesional en los espacios específicos en los que ejerce su labor. Las implicancias de lo anterior repercute en las vivencias cotidianas de las personas, incorporándose al entramado de ideas que corresponden a un momento definido del tiempo, en palabras del autor se incorporan al sentido común de una época determinada:

“Constituyen así una de las fuerzas más importantes en la creación de la cultura y la formulación de ideologías que subyacen y legitimizan el ordenamiento de la sociedad y enmarcan el comportamiento del individuo dentro de ella. Desempeñan un papel igualmente importante en la formulación de las ideologías contestatarias, orientadas a promover una sociedad distinta de la que existe” (Gyarmati et al. 1984:24).

En ese mismo sentido que para Fernando Lolas (2009) en cualquier ámbito la ética, la moral y el poder son elementos que deben ser analizados en conjunto. En el que el poder profesional, que deriva del poder de la ciencia “es uno importante en esta era de “expertocracias”” (Lolas, 2000, p.20). Una lectura al respecto, es entregada por Joan

Busfield quien se basa en el concepto trabajado, por el también sociólogo, Donald Light (en Conrad, 2008) son los **countervailing power** para quien los poderes están en una relación dinámica constante: “...power is not a monolithic and the power of one body may lead to resistance and the reassertion of power by another ...The sociological question pertinent here is how the balance of power operates between these groups...¹²” (Busfield, en Brown 2008, p. 415). Además de los profesionales médicos y químicos farmacéuticos que ya hemos definido como poderes claves para esta investigación, también lo son los servicios de asistencia sanitaria y las instituciones con las cuales se relacionan (farmacias, hospitales, consultas privadas y laboratorios). Lugares en los que se plasma el perfil de las profesiones, su poder relativo e incluso cambios en su base cognoscitiva. El concepto de countervailing power, es según Light (en Conrad, 2008) un concepto útil para entender las relaciones de las profesiones con la economía y el Estado. El interés subyacente de este capítulo es indagar en los diferentes aspectos que intervienen a la hora de tomar decisiones sobre la prescripción y dispensación de medicamentos, por parte de los profesionales participantes de esta investigación.

4.4.1. Médicos

4.4.1.1. Prescripción de Medicamentos: La valoración de la tecnología como recurso terapéutico.

Los sociólogos estadounidenses Peter Conrad y Joseph W. Schneider (1992) en su reflexión acerca de la medicina contemporánea afirman que se ha hecho cada vez más especializada y dependiente de la tecnología, de manera histórica se puede observar que grandes avances de la época actual fueron hechos en la medicina directamente y que muchos de ellos están relacionados con la tecnología:

“...miracle medicines like penicillin, a myriad of psicoactive drugs, heart and brain surgery, the electrocardiograph, CAT scanners, fetal monitors, kidney dialysis machines, artificial organs, and transplant surgery, to name but a few. The hospital has become the primary

¹² Traducción Libre de la Autora: “... el poder no es monolítico y el poder de un organismo puede llevar a la resistencia y la reafirmación de otro poder...La pregunta sociológica pertinente aquí es cómo es el equilibrio de poder entre estos grupos”.

medical workshop, a center for technological medicine” (Peter Conrad, Joseph Schneider, 1992, p.199, en Conrad, 2009)¹³

En las modernas sociedades occidentales la enfermedad y la dolencia se consideran como un fenómeno natural y por tanto sujeto a investigación y estudios medidos por métodos científicos. Las causas de las mismas, como las posibles curas para distintas enfermedades pasan por un proceso de comprobación científica que se elabora en un laboratorio bajo un ambiente controlado. (Coe, 1973)

A pesar de la fe basada en el progreso técnico científico de las actuales sociedades, cuyo discurso goza de un prestigio intelectual, este no ha estado exento de cuestionamiento, del cual ya hablaba Weber a principios del Siglo XX (Weber, 2007). De manera similar los profesionales, quienes basan gran parte de su prestigio precisamente en este tipo de razonamiento, han sido cuestionados desde la sociología dado que los avances técnicos no necesariamente se han traducido en avances sociales alcanzables para las grandes masas de la población, produciendo un cuestionamiento a ellos mismos y su rol en consideración a la responsabilidad social que le es atribuida. Puesto que a pesar de su poder y conocimiento no se ha traducido a una sociedad más humana o ética. Para esta investigación uno de los elementos tecnológicos importantes en el campo salud es el uso de medicamentos y la consideración cultural en que crecientemente se ve a los fármacos como la forma de resolver todo tipo de situaciones que luego serán considerados como enfermedades, en vez de ser la solución a una gama reducida de padecimientos físicos (Busfield, en Brown 2008).

Para hablar de la prescripción de medicamentos en Chile hay que tener en cuenta ciertas consideraciones legales. En el Código Sanitario del país se explicita que la única profesión que prescribe medicamentos con total libertad es la de médicos-cirujanos¹⁴, quienes además están legalmente calificados para formular diagnósticos, pronósticos o

¹³ Traducción Libre de la investigadora: “Medicinas milagrosas como la penicilina, numerosas drogas psicoactivas, cirugía de corazón y cerebro, el electrocardiógrafo, escáner tipo TAC, monitores fetales, dializadores de riñón, órganos artificiales y cirugías de trasplantes, por nombrar algunas. El hospital se ha convertido en el taller primario médico, un centro para la medicina tecnológica.”

¹⁴ Código Sanitario, Libro Quinto. Del Ejercicio de la medicina y profesiones afines. Artículo 113 Código Sanitario: Se considera ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano todo acto realizado con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o consultantes, en forma directa o indirecta, por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina.

tratamientos a pacientes o consultantes (MINSAL, 1968), en el caso de cirujano-dentistas¹⁵ y matronas¹⁶ también pueden realizar prescripciones de medicamentos pero bajo restricciones. Se podría decir en palabras de Busfield (en Brown 2008) que los médicos poseen un casi monopolio sobre la prescripción de medicamentos, entendido el monopolio como el derecho exclusivo de ofrecer servicios en ciertos espacios.

Considerar la prescripción de medicamentos dentro del análisis es además reflexionar acerca de la relación creada entre un buscador de salud y un dador de salud (Heran, Monsalve, 2003). Es lo que se conoce como la relación entre médico y paciente o relación terapéutica. Desde la perspectiva de la antropología médica, al respecto se ha definido que la relación entre profesional de la salud y sus pacientes está enmarcada por factores sociales y culturales, que en definitiva influenciarán en la consulta con el médico – en este caso- y las decisiones en la terapia que este mismo considere llevar a cabo (Heran, Monsalve, 2003). Por tanto cambios de tipo social, económicos, educacionales, políticos también son posibles de evidenciar y se dejan traslucir en la relación médico-paciente.

En términos de las características particulares que los médicos adoptan en esta relación, los profesionales deben procurar la generación y recepción de sentimientos positivos, generar una relación que tienda a la intimidad con el paciente lo que en definitiva favorece el diagnóstico y el posterior tratamiento: “La formación antropológica y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables por la tecnología, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz” (Heran, Monsalve, 2003).

Esta última cita realza la importancia de la palabra como herramienta terapéutica, si se considera como supuesto la afirmación del doctor Fernando Lolas (2009) para quien “la

¹⁵ Código Sanitario, Libro Quinto. Del Ejercicio de la medicina y profesiones afines Artículo 115. Los cirujano-dentistas sólo podrán prestar atenciones odonto-estomatológicas. Podrán, asimismo, adquirir o prescribir los medicamentos necesarios para dichos fines, de acuerdo al reglamento que dicte el Director General de Salud.

¹⁶ Código Sanitario, Libro Quinto. Del Ejercicio de la medicina y profesiones afines Artículo 117. El ejercicio de la profesión de matrona comprenderá la atención del embarazo, parto y puerperio normales...Podrán usar y prescribir sólo aquellos medicamentos que el reglamento clasifique como necesarios para la atención de partos normales.

recuperación de la salud descansa sobre tres herramientas terapéuticas: la palabra, el fármaco y el bisturí” (Lolas 2009, p. 19) al indagar en las narrativas de los entrevistados acerca de la importancia atribuida a la palabra en comparación con los otros elementos ya nombrados, una mayoría reconoce la relevancia de la palabra como una unidad básica en la relación con el paciente, es lo que marca el comienzo de ella, pero a su vez, también puede marcar el fin en términos de que el paciente o consultante no regrese con el médico si no se lograron generar las condiciones mínimas de confianza o satisfacción. Por tanto habría dos lecturas en este sentido, por una parte la relación médico-paciente que tiene características de benevolencia sobre el servicio esperado de aquel que busca la sanidad, es decir, se apela a un fin que va más allá de una racionalidad instrumental, implica una reflexión ética en la relación médico-paciente lo que en definitiva mejora un diagnóstico preliminar además de un buen tratamiento:

“... y uno le puede decir: tenga confianza, tenga esperanza yo lo voy a ayudar, voy a hacer todo lo posible, esta relación es de humanización y la he ido ganando y me he ido dando cuenta de lo importante que es...” (Med.Pub.Caso.2)

Pero a su vez es importante pues puede significar el éxito profesional o no en la retención de un consultante:

“A ver, yo creo que en general si nos vamos a todos los pacientes que pudiera atender en su vida el instrumento más importante es la palabra porque es lo que más se utiliza y uno escucha las quejas de otras personas...y la gente además de agradecida y multiplicarse en las consultas, la gente se abre de tal manera que el diagnóstico es más fácil, la persona si uno está mirando un escritorio muchas veces no le va a contar muchas cosas, pero yo creo que es la parte más importante del diagnóstico y tratamiento exitoso o aliviador, porque uno no mejorara a todo el mundo, pero de alguna manera [uno] tiene que generar algún consuelo y alivio si no puede mejorarlo.” (Med.Pub.Caso.3)

A pesar de que la palabra es realzada e incluso ennoblecida como tratamiento terapéutico existen otras decisiones implicadas a la hora de tratar un paciente, no sólo fundamentadas en aspectos científicos y técnicos, sino también fundados en valores, creencias y costumbres (Heran, Monsalve, 2003). Lo mismo ocurre para el caso de la medicina alternativa surgiendo como una técnica al margen dentro del espectro de tratamientos a utilizar con un paciente o consultante, no son desaprobadas sus técnicas e incluso algunos médicos complementaban este tipo de conocimientos con las herramientas tradicionales de la medicina científica, por ejemplo con el uso de imanes, hipnosis y

acupuntura. Pero se asume como verdad para este grupo de profesionales que no es una forma importante de curar en comparación con los instrumentos que posee la medicina científica moderna y además que no es lo esperado por los propios usuarios.

En el caso de la prescripción de medicamentos en base al trabajo de campo realizado, se puede afirmar que existe una cultura en la relación médico-paciente en la que se tiende a “**sobreprescribir**” en la mayoría de los casos ocasionado por el alto valor simbólico que poseen los medicamentos. Estas consideraciones se basan en apreciar a los medicamentos como elementos de cura, productores de bienestar, aquel que ataca síntomas y a la vez los previene, evitando de esta manera -aunque sea de forma temporal- las sensaciones dolorosas e incómodas que significan la enfermedad (Barajas, 2000). Estas ideas son transmitidas en la relación médico-paciente durante el proceso de prescripción de un medicamento construyendo de esta manera una realidad y una cultura que le será propia a este acto social, es en este sentido que el médico ha pasado a ser predominantemente en una consulta médica un **médico recetador** puesto que es el acto que finaliza y a la vez satisface las necesidades de un consultante o paciente.

4.4.1.2. Médico Recetador: Definición del éxito profesional

Es relevante insistir en esta figura puesto que la decisión profesional que hay detrás de expender una receta médica contiene en sí justificaciones que están fuera del discurso propiamente técnico o científico y posee dimensiones de tipo sociales. Para este caso se ha analizado las justificaciones discursivas frente a una “sobreprescripción” de medicamentos por parte de los médicos. En este análisis específico se ha distinguido dos tipos de argumentos: uno que concierne al orden de **valoraciones de los médicos en relación a la prescripción de medicamentos** y otra que hace referencia al **rol que juega el consultante o paciente dentro de la consulta médica**.

1) Las **valoraciones de los médicos en relación a la prescripción de medicamentos**, apela a lo que la socióloga Joan Busfield (en Brown, 2008) había definido sobre cómo los fármacos ayudan a mantener el *aura científica crucial para el poder profesional médico*. En el caso empírico observado, las

justificaciones sobre la entrega de medicamentos a un paciente cada vez que termina una consulta médica en el discurso de los médicos participantes de esta investigación, reafirma la idea de prescribir aunque no sea necesario, sólo para dejar “tranquilo” al paciente o porque este “cree” que le hará algún efecto, en malestares que no son graves y que generalmente ni siquiera necesitan de algún tipo de medicación. La prescripción de medicamentos significa una herramienta de fácil uso dentro de la consulta para los médicos y su vez representa la ventaja de aminorar el tiempo para los tratamientos utilizados con los pacientes y es la prescripción de medicamentos la cristalización del fin de la consulta con el médico por medio de la entrega de una píldora:

“...el paciente viene con algo y uno busca que el paciente se vaya con la idea de que se le vaya a pasar a los días...y hay muchas cosas que aunque uno les de medicamentos no se quitan como por ejemplo el resfrío...y uno a pesar que sabe que con medicamentos se iría igual que sin medicamentos uno igual deja a veces, pero es como por dejar algo a veces, como para dejar contento al paciente.” (Med.Pub.Caso.1)

“...nosotros nos damos cuenta...que los médicos jóvenes no están tan bien formados como antes, que no son muy clínicos, que no van a la anamnesis¹⁷ a buscar información sobre el paciente entonces hay un disparo de escopeta como se dice, entonces tú le das una receta por esto, esto y esto otro entonces tú con eso te estás cubriendo las espaldas porque a algo le achuntarás y se mejorará el paciente pero a lo mejor si tú eres un poquito más exacto en la pregunta, en el examen físico, tú vas a saber que a lo mejor de recetar cuatro vas a recetar uno...” (Med.Pub.Caso.2)

Pero que los medicamentos sean considerados como fáciles de prescribir y que además disminuyan el tiempo necesitado con los pacientes, al mismo tiempo, ayuda a un sistema público de salud congestionado, siendo a la vez un síntoma y no sólo el símbolo de un poder profesional tal cual se refiere Busfield¹⁸. El sistema público en este contexto, atiende en promedio entre 10 y 15 minutos por paciente, tiempo escaso para lograr una anamnesis completa y dar lugar a un seguimiento y estudio de los síntomas de los usuarios de este sistema de salud, por tanto tal cual advertía Bourdieu (1999, en Alonso, s.f.) los

¹⁷ Anamnesis (médica de un paciente): es el término empleado en Medicina –también en Psiquiatría y Psicología- para referirse a la información recolectada por un doctor u otro profesional de la salud mediante preguntas específicas formuladas al propio paciente o a otras personas que conozcan a este último y puedan dar datos útiles para obtener información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente.

¹⁸ Reflexión teórica en la que hay que considerar el contexto desde el cual realiza su análisis: Inglaterra, un país desarrollado y con sistema de salud diferente al que posee Chile.

profesionales encuentran en el discurso de sus prácticas un escenario multideterminado, conflictivo y contradictorio.

“...uno de repente como que abusa es que uno...se presiona por la gente te dicen tengo un dolor de cabeza y no se me pasa y...en vez de estudiarlo le da harto medicamento para que se le pase luego, en vez de estudiarlo, tener calma, un poco por satisfacer al paciente en el fondo en vez de ver cómo soluciona el problema...hay muy poco tiempo es un ir y volver de los pacientes es muy poco el tiempo para educar a la gente a nosotros nos dan un buen tiempo, son 15 minutos por paciente pero en promedio son 10 y en todos lados son 10 y uno en teoría lo ideal es como media hora por paciente...”
(Med.Pub.Caso.1)

- 2) En segundo lugar sobre las justificaciones de los médicos hay una mirada que señala a **los pacientes y consultantes como responsables en la sobreprescripción de medicamentos**. De esta manera se alude en primera instancia, a la normalización por parte del grupo de usuarios de sus servicios a la entrega de una receta médica al finalizar una consulta, situándose para el médico como un imperativo a cumplir, para satisfacer las expectativas y demandas del público. Con referencia a lo anterior, esta última posición se relaciona con la búsqueda del éxito profesional, según Gabriel Gyarmati et al. (1984) desde la teoría sobre los profesionales y su relación con la sociedad, afirma que en la escala de valores predominante en la sociedad actual y por tanto también en el mundo de los profesionales, la prioridad no se otorga necesariamente a la calidad del trabajo sino más bien al éxito. Éste éxito generalmente es medido en términos monetarios y de posiciones escaladas los que no se vinculan necesariamente con los intereses o necesidades de un cliente sino más bien son motivaciones individuales que mueven al profesional. Si bien no es objeto de crítica la búsqueda del éxito por parte de los médicos en su consulta, ni el tratar de retener o mantener una relación a largo plazo con el paciente o consultante, se cuestiona sí que la entrega de medicamentos se realice de manera innecesaria, incluso a sabiendas que estas sustancias no son indispensables para tratar ciertas patologías, como también que responda a las exigencias de un paciente o consultante que se ha habituado en la relación médico-paciente que esta finalice forzosamente en la entrega de un fármaco. Puesto que en definitiva no se hace

más que reforzar una idea en la que se cree que el medicamento es la mejor forma para solucionar cualquier tipo de problemas sean enfermedades o no, como también una ideología que no propone ideas transformadoras sino más bien de status quo en relación a facilitar el uso de medicamentos por parte de este grupo de análisis:

“...la consulta tiene que terminar en una prescripción porque: muy bien, no es necesario que tome nada entonces, ok. [y te dicen] “Doctor es que sabe yo además no duermo bien en la noche y despierto cansado ¿me puedo tomar algo?” No, no es necesario. “Sabe qué pero una última cosita me caen algunas cosas mal a la guata ¿puedo tomar algo?”. Entonces tengo que salir con receta y si no yo creo que se sienten estafados: el doctor no me dio naaaada, me mandaron para la casa y me dijo que no tenía nada y pagué para esto más encima. Es verdad [se debe recetar medicamentos al terminar la consulta médica].” (Med.Priv.Caso.2)

“...en cuanto a que al terminar una entrevista con un paciente tiene que terminar con una receta, es que el paciente no va a buscar solamente consuelo, no va a buscar que solamente se le escuche, aunque en el fondo sea ese el motivo, sin embargo siempre espera que esa última gotita sea algo mágico, entonces claro si nosotros analizamos la psicología del paciente vemos que a veces es necesario administrarle algo así, no vamos a decir placebo porque no se vende el placebo como placebo, sin embargo podemos administrarle algo que no sea muy importante como medicamento pero sí del punto de vista psicológico le va hacer un gran efecto.” (Med.Priv.Caso.1)

La alusión al uso de medicamentos placebos, por parte de los médicos al entregar fármacos que no son potentes en su aspecto químico, pero que sí tienen un efecto en la psiquis del paciente, permite una breve reflexión acerca de éstas sustancias entendidas como aquellas que carecen en sí mismas de un efecto terapéutico, pero que producen un efecto curativo en el enfermo si éste la recibe convencido de que realmente posee tal acción. Al respecto el médico chileno Miguel Kottow y magíster en sociología, explica en esta materia que el uso de placebos sólo se justifica en ausencia o inaccesibilidad a una terapia reconocidamente como eficaz; y el engaño al paciente tiene el objetivo de beneficiarlo de manera indirecta, y aunque es un tema en discusión, se trata de un acto terapéutico benéfico para el paciente y éticamente justificable en este sentido (Kottow, 2008). Se puede asumir al respecto, que los efectos de estas sustancias en el cuerpo no son dañinos debido a que se trata de medicamentos de menor complejidad, de modo que el uso para “dejar tranquilo al paciente” parece justificable. Pero, en este sentido, refuerza una idea en la cultura profesional de los médicos que la medicación es la mejor y más rápida forma de curar (Busfield, en Brown, 2008), a la vez, es una visión cortoplacista sobre el consumo de

medicamentos, pues en esta narrativa que denota una acción social implícita, se contribuye a facilitar y promover el uso de fármacos, en vez de generar una cultura responsable en el uso de medicamentos, donde se utilicen los fármacos cuando son realmente necesarios.

4.4.1.3. Decisiones sobre la prescripción de medicamentos: particularidades en el sector público

La salud en Chile se divide en un sistema público y uno de carácter privado. En el caso del sistema público éste ha sido reformado sucesivamente a partir de 1980 y actualmente está constituido por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) organizado por una red de servicios regionales de salud de los cuales dependen los hospitales públicos, además de una red de consultorios de atención primaria, que, generalmente dependen de las municipalidades (UDP, 2003). Por su parte el sector privado está principalmente representado por las ISAPRES en su aspecto financiero provisional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios (UDP, 2003).

En el contexto del sector público de la salud, los beneficiarios de FONASA son clasificados según su renta fijada a partir del salario mínimo (ver Cuadro N°5), en la que se establecen garantías en salud para diferentes enfermedades contempladas por el AUGE¹⁹. Considerando que la medicación es un acto médico importante desde el punto de vista del gasto, en el sector público no queda cubierto del todo este insumo, por lo que el gasto de bolsillo que realizan las personas usuarias de esta área aún es importante al igual que en el sector privado.

¹⁹ AUGE es un beneficio garantizado por Ley, en el que todos los beneficiarios de FONASA tienen el derecho a exigir las garantías establecidas para los diversos problemas de salud que contempla. Las garantías son: acceso a la atención, plazos mínimos para otorgar las atenciones garantizadas y prestaciones, calidad igual para todos y protección financiera.

Cuadro N°5: Grupo FONASA según renta.

Grupo FONASA según renta	Renta	Condición de beneficio
Grupo A	Carentes de recursos	No Pagan por ninguna atención garantizada por el AUGE
Grupo B	Ingresos hasta el sueldo mínimo (\$144.000)	No Pagan por ninguna atención garantizada por el AUGE
Grupo C	Ingresos entre \$144.000 y \$210.340	Pagan el 10% de las atenciones garantizadas y prestaciones que tengan asociado copago.
Grupo D	Ingresos superiores a \$210.340	Pagan el 20% del valor de la consulta de las atenciones garantizadas y prestaciones que tengan asociado copago.

Fuente: FONASA

El contexto público sobre la prescripción de medicamentos se ha situado en el *hospital*. Éste centro representa a la institución que contrata a los profesionales médicos, quien provee de los equipos, materiales y tecnología. Hay por tanto una relación recíproca entre el hospital y el profesional médico, lo que significa un beneficio para él, pero a su vez, genera una dependencia del mismo frente a las condiciones existentes dentro de este espacio para ejercer su labor en base a sus conocimientos (Light, en Conrad 2008).

Bajo esta lógica, cabe mencionar que en Chile el gasto en salud es de un 5,3% del PIB del año 2006, esto según el reporte de Estadísticas Sanitarias 2009 publicado por la Organización Mundial de la Salud. Este promedio se encuentra por debajo del 8,7% que registran estadísticas globales y lejos de porcentajes como el de EE.UU. que destina un 13,2% de su producción nacional en esta área. Realizando una comparación con América Latina, Chile ocupa el doceavo lugar, detrás de países como Argentina con un 10,1% y Nicaragua con un 9,6%. En relación a los medicamentos, el Estado actúa por medio de la CENABAST²⁰ como un comprador de grandes cantidades de fármacos (Diario Financiero, 2009).

²⁰ CENABAST (Central de Abastecimiento) Tiene por misión intermediar con eficacia, transparencia y eficiencia, los que requerimientos de fármacos, insumos médicos y bienes públicos de la red asistencial de salud. Su visión dice relación con convertirse en el mayor intermediador y coordinador de abastecimiento de fármacos e insumos médicos para esta red asistencial.

En la práctica estas cifras se traducen en las quejas de los médicos que trabajan en este sector, en relación a los límites presupuestarios que se manejan en los hospitales públicos del país, los cuales afectan la decisión de qué medicamentos ocupar con los pacientes, debido que con el fin de mantener controlado los costos de este sector se dictaminan pautas para los tratamientos, experimentado para algunos profesionales como una restricción de su poder y libertad de acción.

Hay que considerar que la mayoría de la población chilena cuenta con un sistema de previsión en salud correspondiente al sistema público (ver Cuadro N°6). Que concentra a la población de los 4 primeros quintiles de ingresos. Por lo que existe un discurso constante por parte de los médicos acerca del cuidado sobre los precios de los medicamentos a elegir para un paciente:

“...en cuanto a mí experiencia, las cosas que a mí me hacen elegir un fármaco por [sobre] otro es el precio, creo que es importante el monto cuando trabajamos con personas de escasos recursos económicos, trabajamos con clase media y baja, por lo tanto, el precio es importante porque simplemente no pueden seguir un tratamiento, no puede ser muy caro...” (Me.Pub.Priv.Caso1)

“...mire sabe nosotros somos médicos y tenemos que empezar a velar porque este gallo se mejore en las mejores condiciones posibles para él y su bolsillo ¡tenemos que velar por eso también!, porque si tú a la persona la mejoras pero la dejaste en la ruina es un terrible problema a su familia...” (Med.Pub.Caso2)

Cuadro N°6: Población según sistema previsional de salud. CASEN 2009

Sistema Previsional de Salud	(Miles de personas)	%
Sistema Público	13.059.765	78,8
F.F.A.A. y del Orden	400.296	2,4
ISAPRE	2.167.418	13,1
Ninguno (particular)	586.455	3,5
Otro Sistema	72.559	0,4
No sabe	296.342	1,8
Total	16.582.835	100

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2009

De acuerdo a las exposiciones realizadas, los medicamentos más baratos corresponden generalmente a aquellos de denominación genérica y los similares de marca. Al respecto la posición de los médicos que trabajan en el sector público sobre estar abastecidos en el hospital de este tipo de fármacos es poco clara. En algunos casos existe una lógica en relación a que un medicamento barato supone mala calidad y por tanto figura como un límite para el profesional a la hora de actuar con el paciente en la recuperación de su salud. Aún así existen perspectivas diametralmente contrarias a favor de los recursos

existentes. Y por último una posición más bien intermedia entre estos dos polos, en los que existe una especie de conformismo por parte de los médicos frente “a lo que hay” en el abastecimiento del sector público (ver Cuadro N°7).

La elección de un medicamento por sobre otro continúa siendo difusa en este sector, en él convergen elementos como el cuidado de la economía del paciente lo que implica descartar de plano una gama de medicamentos, asunto que refleja más que nada un deber ser del profesional de la salud en la búsqueda integral del bienestar del paciente. La pregunta lanzada a cuestionamiento entonces es si ¿son de buena calidad los medicamentos que se prescriben en el sector público? Según la visión de estos profesionales, la pregunta aún no tiene una clara respuesta. Sumado a la falta de estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia sobre los fármacos correspondientes a esta tipología, lo transforman en uno de los principales problemas prácticos detectados en relación a los medicamentos en el país, en la que no sólo los consumidores de estos productos no poseen el conocimiento ni las herramientas necesarias para poder distinguir qué es lo mejor para tratar sus dolencias, también los profesionales poseen una asimetría de conocimiento al respecto, contexto en el que se hace necesario poseer políticas públicas que respondan a esta situación, pues la capacidad de generar evidencias al respecto queda sujeto en manos de un grupo de experto más bien limitado. Es evidente entonces que sobre el consumo de medicamentos se produce y reproduce una desigualdad social y económica.

Cuadro N°7: Posiciones discursivas de los médicos del sector público en relación a la calidad de los medicamentos

Tipo de Posición	Discursos Alusivos
Oposición	<p><i>“La calidad que tiene el servicio no es buena, los remedios que entregan allá son remedios de calidad baja, eh... compran como lo más barato... el Servicio de Salud Valparaíso, compran remedios muy baratos, incluso remedios que se pueden hasta vencer, las insulinas que llegan a veces no son tan buenas, son insulinas que llegan de la India, que no tienen buena procedencia, la efectividad del medicamento no es el mismo, no es lo mismo, aunque hay algunos que sí salen buenos, pero la mayoría no, no son tan buenos...”</i> (Me.Pub.Priv.Caso2)</p>
Conformidad	<p><i>“...en la parte pública no tenemos muchas veces todos los medicamentos que quisiéramos tener, ni cerca de todos por su puesto y tampoco tenemos los que quisiéramos tener, tenemos los que normalmente son los más baratos.”</i> (Me.Pub.Priv.Caso4)</p> <p><i>“...y como uno trabaja en el sector público lo fundamental cuando uno da un medicamento no siempre tiene que dar el más barato, pero no siempre se puede comprar, al final terminamos dando lo más barato...”</i> (Me.Pub.Priv.Caso3)</p>

Acuerdo	“...yo defiando abiertamente los medicamentos genéricos del formulario nacional y en general en el servicio de salud público uno cuenta con los medicamentos básicos y cuando requiere de otros también los tiene.” (Med.Priv.Caso4)
---------	--

Con respecto a la “sobreprescripción” de medicamentos por parte de los médicos en el sector público, existe una particularidad en relación a las exigencias del usuario y al éxito profesional dependiente de la entrega de un fármaco al finalizar una consulta. En este sector tal situación se hace manejable para el profesional, puesto que el carácter público que posee la atención sanitaria dentro del hospital aún mantiene al usuario en su rol de paciente más que de cliente como se verá para el caso del sector privado. Lo que se traduce en que este sujeto no posee la autoridad cultural –en el sentido de exigir al término de una consulta un medicamento- ni económica para demandar ciertos servicios al profesional. La relación asimétrica entre el paciente y el profesional es manifiesta. Incluso el médico se siente protegido dentro de este espacio pues desde el gobierno se ordenan procedimientos en ciertas patologías antes de entregar un medicamento:

“...uno tiene ya esquemas prácticos de los gobiernos en el cual dice que si no hay programas estables en un paciente ya no se le puede dar [un medicamento] y eso también nos sirve a nosotros como escudo porque si a mí viene el paciente y me dice: “yo necesito tomar alprazolam porque siempre lo he tomado”. Señora es que aquí no dice nada de eso. “Sí pero es que yo lo tomo”. Entonces vaya al psicólogo primero y cuando la ingresen y haga todo el trámite ahí yo le receto, entonces ahí para y dice tanto trámite y ahí unos botan y otros siguen hasta que lo logran y se llevan el fármaco...” (Me.Pub.Priv.Caso2)

4.4.1.4. Decisiones sobre la prescripción de medicamentos: particularidades en el sector privado

El mercado sobre los medicamentos está segmentado en dos grandes grupos, en el primero se encuentran los fármacos que sólo son vendidos bajo prescripción médica y en un segundo grupo aquellos de venta libre, es decir, sin necesidad de una receta médica para ser comprados –también son conocidos como over the counter u OTC-. La estrategia de venta para ambos grupos es diferenciada, para el primero, las estrategias de comercialización se dirigen principalmente a los médicos, en cambio para el segundo grupo éstas son dirigidas a los revendedores y los consumidores finales (Ferreira, Polacow, en Lolas 2009). En ambos casos la publicidad comúnmente alaba sus productos médicos, en las que se disminuyen las reacciones adversas de los medicamentos y en la mayoría de los casos va más allá de

simplemente informar al público o a los profesionales sobre la disponibilidad o la información de sus atributos (Relman, en Conrad 2008).

En asociación a este mercado existen estrategias de marketing que movilizan un conjunto complejo y amplio de estrategias de tipo comercial, como por ejemplo, el montaje de una extensa red de propagandistas, la financiación de congresos para profesionales y la movilización de medios de comunicación (Ferreira, Polacow, en Lolas 2009). Estas últimas son prácticas empresariales cotidianas, legítimas y legales en un sin número de productos comerciables, pero al estar asociado al área de la salud genera una serie de implicancias que van más allá de lo económico propiamente tal, en la que existen consecuencias en la población, en los profesionales de la salud y contraposiciones ideológicas entre lo pecuniario y lo sanitario (Lolas, 2000).

En Chile el reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos del Ministerio de Salud, vigente desde 1995 y actualizado en 2005, establece que no se puede hacer publicidad respecto de los medicamentos cuya condición de venta sea receta médica, receta médica retenida o receta cheque, como tampoco en el caso de los productos alimenticios de uso médico cuyo régimen de control sea similar al de los medicamentos. Además la legislación establece que el Instituto de Salud Pública tiene la facultad de suspender o prohibir la publicidad y promoción de los productos farmacéuticos, cosméticos y alimenticios de uso médico cuando no cumplan con las disposiciones vigentes.

En el sector privado la propaganda sobre medicamentos relaciona directamente a los médicos con los laboratorios, quienes por medio de visitadores médicos entregan información sobre los beneficios de los fármacos que los laboratorios promocionan. Los laboratorios farmacéuticos son un elemento a analizar a la hora de comprender las decisiones de los médicos sobre la prescripción de medicamentos en este sector de la salud. Para Joan Busfield (en Brown 2008) el poder de la industria farmacéutica en su fase de post-aprobación de un medicamento es extenso. Estas compañías comienzan con la ventaja ideológica de que la droga en cuestión ha sido aprobada en cuanto a su efectividad y seguridad. Para el caso de Chile los medicamentos son aprobados por el ISP, tanto aquellos

innovadores como similares y de denominación genérica, que como ya se ha definido anteriormente no todos pasan por la prueba de bioequivalencia que verifica fehacientemente su igualdad en cuanto a efectividad y seguridad para su uso. El no poseer pautas claras sobre la calidad de los medicamentos alternativos a los originales en el país, no hace más que apoyar la ventaja ideológica con la que corren los laboratorios que promocionan medicamentos de marca como los mejores en el mercado, situación en la que los consumidores finales son los perjudicados puesto que este conocimiento es distante y da paso a fines poco claros como definía Gyarmati et al. (1984).

Para hacer extensivo este discurso se realiza un trabajo de marketing principalmente dirigido a los médicos:

“...who are inundated with pens, pads and mugs embellished with brand names. Companies are also have extensive sales forces, and company reps make visits to doctors ‘surgeries and hospitals with product leaflets. They also fund medical conferences both large and small. An even when direct to consumer advertising is not permitted, press releases can be used to spread knowledge of, and demand for a drug. They may report a drug’s approval, studies of its effectiveness, or epidemiological work that emphasizes the prevalence of the illness, potentially broadening its boundaries and expanding the market for treatments”^{21 22}

La ventaja ideológica de la que nos habla la autora es ampliada con el hecho de que los médicos son generalmente aliados de los laboratorios, en vez de ser un poder de contraposición o *countervailing power* como potencialmente podrían serlo. Los medicamentos como se ha descrito, representan una solución a diversos problemas que ellos identifican. Los laboratorios necesitan a los médicos para que prescriban sus productos y los

²¹ Traducción libre de la Autora: quienes están colmados de lápices, almohadillas y tazas adornadas con los nombres de las marcas (de medicamentos). Las empresas también tienen una amplia fuerza de ventas y los representantes de las compañías realizan visitas a los consultorios de médicos y en los hospitales con catálogos de sus productos. También financian conferencias médicas, tanto grandes como pequeñas. Dirigen incluso, cuando la publicidad a los consumidores no está permitida, avisos de prensa que utilizan para difundir el conocimiento y la demanda de un medicamento. Se puede informar de la aprobación de un medicamento, los estudios de eficacia, o el trabajo epidemiológico que hace hincapié en la prevalencia de la enfermedad, lo que podría ampliar sus fronteras como el mercado de los tratamientos para la misma.

²² En Chile también se han detectado promociones a medicamentos cuya condición de venta es bajo receta médica. El 30 de Octubre de 2009 El diario El Mercurio en su sección Economía y Negocios titula: “Laboratorios se las ingenian para promocionar los medicamentos con receta”. Donde a pesar que la normativa es clara en la prohibición de que aquellos productos que se venden bajo prescripción médica tengan publicidad, con apelativos como “al distinguido cuerpo médico” se ha logrado salvar la situación. Además, las empresas de fármacos para promocionar sus productos recurren a avisos en diarios y revistas, pero sin dar a conocer el nombre del medicamento. La publicación generalmente invita a los lectores a seguir informándose del producto en cuestión, a través de una página web o llamando a un número de teléfono. (El Mercurio)

médicos, a su vez, necesitan de la industria para mantener su situación profesional y poder que les significa, hecho que es realizado con el casi monopolio que poseen sobre la prescripción de medicamentos (Busfield, en Brown 2008).

Los médicos participantes de esta investigación reconocen que la información que ellos obtienen sobre los medicamentos proviene muchas veces desde los laboratorios, por medio del encuentro con un visitador médico:

“...generalmente es la industria farmacéutica la que a ti te va presentando productos, te hace una entrevista muy corta, un rato en el hospital o en tu consulta y te presenta un medicamento, llega con unos papelitos, con unas carpetitas muy bonitas que se yo y ahí la persona encargada te habla de todas las características que tiene el fármaco, el costo, a veces te hace resúmenes de los estudios que se han hecho, donde se han probado y así uno va conociendo fármacos... los laboratorios como saben que los médicos trabajamos en los dos sectores [privado y público] ellos promueven en los dos sectores sabiendo que en realidad en el hospital uno no va a indicar esos fármacos pero quieren que ingresen a tu conocimiento...” (Me.Pub.Priv.Caso1)

El profesional tiene el derecho a recibir información sobre lo que prescribe y a su vez la industria aprovecha esa necesidad. Al realizar los laboratorios investigaciones en medicamentos tratan de promover su trabajo sustentado en hechos científicos:

“...encuentro razonable del punto de vista de la industria, la industria trae e hizo un trabajo científico, no te está invitando a una fiesta ni a una chacota, te está invitando a ver un trabajo científico...es parte del problema de la existencia de la industria farmacéutica, sino que se dediquen los gobiernos a investigar, el problema es que los gobiernos no investigan, entonces hay que aceptar el juego: los gobiernos y las naciones dejaron en manos de las industrias la investigación tiene que aceptar lo que la industria farmacéutica trata de promover. Si lo quieres neutro entonces háganlo ellos, ni Estados Unidos lo hace, todos dejaron la investigación farmacéutica en manos de las empresas.” (Me.Pub.Priv.Caso.4)

Ahora bien ¿cuál es el límite de esta situación? Uno de los temas que genera suspicacias frente a la relación de los médicos y los laboratorios es el **deber de gratitud** o *right to gratitud*, concepto trabajado por el filósofo polaco Zbigniew Szawarski (2005) interesado particularmente en la filosofía moral y la filosofía de la medicina y la ética médica. Gratitud expresada por parte de los médicos a los laboratorios al prescribir los medicamentos que ellos promueven en agradecimiento a la regalías que estas instituciones otorgan a estos profesionales, lo que en definitiva implica un conflicto de interés, en el sentido de que la motivación manifiesta no se correspondería con la motivación real del profesional, al decir por ejemplo, que se medica la mejor alternativa de los fármacos disponibles y que en realidad se busque un beneficio personal al respecto puesto que le significa una regalía importante por parte del laboratorio. La línea entre gratitud y

corrupción es fina y difícil de establecer (Szawarski, 2005), pero al indagar en cómo los laboratorios tratan de ganarse el favor de los médicos, implica una acción social claramente cuestionable al obtener pautas médicas con información confidencial de pacientes y/o clientes:

“... la industria tiene acceso a las pautas de indicación de cada médico, cuando yo receto un fármaco con receta retenida la farmacia fotocopia esa receta y hace su propia estadística y la industria recoge y esa información es pública...es información técnicamente esencial para la industria sino no podrían programar su pauta de producción y su marketing, ahora no es pública en el sentido de que tú o yo la podamos consultar...Esa información es clave para las campañas de marketing y la focalización de las actividades de los visitantes médicos” (Entrevista personal a Fernando Lolas, realizada el 4 de diciembre 2009).

Este flujo de información **limita en lo legal** al considerar que podría estar circulando información privada de los usuarios de las consultas médicas en post de estrategias comerciales, vulnerando de esta manera la confidencialidad de éstas personas.

Sin embargo, son las reglas sociales de una cultura determinada las que indican qué, cuándo y bajo qué circunstancias se considera la reciprocidad de un regalo, o deber de gratitud (Szawarski, 2005). En este sentido, hay un patrón estable entre los médicos participantes de esta investigación de considerar un vínculo cordial con los laboratorios farmacéuticos, los detalles son agradecidos por los profesionales y no hay ningún tipo de cuestionamiento puesto que este enlace de actores es definido como legítimo, legal y cotidiano en el contexto de la consulta médica. Agradecer a los laboratorios, no implica necesariamente el deber de retribuir los obsequios dados por estas instituciones, aunque hay que considerar que no es lo mismo el deber de gratitud sobre un lápiz a el pago para asistir a un congreso internacional.

La relación simbiótica entre médicos y laboratorios implica que los médicos no actúen como un poder de compensación para contrarrestar el incentivo ideológico a consumir medicamentos que sostienen los laboratorios por medio de sus propagandas:

“[sobre los regalos de los laboratorios]Ya cosas mayores como viajes y qué se yo son idas a congresos a Europa pagados por un laboratorio que yo no le veo nada de malo realmente porque realmente uno gana en cuanto a conocimiento y no me están obligando por eso a recetar determinados medicamentos, pero generalmente coincide que son medicamentos sumamente buenos que son los únicos que existen para determinada cosa, entonces no queda más que usar ese, si uno tiene una alternativa cualquier otra alternativa es más mala” (Med.Pub-Priv.Caso2)

El trabajo ideológico que realizan los laboratorios, sustentado en que los medicamentos originales son mejores que los similares y de denominación genérica, sumado a la falta de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad en Chile sobre éstas tipologías de fármacos, no hace más que respaldar esta idea dejando un vacío de conocimiento al respecto en el que no se sabe fidedignamente cuál es mejor que otro. En relación a esto último, aclarar la calidad de los medicamentos de denominación genérica y similares en el país, es relevante puesto que podrían ser una potencial alternativa de medicamentos para la población: eficaz, segura, pero también económica para su consumo. Situación que no sólo sería provechosa para los consumidores finales, sino también para los propios profesionales:

“...cuidado con el efecto subjetivo de ese conteo por qué, porque los laboratorios de investigación, los que generan los estudios, obviamente llevan décadas imponiendo esa norma manejando y tratando de dejar en la mente de los médicos que un remedio original es necesariamente mejor que el alternativo, yo creo que es probablemente mejor, pero no es necesariamente mejor, insisto yo tengo pacientes que toleran mejor los alternativos que los originales y los toleran mejor o sea, en parkinson hay personas que toleran mucho mejor el alternativo y no puede tomar el original que comillas se “supone” que es mejor, pero ahí qué vas a hacer le das el alternativo.” (Med.Pub-Priv.Caso4)

Adicionalmente al *deber de gratitud* de los médicos sobre los laboratorios y sus regalos, resulta una temática conflictiva, incluso ofensiva para ellos, puesto que afecta a la su **relativa autonomía profesional** que éste grupo posee sobre las decisiones en torno a la prescripción de medicamentos. No obstante, se construye en la narrativa de los médicos la figura de un “otro”, colega capaz de traspasar límites éticos en búsqueda de las atenciones de los laboratorios. Situación que no es poco importante, porque da cuenta de una realidad existente en relación a los arreglos sociales entre médicos y laboratorios:

“...hay colegas que viven tratando de ver quién le paga el congreso, se entregó, no sé si me entiendes, se entregó el hombre [que] empezó a pedir favores, hay colegas que dicen: “a mí que me paguen el viaje y la estadía” y hay gente que es especialista todos los años, no puede esperar que no lo presionen...si a ti te llega una invitación a un congreso en Estados Unidos, donde te pagaron el viaje y la estadía ¿tú crees que va a ser gratis?...sabes que no es gratis, no te hagas el santo, ¿te pagaron un palo²³?” (Med.Pub-Priv.Caso4)

“Ahora si a ti llega un gallo, un propagandista médico de un laboratorio tanto y te dice si usted me receta tanto yo le puedo regalar ponte tú para su consulta un computador eso es ilegal, eso es inmoral y eso se puede dar también y toda va a depender de quién esté recibiendo el mensaje, pero yo creo que se puede dar perfectamente.” (Med.Pub.Caso2)

²³ Hace referencia a un millón de pesos chilenos.

Un hallazgo negativo sobre la relación entre médicos y laboratorios, fue el caso de un médico cubano, parte de la muestra de este estudio, quien presentó irregularidades en comparación con la homogeneidad de los relatos contruidos por los otros médicos sobre su vínculo con estas instituciones. Este caso permitió cuestionar las reglas sociales que legitiman el vínculo entre estos dos actores en el contexto estudiado:

“Eso es una cosa habitual, eso es otro problema, que nosotros nos convertimos muchas veces, muchos se convierten en propagandistas del laboratorio y...eso tiene tanta fuerza que le terminan a uno pagando un viaje a México para un congreso, un viaje a Estados Unidos para un congreso, un viaje a Buenos Aires para un congreso y al final...uno está comprado o sea su dignidad quedó en nada...es en el sector público igual [que en el privado] aquí todos los días están los representantes de los laboratorios y ellos tienen controles, muchas veces te piden tu carnet de identidad para darte un medicamento, después tu carnet de identidad está en la farmacia y saben si tú entregaste el medicamento o no, si hay que regalarte esto o lo otro o no regalarte nada, o sea eso existe, eso existe tal cual te lo estoy señalando...es parte del sistema decir sí, ellos tienen que vender y la propaganda no está prohibida, eso es propaganda, es una propaganda que tú no te das ni cuenta y te utilizan a ti...” (Med.Pub-Priv.Caso3)

La alianza de médicos con laboratorios justificada como un derecho de la profesión implica el deber de respetar ese algo (Szawarski, 2005) ¿aún si existe un traspaso de información que raya en la ilegalidad y límites éticos? La actual medicina occidental está vinculada a la economía, donde la salud es un deseo para algunos y un lucro para otros. Un objeto de consumo, un producto que es fabricado no sólo en su producción material sino también de manera ideológica para ser consumido por médicos y también por los consumidores finales. Foucault (1996) al respecto, distinguía que la salud desde esta perspectiva trae consigo *disfunciones en el sistema de salud*. El traspaso de información de las prescripciones de médicos a manos de los laboratorios para generar pautas comerciales, hace referencia a las disfunciones en el sistema de salud a las que se refiere Foucault. Aún así, hay que considerar que en base a los análisis realizados no se puede asegurar o clasificar el nivel de **retribución** de los médicos sobre las **contribuciones** que los laboratorios realizan a su profesión, o cuán significativa es el **deber de gratitud** al cual se refiere Szawarski (2005), debido principalmente a los límites metodológicos de la técnica de conversación utilizada en esta investigación, hay una restricción que deriva de la falta de observación directa o participada de los escenarios en los cuales se desarrolla la acción (Valles, 1997). Sin embargo más que descartar esta temática como punto de reflexión e

indagación, se considera como una invitación a la vigilancia política y social que plantea Alonso (2004) con respecto al consumo.

Sobre la figura del **médico recetador** en el sector privado, en base al análisis de las entrevistas realizadas, es recurrente en comparación con el sector público que los médicos faciliten la prescripción de medicamentos, particularidad de este sector que permite una lectura sobre la **relativa autonomía profesional** de este grupo de estudio. El paciente aquí es más bien un cliente, situación en la que la asimetría de poder entre ambos es menor y por tanto éste usuario exige el cumplimiento de sus expectativas hacia los servicios que le son entregados por el médico, que como se ha señalado responde a la entrega de un medicamento al finalizar la consulta médica, más allá de los saberes técnicos que éstos profesionales poseen se superpone una lógica en que “el cliente tiene la razón”:

“...yo te cuento una cosa que es absolutamente real, yo en el hospital uso otro tipo de recetario que es el del hospital y me dura un mes y yo veo en mi consulta del hospital unas 30 veces más enfermos que acá...20 digamos para no ser exagerados y consumo menos recetas que acá [en la consulta privada] entonces ¿por qué? ¡Porque acá tú tienes que dar una receta! Y si no es para ti es para el primo, es para “apropósito de y ahí lo veo” o” no voy a usarlo ahora pero para tenerlo” y si tú le dices la verdad que no lo necesita se va profundamente desagradado contigo: “que tipo más desagradable no me quiso dar ninguna receta, no me quiso dar nada, y yo le pedí por último algo”. Fíjate tú por favor acá que no hay ninguno que salga sin receta. Lo que yo te digo es ¿por qué en el hospital mi recetario, mi talonario para las recetas me dura dos meses digamos y en la consulta me dura una semana? y en el hospital veo el doble o el triple de pacientes que acá, no sé cuál es la razón porque allá sin dudas que receto menos, porque la gente no se enojará porque se van sin receta, aquí si no hay por lo tuyo, habrá por lo otro, o por último “¿doctor me puede hacer una receta para tal cosa”?” (Me.Pub-Priv.Caso5)

Por otro lado cabe señalar para las particularidades de este sector, que la elección de un medicamento por sobre otro está dado generalmente por la experiencia clínica que tengan los médicos, es decir, el comportamiento que ellos observan de los medicamentos en sus pacientes en cuanto a la capacidad que tuvieron los fármacos para dar respuesta a las diferentes dolencias o afecciones, las menores reacciones adversas observadas, entre otras. Experiencia clínica que se plasma en la práctica cotidiana de su labor en una consulta médica. Para el caso del sector privado existe una ventaja observada por los médicos puesto que la gama de medicamentos a utilizar se amplía, dado que se tiene como supuesto que los usuarios de la consulta de este sector poseen los recursos económicos para solventar medicamentos más caros, situación que le permite al médico utilizar diferentes laboratorios y por tanto comparar qué medicamentos son los mejores para él.

Sin embargo, existe otro factor latente sobre la elección de un medicamento en este sector, que apunta al precio, pero no como en el caso del sector público antes descrito, puesto que no se busca el más barato, sino todo lo contrario, la elección está dirigida a medicamentos originales o más caros. La relación que se hace al respecto es que el medicamento caro simboliza calidad. Calidad que no sólo compete al fármaco sino también al médico, puesto que recetar medicamentos caros simboliza además ser un buen médico en este sector de la salud.

El cliente en este sentido es una figura que pone en cuestionamiento la **autonomía profesional absoluta** que pudiese tener el médico, puesto que sus decisiones sobre el servicio a entregar se mezclan con exigencias externas al propio profesional.

En el contexto descrito, la decisión de elegir un medicamento por sobre otro, implica para estos profesionales la creencia de los clientes y/o pacientes de que los medicamentos caros serían símbolo de medicamentos de buena calidad, y a su vez, el médico es asociado a este mismo nivel de atribución, es decir, sería un buen médico.

Por tanto, prescribir más medicamentos de lo necesario y la elección de un medicamento “caro” por sobre uno “barato” son ejemplos de las **dimensiones sociales de los saberes técnicos** (Lolas, 2000) en el contexto del sector privado analizado para el caso de los médicos (ver Cuadro N°8)

Cuadro N°8: Dimensión social en los saberes técnicos: La elección de un medicamento por sobre otro.

Dimensión Social de los Saberes Técnicos	Discursos Alusivos	Sustentado
<p>Exigencias de los Pacientes y/o Clientes Médico</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Implica Éxito Profesional</p>	<p>“...la gente simplemente no lo va a ver más a uno porque no le indicó el medicamento caro que muchas veces no sirve para nada, ¡muchas veces no sirve para nada!, esa es la verdad. Existe la idea en la población, del público en general, que si uno indica un medicamento del Laboratorio Chile por nombrar alguno o un medicamento que sea barato el médico es malo, hay que indicar medicamentos caros no importa si no sirve...” (Me.Pub-Priv.Caso3)</p> <p>“...el paciente está muy condicionado, condicionado a que si va a una consulta privada el medicamento debe ser caro porque seguramente es mejor....y hablando entre nos definitivamente tiene mucho de razón aunque no 100%.” (Me.Priv.Caso1)</p> <p>“Entonces en general si uno tuviera libertad económica usaría los originales pero a veces no significa que cuando usas una copia no pasa nada y no es tan así y hay medicamentos que tienen la misma biodisponibilidad/bioequivalencia que el original entonces lo otro que influye: ¡son los pacientes!, hay pacientes que si no compran un remedio caro [entonces] “no es bueno”, “el doctor no es bueno”; 30% de los efectos que tú ves de un fármaco es placebo, es idea del paciente, entonces tú a ese paciente tú no le puedes dar para un dolor de cabeza X porque es barata, tienes que darle X porque se gastó \$2500” (Me.Pub-Priv.Caso4)</p>	<p>Ambigüedad en la calidad de los Medicamentos utilizados en Chile</p>

Para finalizar la lectura sobre el grupo de los médicos, en resumen para ambos sectores este profesional es definido como un *médico recetador*, puesto que se ha plasmado en el análisis que el objetivo final, en general, al concluir una consulta médica y para tratar alguna enfermedad o dolencia es necesario recetar un fármaco.

Con respecto a las diferencias sobre el *éxito profesional* atribuido según sector de la salud, dice relación principalmente a que en el sector privado este éxito va más allá de la autonomía profesional que pudiese tener el médico, es decir, la capacidad de decidir cómo entrega sus servicios a sus clientes o pacientes, en este sector interviene la figura del cliente que relativiza la asimetría de poder sustentado en sus conocimientos técnicos. En relación a este último punto, el paciente y el cliente juegan un rol fundamental a la hora de decidir el

prescribir o no una medicina, la asimetría de poder que se da en el sector público libera al médico de indicar un medicamento como imperativo, caso contrario para el sector privado.

Así mismo, en relación a los *tipos* de medicamentos utilizados, para el sector público en general, son aquellos más baratos o de denominación genérica en búsqueda del cuidado de la economía del paciente, opuesto a lo que ocurre en el sector privado donde los medicamentos utilizados son aquellos de marca y por ende los más costosos.

Sobre la calidad de los medicamentos, no se presenta como el factor primordial a la hora de decidir por parte de los médicos por un fármaco o por otro en el sector público y privado de la salud, además de las dimensiones sociales señaladas para ambos sectores que se enlazan a la decisión profesional, es relevante la ambigüedad técnica en este sentido por falta de pruebas de bioequivalencia a los medicamentos no innovadores.

4.4.2. Químicos Farmacéuticos

4.4.2.1 Dispensación de medicamentos: definición profesional del químico farmacéutico. Dicotomías entre un deber y un hacer profesional.

Uno de los principales lugares en el que desarrolla sus labores el profesional químico farmacéutico es la farmacia, antecedentes de la misma se remontan a la Grecia clásica, desde el período homérico hasta la medicina hipocrática en el que los medicamentos ya recibían el nombre de *fármaco* del cual derivaría posteriormente el nombre de *farmacia*. La historia de la farmacia se ha caracterizado por la investigación de medicamentos en la búsqueda de que éstos sean eficaces y seguros, supeditados a la ciencia y la tecnología como también a recursos económicos para solventar su fabricación y el financiamiento de su consumo, según Sapag-Hagar (en Lolas 2009) el desarrollo de la farmacia y el medicamento se liga integralmente no sólo a aspectos científicos, también a aquellos de alcance moral, éticos, filosóficos, políticos, religiosos que dan cuenta de su complejidad.

La farmacia reúne múltiples disciplinas y se puede dividir en tres áreas principales en las que se desarrolla también el químico farmacéutico (Carvalho, Novaes, Matheus y otros en Lolas 2009)

- 1) Ciencias farmacéuticas: se incluye la farmacología, la farmacodinamia, farmacocinética, toxicología, química farmacéutica, botánica farmacéutica, etnofarmacología, farmacognosia, fitoquímica y farmacia química.
- 2) Farmacia galénica: referida a la tecnología farmacéutica e industrial, farmacotecnia, la biofarmacia y la farmacocinética, la dermofarmacia y cosmética.
- 3) Práctica farmacéutica: hace relación a la atención farmacéutica, farmacia comunitaria²⁴, farmacia hospitalaria, farmacovigilancia y farmacoepidemiología.

La relevancia de la profesión, en este estudio, radica en las labores relacionadas directa o indirectamente con un paciente o consultante y en particular aquellas correspondientes a la última clasificación orientada a la práctica farmacéutica que ocurre en las farmacias de cadena y hospitalarias. Debido a que los químicos farmacéuticos no son una profesión familiar para el conjunto de saberes de las ciencias sociales, se hace necesario dar a conocer una definición teórica en la que se expone una breve descripción de sus labores, como también las implicancias y límites de la profesión.

En primer lugar hay que considerar que la farmacia es un área de la salud que ha expandido su rol en la última parte del Siglo XX. Los farmacéuticos asimismo ya no sólo preparan medicamentos, sino también brindan asesoramiento, información e instrucciones sobre el uso de ellos a pacientes o consultantes (Cockerham, 2007). No obstante, estos profesionales no pueden dispensar medicinas sin la debida autorización del médico u otro profesional legalmente facultado, pero sí explicar los efectos de los medicamentos recetados para el uso principalmente a los pacientes, aunque también a otros profesionales como los médicos, además explican y recomiendan medicamentos de venta libre²⁵. Lo más importante es que los químicos farmacéuticos son la fuente de información de medicamentos para el público en general, cumpliendo una función de reducir la distancia social con los clientes o

²⁴ Farmacia Comunitaria correspondería a las farmacias que se encuentran a disposición de la comunidad, para efectos de esta investigación se consideraron las farmacias de cadena como representantes de este grupo (Salcobrand, Cruz Verde y Farmacias Ahumada).

²⁵ Medicamento de Venta Libre: No necesita de receta médica para su dispensación.

consultantes al ser un puente en la comprensión de los elementos técnicos propios de los fármacos (Cockerham, 2007)²⁶.

La *dispensación* desde la definición teórica no sólo implica la entrega o suministro de medicamentos, en ella hay involucrada una relación con un usuario, cliente o paciente, en el sentido de educar por parte del profesional sobre lo que consume el público en general. Definición que en el contexto chileno también es definida de la misma manera si se toma en consideración la posición del Colegio de Químico Farmacéutico, para quienes su profesión debería:

“...asistir al paciente brindándole la información respecto al correcto uso del medicamento al momento de la dispensación como también al momento de alta en los centros Asistenciales y en centros de Atención Primaria. Para ello, toda farmacia Comunitaria o Asistencial deberá contar con la atención profesional farmacéutica durante todo su horario de atención. Por su parte, la comunidad debe exigir esta atención profesional....” (Colegio de Químico Farmacéutico, 2004)

En resumen, formalmente el químico farmacéutico es el profesional integrante de un equipo multidisciplinario de salud, quien posee responsabilidades en el cuidado del paciente, por lo que uno de sus deberes es aportar sus conocimientos al equipo médico y resolver los problemas relacionados al uso de medicamentos (Carvalho, Novaes, Matheus y otros en Lolas 2009).

Las definiciones teóricas de la profesión farmacéutica son apropiadas también por los químicos farmacéuticos participantes de esta investigación, pero relegado constantemente a un “**deber ser**”, a un *ideal* profesional de estar cercano a los pacientes o clientes, pero que se trunca en la cotidianeidad tanto en el ámbito público como privado. Las definiciones teóricas anteriormente expuestas por tanto no representan la descripción de la realidad concreta en la que se mueven profesionalmente los químicos farmacéuticos en el país y se configuran como un “tipo ideal” de la profesión en el que está implicado un “espíritu de servicio” con una elevada carga ética al estar su conocimiento altamente especializado a la disposición de clientes y consultantes. La descripción teórica de la profesión brinda una herramienta para comparar y comprender qué elementos se conjugan

para impedir llevar a cabo las expectativas ideales de los profesionales químicos farmacéuticos a la hora de dispensar medicamentos.

La práctica farmacéutica basada en el asesoramiento, entrega de información e indicaciones con respecto a los medicamentos a usuarios de sus servicios, como también a otros profesionales con los que comparte espacios de trabajo, choca particularmente con la **labor administrativa** que este profesional debe realizar al interior de las farmacias, quehacer que es nombrado como relevante tanto en el sector público como privado de la salud, pero con diferencias en cuanto a las subjetividades implicadas.

En el caso del sector público, las subjetividades con respecto al rol administrativo de esta profesión tienen como eje la *racionalización y cuidado de los recursos* existentes en el sector público, debido principalmente a la falta de capital económico en éste ámbito de la salud. La labor administrativa de los químicos farmacéuticos forma parte del desarrollo profesional de este grupo de estudio. Al conjugar la parte administrativa con la parte asistencial de la profesión las narrativas al respecto se pueden caracterizar de tres maneras en discursos que apelan a diferentes sentidos: un carácter **técnico-neutral**, otro de tipo **político** y por último un discurso de tipo **ético**.

Los discursos **técnico-neutrales** en relación al aspecto administrativo de esta profesión en de las farmacias hospitalarias –y como se verá más adelante, también para el caso del sector privado-, representa una narrativa que se analiza como acción social implícita en el texto, es decir, donde las narrativas individuales están situadas dentro de interacciones particulares y de discursos institucionales y sociales específicos. De esta manera, se acepta y se da continuo a una manera de *hacer profesional* en el que sus conocimientos expertos sobre medicamentos quedan relegados a la oficina de farmacia, más no primordialmente a los usuarios de este servicio de salud, ni con quienes comparte espacios de trabajo, como los médicos.

“...yo creo que todos tenemos que tener alguna noción de gestión administrativa sea de donde sea: una enfermera a pesar de que estamos como muy desvinculados es necesario que sepa de temas de administración, de un ordenamiento, de saber cuánto cuestan las cosas...” (QF.Pub.Caso2)

Los discurso de tipo **político**, definido en el sentido amplio de la palabra, es aquel en el que se critica la adquisición, la posesión y el uso de poder en la sociedad (Gyarmati et al.,

1984) específicamente hay una queja sobre el cuidado que debe tener el profesional sobre los intereses institucionales de resguardar y por tanto de restringir los gastos, es una queja a nivel de estructura de sistema de salud pública en cuanto a la desazón provocada por la falta de recursos que afecta tanto los insumos y medicamentos, como también a los recursos humanos. Al priorizar en este sentido la racionalidad administrativa del químico farmacéutico, este queda en desmedro de su potencial como profesional de la salud, siendo la falta de tiempo un indicador de esta situación. El desarrollo profesional es afectado en relación a su relativa **autonomía profesional**, particularmente porque las decisiones que pudiese tomar el químico farmacéutico sobre un paciente o usuario de sus servicios ya no dependen sólo de su saber técnico, sino de otros elementos que no están a su alcance:

“...hoy en día la labor del farmacéutico está principalmente resguardando la parte de presupuesto de farmacia, porque se tiende a pensar que el uso racional [de medicamentos] es el uso mínimo y no necesariamente, porque a veces lo racional va a ser lo más caro...se tiende a pensar que racional es con dinero y por eso que generalmente la pelea que tenemos muchos farmacéuticos es que la gente de farmacia dependa de la subdirección médica del hospital y no de la subdirección administrativa como es [en] la mayoría de los casos. Como farmacéutico de hospital lo que normalmente [se]hace son los casos difíciles por una cuestión de horas asignadas para eso...qué pasa, que de repente tengo que privilegiar o estoy haciendo mi función al lado del paciente o me preocupo de que haya medicamentos, obviamente no puedo hacer ninguna función al lado del paciente sino me aseguro de que esté el medicamento para tratar al paciente y por lo tanto, te cargan con una cantidad de pega administrativa que te va a entorpecer una parte más clínica” (QF.Pub.Caso1)

“... ¿quién tiene que hacer la parte administrativa? Nosotras, entonces ¿quién tiene que archivar, guardar? Nosotras. Entonces en esa parte [administrativa] no tenemos un apoyo, estamos asumiendo labores que no nos corresponden, yo creo que deberíamos tener por último media jornada de secretaria que nos apoye en esta parte pero desgraciadamente no es así, entonces uno se cuestiona: “no es lo que yo debería hacer”, “yo debería estar mucho más al lado del paciente”” (QF.Pub.Caso4)

Por último el discurso que se ha definido como **ético** de los químicos farmacéuticos, si bien asume que la labor administrativa es parte de lo que actualmente se trata la profesión farmacéutica, marca una diferencia fundamental al comparar esta labor con lo que ocurre administrativamente en el sector privado, puesto que en el sector público se sigue privilegiando a la salud como objetivo transversal de la labor profesional, no así en el caso del sector privado, dado que en este espacio son más bien los intereses pecuniarios los que se priorizan. El desarrollo profesional en el sector público es posible puesto que el químico farmacéutico sería un complemento al equipo de salud, no así en el sector privado donde la esencia de la profesión es puesta en cuestionamiento, porque en este sector la racionalidad dominante es más bien instrumental que asistencial:

“Es que lo que pasa que la diferencia que hay entre las oficinas de las farmacias que son las que están en el comercio y la farmacia hospitalaria es que aquí la parte administrativa propiamente tal está relacionada con la parte de salud también es esa la diferencia; ponte tú mis colegas pasan fichas en las mañana con la gente de la UCI, con los médicos de la UCI con todo el otro equipo de salud, con enfermeras, hay otras que tiene que ver con la prescripción y la dispensación de los antibióticos entonces está muy relacionado y lo mío a pesar de ser la parte administrativa pero es una parte administrativa que está dentro de lo mismo como cualquier área de servicio de una unidad clínica entonces esa es la diferencia, porque en la parte de las oficinas de farmacia tienes que abrir un negocio, cerrar un negocio, hacer caja, contar plata, o sea es otro tipo de cosas ¿te fijas? es distinto el rol.” (QF.Pub.Caso3)

En lo que respecta al sector privado, la dicotomía entre un *deber* y un *hacer* profesional toma ribetes distintos al del sector público, debido a que existe un cuestionamiento de las labores realizadas por el químico farmacéutico en un contexto de crisis de identidad y desarrollo profesional. Las subjetividades correspondientes al trabajo administrativo en este sector se relacionan a la pérdida de la farmacia como establecimiento de salud, en la que se posiciona a esta institución desde el cumplimiento de objetivos e intereses comerciales más que de tipo colectivos, lugar en el que se fomenta el consumo de medicamentos, más que se le restringe, como también son espacios en los que se plasman desigualdades sociales (Carvalho, Novaes, Matheus y otros en Lolas 2009).

Las consideraciones anteriores, sumado a que las farmacias de cadena son la institución donde la mayoría de los químicos farmacéuticos ejercen sus labores como jefes técnicos de farmacia, permite que éste sector sea un espacio particular de análisis. Las narrativas construidas por estos actores develan disposiciones previas sobre la dispensación de medicamentos que entran en cuestionamiento en lo concreto de la práctica profesional en una farmacia de cadena, posiciones conflictivas y contradictorias en la búsqueda de articular diferentes tipos de intereses, como también discursos transformadores con la esperanza y expectativas de cambiar la situación actual profesional del químico farmacéutico. En el que su rol como profesional de la salud no es priorizado ni por ellos como profesionales, ni por la institución que los contrata, como tampoco por los clientes a quienes entregan sus servicios. Campo de observación -farmacia y químicos farmacéuticos- que permite un análisis ético, en el que se puede dar cuenta de transformaciones en el perfil profesional, cambios en su poder relativo, como también variaciones en su base cognoscitiva, lo que precisa una revisión de sus competencias y límites, en particular acerca de cómo éstos elementos facilitan o restringen el consumo de medicamentos (Lolas, 2009).

4.4.2.2. Particularidades del sector privado: contexto general de la profesión y la dispensación de medicamentos en las farmacias de cadena

Al rededor del año 1990 cuando la economía chilena comenzaba a estabilizarse y crecer, la competencia entre cadenas de farmacia estaba concentrada en cuatro actores: Farmacias Ahumada, Cruz Verde, Farmacias Brand y Farmacias Salco. Estas últimas fusionadas bajo la marca de Salcobrand. Es en esta época que se acuña el término “**cadenas de farmacias**” para reconocer la multiplicidad de locales agrupados bajo un mismo dueño, caracterizado por una expansión territorial, así como la práctica de concentrar en pocas manos la propiedad comercial de la dispensación de medicamentos y venta de productos farmacéuticos. Existe un claro carácter económico y comercial que caracteriza al mercado farmacéutico del país, de las 1524 farmacias calculadas para Chile -en el año 2008- 520 pertenecen a las principales cadenas farmacéuticas y 60 de las llamadas independientes se concentran en la Región Metropolitana lo que corresponde a un 40% del total de las farmacias del país. Dentro de este último grupo 120 se encuentran en una comuna de altos ingresos como lo es Las Condes. En tanto que 50 comunas alejadas territorialmente, con baja densidad de habitantes y población de bajos ingresos no cuentan con un local de farmacia privado (Guzmán, 2008).

La generación de estas características en el mercado farmacéutico produjo una serie de cambios visibles como el aumento en el número de farmacias presentes en los centros urbanos de las principales ciudades de Chile, haciendo de los fármacos productos de fácil acceso para su consumo en la mayoría de la población urbana –hay que recordar que Chile es uno de los mayores consumidores de productos farmacéuticos en América Latina, y el tercero en la actualidad (Guzmán, 2008; ASILFA, 2006)- pero también existieron cambios implícitos y profundos en cuanto a las transformaciones en los objetivos y funciones de la profesión farmacéutica:

“...este prisma “mercantilizado” de la farmacia, según la opinión de un número no menor de farmacéuticos, es –precisamente- lo que “mató” a la farmacia tradicional y el ejercicio libre de la profesión. Incentivos como “velocidad de rotación”, “premios por número de venta”,

“ofertas de marcas propias”, que enfatizan la venta en función de factores comerciales, por encima de objetivos sanitarios, son duramente criticados por desvirtuar la función cautelar de la farmacia en la dispensación. Más grave aún, que al desconocer el carácter esencial del medicamento, redujeron profesionalmente al farmacéutico a un rol meramente administrativo, marginándolo del mesón, que es un lugar donde sus conocimientos universitarios se facilitan para informar, orientar y aconsejar al enfermo sobre medicamentos” (Guzmán, 2008, p. 140)

En cuanto a las tareas que les competen a los químicos farmacéuticos dentro de farmacia privada se ha afirmado, en base a las entrevistas realizadas que son:

“...tres áreas las que uno maneja: la farmacéutica, la parte comercial y la parte recursos humanos porque nosotros manejamos 20 personas o 25 o más o menos dependiendo del local y de lo grande que sea...ellos tienen que estar con sus vacaciones cuando corresponden, con los horarios que no se pasen, con sus días libres, que dos domingos en el mes, ¿te fijas?” (QF.Priv.Caso4)

Por su parte, labor administrativa sería la que conlleva un mayor tiempo de ocupación diaria del profesional dentro de este espacio:

“...la parte administrativa te come gran parte del día, por ejemplo te tienes que estar fijando cuando están cuadrando la caja, estar recolectando los papeles, la plata, que atender el teléfono...si viene un proveedor externo tienes que atenderlo, “¡jefa me da sencillo!”, tienes que cambiar la plata, esa parte te come hartito el día.” (QF.Priv.Caso2)

“Como te digo, yo me atrevería a catalogar que el tiempo gastado es un 70% netamente administrativo...” (QF.Priv.Caso1)

¿Cómo es subjetivado para los químicos farmacéuticos el escenario anteriormente descrito? Par dar respuesta a esta interrogante, al igual que en el caso del sector público, se han categorizado tres tipos de sentidos en el discurso de estos profesionales – **técnico-neutral, político y ético-**, que resumen y a la vez brindan una herramienta que permite ampliar el análisis en relación a la labor administrativa que éstos actores realizan en las farmacias comunitarias (ver Cuadro N° 9)

Los discursos de tipo **técnico-neutral**, al igual que los profesionales que se desenvuelven en el sector público, es una posición que connota una acción social implícita, considerando este contexto particular en el cual se desenvuelven los químicos farmacéuticos: es un deber administrar y hay que hacerlo bien para que el negocio sea rentable. Apelar a un discurso técnico neutral, es aparente y dejan afuera a la reflexión ética de las implicancias sociales de su actuar profesional, en este caso, la farmacia de cadena como centro de dispensación de medicamentos al público en general del país es un espacio

en el que existe una lógica en donde se incentiva el consumo de medicamentos; y la distancia entre el conocimiento del profesional técnico a cargo con los usuarios es amplia, por lo que el traspaso a fines poco claros y poco éticos, es posible e incluso habitual:

“...la parte administrativa como cualquier negocio si vendiéramos zapatos, trabas, no sé cualquier cosa y la parte administrativa es un negocio que tiene productos que son rentables y otros que no lo son, entonces hay que compatibilizar todo una parte que corresponde a medicamentos con la parte ética con toda la parte comercial, o sea si yo sé que dos medicamentos que tienen el mismo principio activo y uno me renta el triple no me voy a quedar tranquila hasta vender el que me renta el triple ¿cachai?” (QF.Priv.Caso4)

En este sentido, la falta de cuestionamientos acerca de priorizar la administración por sobre una racionalidad asistencial como profesional de la salud en la farmacia de cadena por parte de químicos farmacéuticos, implica la revisión de los límites éticos en el sentido de preguntar acerca de ¿cuál es el límite en la facilitación del consumo de medicamentos a la población para alcanzar objetivos comerciales? Sumado a que la cita anterior, deja expuesto nuevamente el tema de la calidad de los medicamentos en el país y la falta de estudios de bioequivalencia al respecto. La distancia sobre el conocimiento acerca de los fármacos entre químicos farmacéuticos y los consumidores finales de medicamentos que compran dentro de las farmacias comunitarias, deja a este último actor en desventaja al no poseer las condiciones necesarias para elegir un medicamento por sobre otro, por tanto elementos como *“...si yo sé que dos medicamentos que tienen el mismo principio activo y uno me renta el triple no me voy a quedar tranquila hasta vender el que me renta el triple...” (QF.Priv.Caso4)*, lleva a fines poco claros que son cotidianamente posibles dentro de este espacio. La decisión sobre un fármaco está determinado por intereses personales del profesional, como también de los intereses promovidos por las instituciones de las cuales forman parte, más que de una racionalidad de tipo técnica por parte de los químicos farmacéuticos, que generalmente el cliente desconoce.

El discurso de tipo **político** por su parte, cuestiona elementos estructurales de la institución de la que depende el profesional, en este caso la farmacia de cadena y también sobre el sistema económico en el cual se contextualiza esta labor, el que permite observar al medicamento como un bien de consumo comercializado y facilitado al público sin mayores restricciones de venta, en el que el rol que puede sostener el químicos farmacéutico es

limitado a sabiendas de las implicancias éticas que esto significa, es decir, se debe priorizar lo administrativo para así cumplir con los intereses demandados de la institución a la que forman parte:

“...debiese haber un tema reglamentario que impidiera que la evaluación del desempeño del farmacéutico sea medida por temas comerciales y por temas de administración...que estuviesen vedados para evaluar el desempeño de las personas por los temas comerciales, cosa de dejar separados netamente la labor ética profesional del farmacéutico de la labor de jefe de local de encargado de gerente de su empresa...pero en estos momentos así como está te pueden medir por temas comerciales, las cuales podrían empañar las labores de salud pública, yo creo que gran parte de eso pasa por reconocer a la farmacia...como una entidad...preocupada de la salud pública.” (QF.Priv.Caso1)

Y por último el discurso que se posiciona desde lo **ético** para hablar de la labor administrativa, significado por las narrativas de los actores que se posicionaban desde aquí con un perfil incómodo, con la caracterización de una constante queja sobre las tensiones que generan los choques de intereses entre sus predisposiciones profesionales más bien sanitarias y las exigencias institucionales en la búsqueda de la sobreventa de medicamentos y por tanto un perfil comercial de su profesión. En relación con esto último, existe un diálogo con lo aducido en el sector público, en el que el cuestionamiento también está puesto en relación a que el profesional pierde la calidad de “profesional de la salud” dentro de las farmacias de cadena:

“...te puede comer la pega administrativa perfectamente y ahí morís como farmacéutico y a eso me limito a recolectar los papeles, a cuadrar caja, a cambiar sencillo, a ver que estén los stock que se cumplan, que no hayan hoyos en las góndolas y ahí podís morir o si efectivamente tenís una consulta con un paciente y le dices:” ¡sí pase, por favor tómese su tiempo!”; ahí yo creo que la vocación juega hartito en ese sentido, porque cuando tú llegai a la parte privada en el que se espera que tú seas mucho el administrativo a diferencia por ejemplo en la parte pública en la que tú tienes opción de ir y atender un policlínico, de jugártela, de estar efectivamente al lado del paciente, es mucho más fácil ahí, si es que tienes la vocación de estar al lado del paciente, porque por ejemplo hay colegas a los que les encanta la parte privada, precisamente porque no están en contacto con el paciente y ellos son felices trabajando en esto, no tienen esa veta de...pero para los que están bien tocados por la parte social del medicamento puede llegar a ser súper desilusionante cuando tú entras a esta pega.” (QF.Priv.Caso2)

Estas posiciones discursivas manifiestan una clara alusión al **éxito profesional** (Gyarmati et. al., 1984), del cual se ha hablado en los capítulos anteriores de la presente investigación, donde la escala de valores de la actual sociedad predomina el éxito en términos de ganancia económica y posiciones escaladas en términos individuales, más que en una búsqueda de calidad del trabajo en pos de los intereses del cliente o la comunidad.

En las farmacias comunitarias o de cadena el “buen farmacéutico” es aquel que “vende harto”, y es este nivel por la cual se evalúa su desempeño.

Para llegar a cumplir las metas que le son exigidas cada mes, entra en juego una serie de disposiciones que limitan con la ética y la salud de la población sólo por la persecución de una buena evaluación profesional. A pesar de las serviciales intenciones para con el cliente, existe un compromiso con el oficio en el que los químicos farmacéuticos como jefes técnicos de las farmacias, tienen la responsabilidad de lograr que el negocio no quiebre sino todo lo contrario, que resulte rentable. En lo concreto se ha podido encontrar en los discursos recogidos lealtades divididas: con las **instituciones** que los acogen, quienes exigen el cumplimiento de metas mes a mes y la venta de ciertos productos que poseen bonificaciones; con los **clientes** en una racionalidad más bien asistencial del cuidado de su salud; y los propósitos del **profesional** que tienen que ver con intereses más bien individuales sobre su *saber hacer* (ver Cuadro N°9). Un desequilibrio entre el potencial buen servicio de las farmacias de cadena orientadas al cuidado de la salud en el sector privado y la competencia económica que finalmente incentiva y crea una cultura de consumo de medicamentos muchas veces innecesario para la población.

Cuadro N°9: Éxito profesional de los químicos farmacéuticos en las farmacias de cadena y lealtades divididas con la institución, el cliente y la profesión

Éxito Profesional Lealtades Dividas	Discursos alusivos químicos farmacéuticos
Institucional	<i>“Buena a nosotros nos evalúan, cumple o no cumple, pasó la meta o no pasó la meta...cumplió no cumplió con los parámetros comerciales y ahí va a haber una evaluación un poco rígida al respecto...La idea claramente para mí es cumplir, ahora ser la top de las top no me interesa porque en fondo es un lugar tan grande que tendría que comprometer a todos ...y es súper difícil, cuando tú manejas a 4 personas es mucho más fácil comprometer a 4 personas, que comprometer a 18 vendedores en el mismo cuento...Entonces de repente cuesta, a lo mejor no cumplimos todos los parámetros pedidos pero sí siempre fue lo que ellos nos pedían, ellos nos pedían un valor de ahí pa’arriba, de ahí pa’arriba, esa es mi meta personal.” (QF.Priv.Caso4)</i>
Cliente	<i>“...es difícil tú dices este caballero está con una “X enfermedad” pero con una loperamida se le pasa, pero claro la loperamida vale \$300, \$400, entonces qué van a preferir darle un “X marca” que te cuesta casi \$6000, sí al final de cuantas puede que le haga el mismo efecto y entonces ahí es como mmm juega, juega con la ética sobre todo cuando tú ves que hay un cliente que no tiene para pagar \$5000 o \$6000, entonces ¿le vas a negar el otro?, no puedes, o sea,</i>

	<i>desde mi punto de vista no puedes negarlo, hay colegas que sí, que lo niegan y prefieren que el cliente se vaya antes de dar la opción del genérico.” (QF.Priv.Caso2)</i>
Profesional	<i>“...el rol de uno de químico farmacéutico de enseñar por el tema económico que cumple la función de la farmacia no permite...a mí no me permite educar a un paciente y decirle sabe usted mejor no compre la “X marca”, compre un antiinflamatorio, porque este antiinflamatorio no va a tener los efectos colaterales que tiene la ergotamina, pero por otro lado la empresa me dice usted tiene que cumplir y tiene que llegar a las metas y si no vende el producto que tiene tanta comisión, no puede llegar a las metas.” (QF.Priv.Caso3)</i>

El éxito profesional para los químicos farmacéuticos dentro de las farmacias de cadena está desvinculado de intereses sanitarios, la evaluación se basa en aspectos que poco tienen relación con un profesional perteneciente al ámbito de la salud.

El problema es que este negocio toma a una de las partes esenciales de los actuales tratamientos para mejorar condiciones de salud en la población: los medicamentos, tema en que los químicos farmacéuticos son especialistas. Problemas detectados en Chile frente al uso de fármacos como la automedicación y el alto índice de consumo de los mismos parecieran ser pasados por altos en este tipo de farmacias. El incentivo al consumo de medicamentos es una ideología que forma parte de un esquema habitual de la definición social de la realidad de este sector, legitimada por los propios profesionales químicos farmacéuticos, cristalizado en la dispensación de medicamentos, y su vez, legalizado por las políticas económicas del país. Por tanto las decisiones profesionales en base a los conocimientos del mismo, quedan en jaque por una serie de elementos de tipo sociales que encausan la práctica cotidiana al cumplimiento de objetivos comerciales, más que sanitarios. Esta situación implica el haber detectado una crisis sobre la identidad profesional de los químicos farmacéuticos.

4.4.2.3. Crisis sobre la identidad profesional de los químicos farmacéuticos

Es importante destacar que todos los roles contribuyen a organizar el comportamiento de los individuos, pero algunos de ellos son tan importantes que llegan a construir los núcleos centrales alrededor de los cuales se organiza la personalidad del mismo, siendo el ocupacional uno de los fundamentales, dado que representa un lazo directo y continuo que une a un individuo adulto con la sociedad. Es el que determina en gran

medida el estatus general que poseerá y por tanto una de las visiones que tendrá de sí mismo (Gyarmati et al., 1984). En cuanto a los roles profesionales asumidos por los químicos farmacéuticos, al definir su labor como respuesta a las demandas sociales, en base a los análisis realizados destacan tres:

- 1) como profesional de la salud (farmacéutico),
- 2) como científico (químico),
- 3) y como administrativo (jefe técnico de farmacia).

Existe una reflexión permanente sobre un “*ser o no ser*” profesional por parte de los químicos farmacéuticos y un malestar en relación a la falta de desarrollo profesional, puesto que sus labores son bastante restringidas dentro de las farmacias. De menor alcance en el caso del sector público en comparación con el sector privado analizado, dado que por lo menos existe la “*oportunidad*” de realizar acciones relacionadas al ámbito de la salud. Al respecto se puede decir que este problema remite a la falta de **autonomía profesional**, aunque relativa según la discusión teórica (Gyarmati et al., 1984; Light en Conrad 2008) en una sociedad altamente burocratizada donde la condición de poder decidir qué realizar o qué conocimientos profesionales entregar a la población está amarrada a diferentes condiciones externas. Sin embargo en comparación con la profesión médica su relativa autonomía profesional es puesta aún en mayor cuestionamiento:

“...y a mí me da lata porque cuando se hacen foros todavía nos estamos preguntando si somos o no somos profesionales del área de la salud y obviamente somos profesionales del área de la salud porque el medicamento es una parte integral del paciente entonces estar todavía en esa cuestión de soy o no soy...” (QF.Priv.Caso2)

Adicionalmente, basado en las propuestas de Gyarmati et al. 1984, se hace posible distinguir características en relación a la identidad profesional de los químicos farmacéuticos que dan muestra de un sentido de “crisis”:

- 1) Existe una **falta de poder**: definido como la sensación de impotencia que nace de la falta de injerencia para influir significativamente en los asuntos que afectan aspectos importantes de la vida, en este caso ocupacional, y que estén controlados por otros. Ejemplo de lo anterior descrito es el tiempo escaso para la educación de los clientes sobre el consumo de medicamentos, el poder de prohibir la compra de un fármaco,

como también el poder regular las prácticas comerciales llevadas a cabo por los dependientes de farmacias (auxiliares farmacéuticos), situaciones que escapan del control del químico farmacéutico. Sumado a la falta de poder posicionar los conocimientos profesionales a disposición de la población en general.

- 2) Profesión como instrumento: el trabajo en sí mismo no satisface ni las inclinaciones, ni las aspiraciones más profundas del individuo, sino que es un medio para lograr recompensas ajenas a la actividad misma. No se cumple a cabalidad el rol de farmacéutico, ni de químico según se ha identificado, más bien se lleva a cabo el de administrador con el que se obtienen las gratificaciones a la labor, el individuo debe reprimir o modificar durante su trabajo aspectos importantes de su personalidad como el “espíritu de servicio”.

Según Gyarmati (et al., 1984), se supone que la sociedad posee necesidades y aspiraciones en diferentes ámbitos, concentradas en esta investigación en el ámbito de la salud, donde actualmente el progreso técnico requiere de la aplicación de conocimientos especializados de alto nivel de complejidad. Para ello un número reducido de profesiones ha asumido la tarea de perfeccionar los conocimientos necesarios de preparar a sus miembros para la aplicación práctica de ellos y de controlar que lo hagan teniendo como criterio el “bien común”, el interés de la sociedad y de los individuos que la componen. Los químicos farmacéuticos por su parte, son profesionales altamente especializados con un nivel de conocimiento complejo en relación a los medicamentos, ahora esto último nos remite a la pregunta acerca de **¿qué necesidad social responde la profesión de químico farmacéutico actualmente en el país?** En consideración a los casos analizados para la presente investigación, actualmente los químicos farmacéuticos dentro de las farmacias responden a necesidades de tipo administrativas más que de tipo sanitarias o como científicos. Sobre esto, se pone en discusión si en realidad responde a un **“mito institucional”** (Gyarmati et al., 1984) entendido como la legitimación de prerrogativas conquistadas y que al mismo tiempo sirven como modelo que influye en la política de la institución y obliga a sus miembros a regirse por él. Se acepta y se da continuidad a un mito en el que el rol principal de los químicos farmacéuticos dentro de las farmacias es el de administrar, dado que es la

exigencia desde el mercado laboral a su profesión, y no necesariamente responde a las necesidades sociales considerando las particularidades del país sobre la automedicación y el sobre consumo de medicamentos como se ha expuesto, en el que el químico farmacéutico podría tener un rol mucho más importante acerca de la educación sobre medicamentos tanto para los consumidores finales como para otros profesionales como los médicos.

4.4.2.4. (De) Formación profesional

Ahora bien, en este mismo sentido otro ejemplo de cómo son asumidos **mitos institucionales** es la referencia realizada en las narrativas de los químicos farmacéuticos a la formación inicial dada por la universidad. ¿Traspasan los mitos institucionales al ámbito de la universidad? Considerada como las instituciones que entregan los conocimientos necesarios para la educación de sus miembros en sus técnicas específicas para la aplicación práctica de las mismas.

Si es una exigencia primordial para los químicos farmacéuticos su rol como administradores ¿será asumido o negado como prioridad dentro de las aulas universitarias este conocimiento? No se puede asumir una respuesta fehaciente al respecto, puesto que no forma parte de los objetivos planteados para el presente estudio, pero se plantea a modo de análisis al constatar que es parte de los elementos rescatados por los propios entrevistados en diferentes aspectos: en primer lugar existe una queja acerca de la desvinculación entre aquello enseñado en las aulas de clases y cómo en la práctica se desenvuelve la profesión de químico farmacéutico; seguido por la posición en el que aceptar dar prioridad formativa al rol administrativo de este grupo en su formación, sería consentir el mito institucional que aquí se pone en cuestionamiento. Elementos que dan cuenta de las tensiones de esta profesión, puesto que existe de manera reiterada un patrón estable de definición profesional sobre el químico farmacéutico y los alcances y límites de sus *saberes técnicos*, no se trata sólo de definir o posicionar gustos e intereses personales individualizados en cada uno de los entrevistados, va más allá, en el sentir colectivo de que esta profesión pareciera diluirse en medio de sus prácticas administrativas, sobre todo al considerar su potencial labor en la

dispensación de medicamentos, en este sentido pareciera ser que es una profesión que tiene mucho más que decir a nivel social, pero no tiene el espacio ni las condiciones para hacerlo.

En relación a esto último el **mito institucional** no pertenece sólo al ámbito de las farmacias de cadena, como representante de la “institución” del cual el mito da cuenta, sino que también puede ser apropiado por los mismos profesionales, al legitimar tales prerrogativas asumiendo estudios posteriores en administración para así responder a las exigencias realizadas desde el mercado laboral, de este modo la profesión responde a las necesidades institucionales, que no necesariamente se vinculan a las sociales y comunitarias en el seguimiento de un bien común.

En la identificación de una crisis de la identidad profesional de los químicos farmacéuticos, como en la definición dicotómica entre un deber y un hacer profesional, a la formación universitaria le compete un rol importante al considerar el contexto en el cual se inserta la profesión y una reflexión sobre las necesidades sociales a las cuales va a responder por medio de la puesta en práctica de sus conocimientos (ver Cuadro N°10).

Cuadro N°10: Químicos Farmacéuticos y su relación con la formación profesional

Desvinculación entre Formación Inicial y el Mundo Laboral	
<p>“...nosotros los farmacéuticos tenemos que ser súper pulpitos o sea tienes que tener manos para todo y cabeza para todo y a veces tú sales de la escuela y hay muchas cosas que no te han enseñado, cosas de administración, nosotros tenemos un ramo de administración que no te prepara ... para lo que efectivamente vas a administrar, tenemos cero manejo de personal, nunca has visto manejo de personal y tu llegas a un puesto en el que eres jefe y tienes que manejar al personal y ahí se produce el primer choque, porque también está muy dissociado lo que te enseñan en la universidad a lo que se espera de ti en el mundo laboral...” (QF.Priv.Caso2)</p>	
Formación Profesional v/s (De) Formación Profesional	
<p>“...y quizás por lo mismo muchos colegas... entre los cuales me incluyo, porque tengo un magíster en administración, han querido ir perfeccionando esta área para ir sabiendo trabajar de una forma más eficiente justamente para que te quede más tiempo disponible para hacer la labor que uno considera por la cual fuiste formado que es estar ahí delante de la persona...”(QF.Priv.Caso1)</p>	<p>“...nosotros nunca hemos estado en la facultad de administración, porque si nuestro rol principal fuera administrar medicamentos estaríamos en el área de administración, no me acuerdo cómo se llama el nombre el nombre largo, de ciencias administrativas y no sé qué más, pero siempre se ha concebido con la salud...yo creo que la gente que entra a química y farmacia, entra creyendo que es una profesión de salud, entra creyendo que va a formar parte de un equipo, porque la carrera de farmacia siempre está asociada al área salud y por qué le estamos dando la prioridad a la parte administrativa, ¡ah que los farmacéuticos somos ordenados! claro y además la oficina es cómoda...” (QF.Pub.Caso1)</p>

4.4.2.5. Entre la legalidad y la ilegalidad legítima en las farmacias de cadena

Luis Enrique Alonso (2004) afirma que el consumo en tanto produce bienestar, también es gestora de riesgos de los cuales es necesario una vigilancia social como política, más allá de los procesos de consumo relacionados con la compra-venta de productos. Atendiendo a este punto, es que se han identificado prácticas alejadas de la ética dentro de las farmacias de cadena e incluso ilegales fundamentadas en el incentivo al consumo de medicamentos, donde los funcionarios de estas instituciones, químicos farmacéuticos como auxiliares de farmacia, son parte de un juego de estrategias relacionadas a malas prácticas de mercado como también la materialización de desigualdades sociales.

Los auxiliares de farmacia cumplen un rol fundamental dentro de las farmacias de cadena, son ellos los que muchas veces tienen el contacto directo y cotidiano con los clientes o consultantes, incluso más que el propio químico farmacéutico, considerando los problemas de tiempo con los que cuenta este profesional dentro de su labor diaria asumiendo labores administrativas altamente demandantes:

“...por el volumen de venta que hay en una farmacia ahora en la actualidad fácilmente una farmacia mediana puede tener 6 o 7 vendedores auxiliares ¿no cierto? que en realidad son las manos del farmacéutico...yo te digo por ejemplo en las farmacias donde me ha tocado trabajar, las farmacias atienden alrededor de 1000 personas diarias entonces para un farmacéutico, para un profesional tiene que delegar muchas de sus funciones técnicas a los auxiliares de farmacia...” (QF.Priv.Caso3)

Los químicos farmacéuticos son jefes de los auxiliares de farmacia, éstos pueden capacitarlos sobre los productos en venta, los criterios y cuidados que deben tener con ciertos artículos, pero hay que tomar en cuenta que ellos poseen una venta comisionada, en la que el sueldo base²⁷ es una variable fundamental para caer en prácticas poco éticas, el cual, en algunos casos, bordea los 30 y 40 mil pesos:

“...los vendedores tienen un sistema de contrato que en todas las cadenas de...independiente a que digan que ya subió el sueldo base, siguen recibiendo ellos un sueldo base de 32-35 mil pesos y todo lo demás es su comisión, eso es, y sigue siendo en la práctica a pesar que la ley ya cambió... ellos lo que venden es lo que comen, entonces ¿cómo yo puedo luchar contra eso?” (QF.Priv.Caso3)

²⁷ El 18 de Octubre de 2010, el diario El Mercurio, en el sector Economía y Negocios destaca la huelga realizada por un estimado de siete mil trabajadores de Farmacias Ahumada en búsqueda de mejores condiciones salariales: “Demandan el aumento en el sueldo base a \$172 mil pesos, el mínimo que exige la ley. Cabe recordar que el sueldo promedio de los trabajadores alcanza los \$32 mil.” (El Mercurio)

Existen en estas condiciones incentivos institucionales e individuales para los auxiliares de farmacia, para promover la venta indiscriminada de medicamentos, además de mal informada y tendenciosa. La posición de los químicos farmacéuticos acerca de cómo se dispensan medicamentos en estas circunstancias son contradictorias y tensionadas, pues se sabe y asume que hay un incentivo a la venta de medicamentos innecesarios, una facilitación de los mismos más que su restricción, pero al mismo tiempo, forman parte de un sistema que les exige el cumplimiento de metas al final de cada mes. Paradójicamente prácticas poco éticas en la dispensación de medicamentos dentro de las farmacias de cadena ayudan al éxito profesional que los químicos farmacéuticos pueden tener como jefes técnicos de estas farmacias, en las que, en base a los análisis realizados, van constantemente en contra de la salud de la población.

En el Cuadro N°11 se ha realizado una división en relación a dos elementos que caracterizan la subjetividad ética implicada por los químicos farmacéuticos en este sentido, a saber:

- 1) **Prácticas de ventas de los auxiliares de farmacia:** en estos discursos es posible analizar “el decir del hacer” (Alonso, 1998) de un “otro” a quien se le atribuyen “malas prácticas” de venta y por ende poco éticas, por ejemplo ellos pueden negar que dentro del stock de las farmacias de cadena se tengan medicamentos más baratos, los que principalmente refieren a aquellos de denominación genérica debido a que estos tipos de medicamentos generan menor rentabilidad para las instituciones y para ellos mismos en cuanto a sus comisiones de venta; así mismo los auxiliares de farmacia pueden afirmar que dos medicamentos son iguales cuando en realidad pueden tener igual principio activo más la eficacia no está comprobada. Como es argumentado en función de un “otro” la libertad para criticar éticamente es mayor, y la subjetividad implicada para realizar cuestionamientos éticos, es definida así también con mayor fuerza. Por otro lado la autonomía profesional en este aspecto también está delimitada dado que no poseen los químicos farmacéuticos las herramientas para llevar a cabo ningún tipo de control, a pesar de ser los jefes técnicos de las farmacias de cadena. Este discurso es construido de manera general

por las narrativas de los químicos farmacéuticos que se desempeñan en el sector privado, a excepción de un caso negativo para quien no existe ningún tipo de cuestionamiento ético al respecto, las prácticas de venta de los auxiliares son naturalizadas y se asume como profesional el deber de ayudar en este sentido, puesto que son acciones que promueven las ventas de medicamentos y por ende el cumplimiento de las metas exigidas desde la institución de la cual forman parte.

- 2) **Incentivo a la Venta de Productos:** la posición de los químicos farmacéuticos sobre el incentivo de ventas varía en cuanto a la subjetividad ética implicada, pues ya no sólo concierne a “otro” sino también a un “nosotros”, los químicos farmacéuticos de las farmacias de cadena también dependen de esos incentivos para su éxito profesional dentro de las instituciones, incluso si éstas son éticamente cuestionables.

Cuadro N°11: Subjetividad Ética en: Prácticas de Venta de los Auxiliares de Farmacia y el Incentivo a la Venta de Productos para los Auxiliares de Farmacia.

Posición Químicos Farmacéuticos Sector Privado	Prácticas de venta de los Auxiliares de Farmacia		Incentivo a la Venta de Productos para los Auxiliares de Farmacia	
QF.Priv.Caso1	Mayor Subjetividad Ética	<p><i>“...cuando ya caemos en malas prácticas como por ejemplo el negar que hay un producto más barato para vender otro que a la empresa le interese yo sé que eso está mal de frentón y yo en lo personal no lo propicio, sé qué ocurre pero tampoco tengo el tiempo ni la forma de poder sancionar ese tipo de problemas que sé que ocurren.”</i></p>	<p><i>“...ahora es distinto a que yo como profesional esté facilitando esta cuestión, por eso te digo que cuestionamientos personales, éticos no tengo...las empresas las va a facilitar, las va a tratar de potenciar para sacar más ganancias, y en ese sentido como te digo no tengo un cuestionamiento ético, yo sé que está mal definitivamente, de que el vendedor puede hacer lo mismo pero con buenas armas...”</i></p>	Menor Subjetividad Ética
QF.Priv.Caso2		<p><i>“...es un juego estar en la parte privada sobre todo aquí porque son comisionados, entonces ellos [los auxiliares de farmacia] van a dirigir la venta hacia lo que más les acomode a ellos, a los que más les deje...”</i></p>	<p><i>“...entonces ahí cuesta conjugar la parte asistencial con la parte de la venta porque también a ti [como químico farmacéutico] te están evaluando de acuerdo con la venta del local, tienes una meta de venta todos los meses y tu sueldo depende de cumplir o no cumplir la meta...”</i></p>	
QF.Priv.Caso3		<p><i>“... ¿quién está con el paciente cuando está comprando? [el auxiliar de farmacia] esto te lo digo bien en serio si viene un cliente a comprar y le pide el medicamento si yo no lo tengo controlado de acá ¿cuál va a ser el criterio para vendérselo? cuanta comisión me deja y ahí es donde se distorsiona todo.”</i></p>	<p><i>“...ahora hay farmacias que están tendiendo a tener a algunas personas que les están pagando sueldo fijo, independiente de lo que vendan, también es otra modalidad que puede ser y no puede ser, en mi opinión es que sea mixta que tengan un sueldo base decente y que se esfuercen por vender para que el sistema resulte para los dos lados: que la farmacia venda pero que el auxiliar de farmacia tenga un piso suficiente para valerse y tener un criterio farmacológico en caso que tenga que ocupar”</i></p>	

<p>QF.Priv.Caso4</p>	<p>Menor Subjetividad Ética</p>	<p><i>“...yo siempre se los planteo a los vendedores por ejemplo tenemos en oferta este producto tratemos de venderlo, a la persona que les compre esto ofrézcanle esto a lo mejor a ellos no se les ocurre, pero a ti se te ocurre y tú puedes ir ofreciéndole una alternativa...”.</i></p>	<p><i>“...yo tengo que hacer el juego comercial y pasa porque yo tengo que llegar a metas, yo tengo que vender, yo gano mientras yo más vendo así de simple, y mi sueldo es un sueldo dependiente de las ventas, el sueldo de mis vendedores es dependiente de las ventas porque si no tendría puro flojos ahí mirando el pasillo haciendo nada ¿cachai? .Como buenos chilenos uno necesita incentivos directos: mientras más vendes más ganas como si vendiera zapatos...”</i></p>	<p>Menor Subjetividad Ética</p>
----------------------	---	--	---	---

Un tema relevante que ocurre dentro de las farmacias privadas, es la relación tanto de **químicos farmacéuticos** como de los auxiliares de farmacia con la **receta médica**, y por medio de este instrumento de prescripción de medicamentos existe un vínculo, a su vez, con el otro grupo de profesionales en estudio: los **médicos**. Por medio de esta articulación se permite la reflexión por parte de los profesionales aquí entrevistados sobre los conflictos de intereses que traspasan o bordean la ilegalidad de manera constante en relación a esta materia. En este orden de ideas cabe destacar que Gyarmati et al. (1984) proponen que las profesiones tienen aspectos **simbólicos-rituales** que contribuyen poderosamente a fortalecer la autonomía en ellas. Para el caso de los médicos la receta médica representa un aspecto simbólico-ritualista del que nos habla el autor, en primer lugar porque alude al casi monopolio de la prescripción de medicamentos que tiene esta profesión, en una sociedad en que los fármacos es “la” manera de resolver todo tipo de problemas, sumado a que existe una protección legal²⁸ a esta autonomía profesional sobre la prescripción de medicamentos. Para el caso de las farmacias las condiciones de venta bajo las cuales se rige el expendio de medicamentos son básicamente cinco:

- 1) Venta directa: medicamentos que no necesitan de receta médica para ser vendidos.
- 2) Receta médica simple: es una orden consentida por el profesional legalmente facultado, con el fin de indicar que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensado en conformidad de lo prescrito por el profesional.
- 3) Receta médica magistral: es aquella que se prescribe en una fórmula especial para un determinado paciente, que debe elaborarse en el momento de su presentación.
- 4) Receta médica retenida: es aquella en la que se prescriben medicamentos sujetos a control de venta, es decir, se debe archivar la receta en el establecimiento de venta.

La receta retenida adquirió notoriedad cuando en 1995 se inició el control de las benzodiacepinas en el ámbito de la dispensación.

²⁸ Es preciso recordar que el Código Sanitario del país define a los profesionales acreditados para recetar medicamentos: médicos-cirujanos, matronas y cirujano-dentistas quienes legalmente poseen esa exclusiva facultad. La realización de un diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o consultantes, en forma directa o indirecta por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina, se considera como el ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano (MINSAL, 1968).

- 5) Receta cheque: es un formulario oficial que es parte de los talonarios que los servicios de salud proporcionan a los médicos cirujanos y a las farmacias para la prescripción de estupefacientes y productos psicotrópicos.

En el espacio de las farmacias de cadena es relativamente fácil la evocación de los químicos farmacéuticos respecto a la venta de medicamentos que deben ser dispensados con receta médica pero que en general no se hace de tal forma, particularmente en aquellos casos en que no es necesario retenerla, puesto que se está libre de fiscalización. Ésta práctica se podría denominar como **ilegal-legítima** -tomando en consideración los conceptos trabajados por Max Weber (1996)- **ilegal** puesto que traspasa los límites legales de la legislación chilena vigente actualmente al respecto, y **legítima** dado que a ojos de terceros también es una práctica que no es puesta en cuestión (consumidores, químicos farmacéuticos, auxiliares de farmacia, dueños de farmacias). No existe una subjetividad por parte de los entrevistados de considerarse a sí mismos o a otros en su posición como criminales, es más, se asume que es parte de las condiciones aceptadas para poder cumplir con los objetivos de venta y metas a cumplir en las farmacias de cadena:

“...pero también viene otro cliente, porque así yo lo llamo, que dice: sabe deme dos “antijaquecosos de X Marca, tres cajas” y uno como químico farmacéutico le dice: ¿sabe cómo se lo está tomando? –“Y a usted qué le importa es mi derecho de cliente de comprar, si quiero compro diez cajas” y yo le digo: no, no es su derecho de cliente, porque esto es un medicamento y si usted revisa acá esto se vende bajo receta médica y si quiero no se lo vendo, por eso le estoy preguntando... ¡pero cómo! –dicen ellos-... este medicamento es con receta médica, dice en la caja venta bajo receta médica tipo A... pero anda a una farmacia a pedir éste medicamento ¿te piden la receta?, pero en la caja dice que es con receta médica....bueno el tema ético es de todos los días hay cosas que rayan contra lo legal y que tú tienes que controlarlo en la medida que se pueda y tiene que ser así, pero muchas veces tienes que ocupar tus criterios.” (QF.Priv.Caso3)

Otro de los traspasos ilegales que ocurren en relación a la venta de medicamentos con receta médica en las farmacias privadas, es el cambio en la prescripción que puede hacer el químico farmacéutico o el auxiliar de farmacia al reemplazar un medicamento recetado por un médico a uno que el dependiente de la farmacia estime conveniente:

“A ver mucha gente viene con la receta al despachar, tú le entregas el producto dicen: ¡ah! esto era omeprazol y te dicen:” no, deme el genérico no más” y ahí viene mi problema. Si el doctor hubiera puesto omeprazol y el paciente tú le llevas la caja de omeprazol y te dice ¿sabe? Este no me gusta, yo lo puedo cambiar por el que él quiera. Si la receta viene con un nombre de marca yo no se lo puedo cambiar por el que él quiera a menos que el médico pusiera un nombre de fantasía y abajo el genérico, pero no lo hacen, te da la alternativa que él [médico] prefiere, el nombre de fantasía, pero cualquier genérico también le serviría o cualquier otro con esa denominación también le serviría, pero eso no lo hacen. Entonces una receta es un documento legal que llegado al minuto de los

“quiubos” yo me podría ir a una demanda porque no le despaché lo que decía, como después está la receta está la boleta que no dicen lo mismo, o sea, siempre por eso cuando alguien pide cambiar un medicamento yo lo que puedo hacer: vaya donde el doctor, si no quiere ir al doctor escríbame por detrás yo solicito cambio de producto por... Yo lo pido así, tampoco está válido a la hora de los quiubos...” (QF.Priv.Caso4)

La legitimidad en relación a los quiebres legales sobre la dispensación de medicamentos en el discurso de químicos farmacéuticos que trabajan dentro de las farmacias de cadena, representan un conjunto de ideas que se ligan a un sector específico de la sociedad, por medio del cual se justifican sus actitudes y acciones, una definición social de la realidad que nos remite a una ideología que domina. Ideología en la que las prioridades son en términos económicos en relación al campo de la salud y donde se incentiva el consumo de medicamentos innecesariamente. Al mismo tiempo, las profesiones estudiadas quedan sujetas a este sector específico, en la que existe una obediencia a los mecanismos que incentivan el consumo de fármacos, a pesar de que se traspasen límites legales y éticos en esta práctica. Estos mensajes de legitimidad sobre valores o creencias acerca de los medicamentos son transmitidos socialmente y por ende a los clientes o usuarios de sus servicios con quienes estos profesionales tienen contacto directo por medio de la dispensación, asumen estas prácticas como legítimas y deseables ya que facilitan el acceso a los fármacos. A pesar de las buenas intenciones legislativas para mantener el control sobre las posibles disfunciones en el sistema de salud que concibe a la misma como un objeto de consumo, existen fuerzas desequilibradas en este sentido, puesto que la balanza de poder se inclina a intereses más bien pecuniarios que de tipo sanitarios.

4.4.3. Relaciones entre ambas profesiones

4.4.3.1. Relaciones entre ambas profesiones: sector privado

Sobre la base de las consideraciones anteriores, el vínculo que se realiza entre médicos y químicos farmacéuticos por medio de la reflexión alrededor de la receta médica como se ha expuesto, es útil para introducir el siguiente apartado que corresponde al análisis sobre la relación entre ambas profesiones tanto en el sector público como privado. Razonamientos por parte de los profesionales participantes de este estudio que nos hablan de sus posiciones de poder y cómo éstas entran en tensión sobre la prescripción y

dispensación de medicamentos. En particular el caso de la receta médica es un punto de conflicto para los médicos en su relación con los químicos del sector privado.

Gyarmati et al. (1984) citando a Benoit Smullyan, organiza a las profesiones dentro del **situs**, en las que existe una relación asimétrica de poder, dominación y control entre las profesiones y las ocupaciones afines. En el caso estudiado, los médicos poseen la soberanía sobre los asuntos de la enfermedad (Light, en Conrad 2008) y al mismo tiempo el “casi” monopolio sobre la prescripción de medicamentos (Busfield, 2008 en Brown), estas condiciones permiten un estatus superior de esta profesión por sobre las demás en el área de la salud, escenario que también comparten los químicos farmacéuticos al describir su relación con los médicos.

El **monopolio** descrito en relación a los servicios entregados por los **médicos**, es apoyado por el sistema legal y también por el aparato judicial del país, como lo es el caso de la prescripción de medicamentos realizada por estos profesionales que se sustenta en el Código Sanitario, sumado a la condición de venta de recetas retenidas para las farmacias, las que permiten un control sobre las prescripciones de medicamentos y que estas se vendan bajo los marcos legales establecidos. Pero al mismo tiempo, Gyarmati et al. (1984) afirma que no existen monopolios puros de servicios, y como se ha podido señalar anteriormente, uno de los ejemplos de ruptura o **fuga** de este **monopolio** en la prescripción de medicamentos se da en las farmacias de cadena estudiadas por medio de los discursos de los químicos farmacéuticos, quienes cambian recetas simples habitualmente, y en donde además existe un tercer actor, los auxiliares de farmacia, quienes realizan habituales “recomendaciones” a los clientes para el consumo de fármacos. En la práctica las “recomendaciones” sobre medicamentos funcionan como prescripciones, puesto que finalmente son indicaciones sobre medicamentos a los usuarios de las farmacias de cadena.

Pero para el mismo autor, la protección legal para el monopolio responde no sólo a razones técnicas sino también de índole económico y de estatus social; y son estos dos últimos puntos que convierten al monopolio profesional en un asunto problemático. Hay que considerar que las profesiones, son más que un grupo que se dedica a similares actividades,

forman una verdadera comunidad en la que existe una fuerte identificación del individuo con su profesión. Se genera una cultura propia, compuesta por un sistema de valores, ideologías, actividades, aspiraciones, normas de conducta y símbolos que son típicos de la profesión e incluso la manera en que se formulan o expresan ideas (Gyarmati et al., 1984). El monopolio es además una manera de asegurar el prestigio sobre la oferta de determinados servicios, y sin prestigio no hay autonomía profesional. El prestigio, al mismo tiempo, es uno de los elementos relevantes dentro del poder social de las profesiones. Este debería reflejar el alto nivel de conocimientos, la utilidad social de la profesión, el espíritu de servicio, sin embargo, como diría el autor, hay otros elementos que se interponen a estos valores como el nivel de ingresos de los miembros -a mayor ingreso, mayor es el prestigio social, y a menor ingreso, menor es el prestigio-.

Considerando estas características, los profesionales químicos farmacéuticos no poseen un elevado prestigio profesional a pesar del nivel de sus conocimientos y el espíritu de servicio que puedan tener. Se puede inferir al respecto a la potencial **utilidad social** de la profesión es bastante desconocida según los análisis realizados a las narrativas de este grupo de estudio, sentido colectivo que también es observado en la posición discursiva que los médicos realizan sobre la profesión de químicos farmacéuticos. En este mismo orden y dirección reflexiva, es que la falta de prestigio a su vez se relaciona con la falta de autonomía profesional, y es en esta búsqueda que químicos farmacéuticos colegiados han intentado, sin éxito, poner en discusión la idea de que ellos también posean la capacidad de recetar medicamentos, es decir, prescribir medicamentos de forma legal, como una manera de visibilizar la profesión y además sumar un símbolo poderoso a su *hacer profesional*. En el que el tema sanitario queda relegado sobre un afán de estatus que se afirma en este instrumento, que en términos reales, en relación a la salud de la población y el consumo de medicamentos, no tiene mayor impacto:

“...yo soy gremialista a todo esto, pertenezco al Colegio de Químicos Farmacéuticos, tengo un cargo, soy “x” y la verdad es un viejo anhelo el que tiene el gremio de que nosotros los farmacéuticos podamos hacer, así como el médico te receta un medicamento que es de su facultad, que nosotros también tengamos el acceso de poder recomendar de una forma más legal algunos medicamentos de venta directa, o sea, medicamentos que no pasen por un diagnóstico, si no solamente los que son de venta directa en los que están por ejemplo algunos antigripales,

antijaquecosos, analgésicos, que son para tratar dolencias simples, que uno bajo su criterio profesional puede recomendar...prescribir y ojalá mediante una receta que pudiese dar el farmacéutico.” (QF.Priv.Caso1)

Para el caso de los médicos la prescripción de medicamentos es una de las características más importantes de su propia cultura profesional, de allí que otras profesiones ajenas bordeen la posibilidad de realizar esta actividad levanta un gran celo profesional, como ocurre en el caso de las farmacias de cadena en la que no se respeta, particularmente, las recetas simples y donde en general se dan consejos y sugerencias para el consumo de medicamentos a los clientes de forma cotidiana durante la dispensación.

Existe un patrón estable por parte de los médicos a defender la cultura que les pertenece en relación a prescripción de medicamentos, las justificaciones de los médicos apuntan a algunos **elementos de tipo técnicos** en base a los conocimientos que poseen y la **conservación del estatus** de la profesión, en la que de paso se da de manifiesto la posición de dominación y superioridad frente a otras profesiones del campo de la salud, en el caso particular de los químicos farmacéuticos resultan casi invisibles a los ojos de algunos médicos en cuanto a sus capacidades profesionales y la utilidad social de sus conocimientos. Es preciso dar cuenta que la relación entre ambas profesiones en el sector privado es casi nula, se remite por parte de los médicos a la queja en relación “a las falta de respeto” que se aplican a las recetas médicas y por parte de los químicos farmacéuticos el único vínculo remite a los llamados telefónicos que ellos realizan a los médicos, esporádicamente, para verificar el nombre de un medicamento o pedir el cambio de éste porque se encuentra discontinuado o por razones similares.

Sobre la **defensa técnica en base al conocimiento** que realizan los médicos como profesionales, a diferencia de los químicos farmacéuticos sobre la prescripción de medicamentos no sólo se basan en el presente de un paciente -o cliente-, es decir, sólo en el momento determinado que a un consultante se le dispensa una medicina, existe un historial médico previo y la posibilidad de un seguimiento posterior a aquel paciente o consultante, sumado a aspectos de tipo simbólicos del medicamento que también son considerados a la hora de prescribir frente a la posición que un paciente pudiese tener sobre distintos tipos de

fármacos. Además, se interpela en este punto a la ausencia de relación entre químicos farmacéuticos y sus clientes, imposibilitada de ser llevada a cabo dado el contacto esporádico con un cliente de este tipo de farmacias:

“... [Hay que] ubicar al profesional en la profesión que le compete. Obviamente siempre van a haber dualidades en el sentido de: yo también sé eso, tanto de los médicos de parte de farmacia, como de los farmacéuticos hacia la parte médica, pero sí está claro y debería quedar claro que los farmacéuticos tienen un conocimiento netamente farmacológico y aunque comprendan todo lo que signifique la parte farmacológica de todas maneras no es un conocimiento integral. Se ve al paciente, se ve a la parte psicológica del paciente, se ven otras patologías asociadas, se ve cómo puede evolucionar gracias a la práctica que uno tenga, entonces eso es algo que se puede ver solamente con un conocimiento médico integral no solamente farmacológico, porque aparte el médico tiene la posibilidad de seguir evaluando a ese paciente y ver los resultados, el químico farmacéutico puede dar un producto pero ese cliente lo compró y se fue y nunca se supo qué es lo que pasó, entonces todas esas lagunas y esos espacios que quedan yo creo que son imposibles de complementar solamente con un conocimiento farmacológico.” (Me.Priv.Caso1)

“...para poder dar un medicamento hay que hacer un diagnóstico de una paciente y para hacer el diagnóstico de una paciente usted tiene que estar 7 años en la universidad y después 5, 10, 15, 20 años más trabajando. No, la persona que no sabe trabajar con pacientes como el médico no sabe hacer diagnósticos...” (Me.Pub-Priv.Caso3)

Por otra parte, se interpela a que **no existen las condiciones necesarias** para que un **químico farmacéutico prescriba** dentro de una **farmacia de cadena**, este acto es indicado como una irresponsabilidad profesional al no constituirse como un acto médico, considerando la relación médico-paciente en la que se intenta promover la salud, curar, prevenir enfermedades o rehabilitar a un paciente, sumado a que simplemente no lo realiza un profesional médico. Los conocimientos técnicos que el químico farmacéutico pueda poner a disposición a un consultante o cliente dependen del tiempo con el que cuente este profesional, que por lo general son escasos y que además no asegura un seguimiento y el conocimiento de los resultados que ese medicamento pudo hacer en el organismo de un usuario de estas farmacias y por tanto además del cuestionamiento de tipo profesional existe una crítica desde un punto de vista ético por parte de médicos a químicos farmacéuticos:

“¿los doctores pueden recetar por teléfono? Si no han visto nunca, nunca, al paciente ni lo conocen, yo creo que no. Distinto si me llama mi paciente de hace 5 años atrás y me dice oye ahora tengo este problema: a ya tómate una de estas ¿pero cómo recetaría un farmacéutico una indicación más o menos compleja si no ve al paciente?, no hay un acto médico, yo creo que es un tema que los terminaría metiendo más en problemas que en soluciones sinceramente...O sea el médico no debiera nunca expender una receta de alguien que nunca ha visto, mucho menos una persona que además no es médico.” (Me.Pub-Priv.Caso4)

Por último existe una defensa sobre **la prescripción como una labor que sólo le pertenece a los médicos**. La prescripción de medicamentos, como se ha afirmado, es un acto simbólico-ritualista importante para esta profesión. La molestia en este sentido es sólo de tipo profesional, dado que existe una invasión al casi monopolio de la prescripción que el grupo de los médicos posee. Pero es una práctica usual que se realiza en la mayoría de las farmacias de cadena, el recomendar un medicamento a un consultante o cliente se relaciona al acto final de la prescripción que es entregar un fármaco, aún así la queja no se direcciona en relación a la manera en que se maneja el negocio de las farmacias en el país o cómo se incentiva permisivamente el consumo de medicamentos, sino que la queja es adjudicada al profesional visible que trabaja en este lugar, los químicos farmacéuticos. Por tanto la molestia en este sentido para los médicos es más bien en términos del poder profesional invadido, que de tipos económicos o éticos.

“...ellos consideran que pueden recetar cualquier medicamento se están autoproclamando médicos” (Me.Pub-Priv.Caso2)

“...he tenido contactos con químicos en la atención privada, no primaria, privada, por el tema de las recetas, en lo personal no voy a nombrar farmacias, pero hay químicos que se toman atribuciones que no corresponden cuando uno indica un fármaco tiene que ser ese fármaco no el que ellos digan” (Me.Priv.Caso1)

Por último **la profesión de químico farmacéutico es desconocida** dentro de las farmacias de cadena como una profesión que pertenezca al área de la salud, lo que a su vez, conlleva problemas éticos puesto que levanta suspicacias acerca de la labor que realizan, en particular sobre el incentivo al consumo de medicamentos. El desprestigio de la profesión del químico farmacéutico descrito en las citas posteriores que aluden a este tema, se relaciona a que los médicos suponen la soberanía sobre los asuntos de la enfermedad y el monopolio en relación a la prescripción de medicamentos, esto le otorga dominación, control y superioridad frente a otras profesiones:

“En el sector privado simplemente no existe nada [sobre la relación entre ambos profesionales] o sea yo sé que los químicos farmacéuticos del sector privado son jefes de las farmacias y venden lo que le pidan porque tienen que vender eso es...simplemente [el cliente o paciente] va donde el farmacéutico y le pregunta qué sirve para tal dolor y el farmacéutico se lo entrega porque la labor del farmacéutico es vender medicamentos no es atender la salud y eso es lo que ha perjudicado mucho digamos a la población en general porque la gente consume yo creo que el doble de lo que nosotros indicamos y como el farmacéutico está en ese puesto para vender él vende, pero ese es uno de los problemas fundamentales en la prescripción... él es un vendedor de medicamentos en lo que

es hoy día en la práctica de fondo, no estoy aminorando su profesión pero él es responsable administrativo técnico, económico de la farmacia entonces yo creo que no corresponde, cada uno debe tener su temática y ajustarse a ella.” (Me.Pub-Priv.Caso3)

“Mira si los químicos farmacéuticos o las farmacias hubieran cumplido su rol, no existiría la receta retenida así de simple. La existencia de la receta retenida es un índice del fracaso de cómo funcionaba, y va a sonar feo, pero el fracaso que promovieron los profesionales de la farmacia....Claro que ahí está la mezcla de los factores económicos también si el que está de dependiente de la farmacia quiere vender harto, vende como loco no más lo que le pidan si le piden tanax, vende tanax, pero yo creo que eso generó esta legislación restrictiva” (Me.Pub-Priv.Caso4)

Un diálogo entre la prescripción que realizan los médicos y la dispensación de medicamentos que realizan los químicos farmacéuticos en el sector privado de la salud identificados para esta investigación es casi nula, se resume a la defensa de la propia cultura que le pertenece a cada profesión, son procesos desvinculados en la que no existe un diálogo entre las profesiones relacionadas al consumo de medicamentos. No se asumen por parte de estas profesiones roles sobre responsabilidad, bienestar, incentivo a la salud en relación al consumo de medicamentos, a pesar que en el sector privado se hacen explícitos los problemas en relación al consumo de fármacos por parte de la población.

4.4.3.2. Relaciones entre ambas profesiones: sector público

En el caso del sector público la **cultura profesional de los médicos**, entendida como aquella que contribuye a fortalecer la autonomía del grupo y su capacidad de actuar en forma organizada para el logro de objetivos comunes, y que por medio de ella internalizan normas, valores y aspiraciones de la profesión, como también normas éticas, establece una mirada en la que ocupan una posición de **superioridad** en la que dirigen y controlan las actividades de los que ejercen posiciones inferiores o subordinadas, son ellos quienes pueden dar órdenes y quienes esperan una obediencia a tales disposiciones dentro del ámbito del hospital.

La metáfora sobre la superioridad del médico por sobre las otras profesiones en este espacio, es transversal en las narrativas de médicos y químicos farmacéuticos, es un rasgo generalizado dentro de la cultura de ambas profesiones, fundamentadas en un conocimiento social compartido, que da por sentado esta maneras de comprender y posicionar a los médicos. Poseer este tipo de sentido común al respecto, impide el vínculo de cooperación

entre ambas profesiones en relación a la dispensación y prescripción de medicamentos, mientras los médicos descartan la relación, los químicos farmacéuticos la significan pero de manera cuidadosa, puesto que cooperar con el médico no es una tarea fácil especialmente por el estatus profesional que este posee y por el modo en el que se relaciona con otras profesiones:

“muchos dicen: el médico no es lo más importante y sin médico no hay nada, si no hay médico que recete, que vea al enfermo, no funciona ni la enfermera ni el paramédico, si no hay médico cómo el paramédico va a pesar, va a medir si no hay quien lo atienda, la enfermera cómo va a hacer los controles si el médico no le dice lo que tiene que hacer, cómo se van a compensar los médicos si no hay un médico que los compense, puede venir una enfermera y decir: usted es diabética le falta insulina y está descompensada ¿y? ¿qué hace? Tiene que ir al médico para que el doctor diga lo que usted necesita: mejorar la insulina, súbale esto, bájele esto, entonces yo encuentro que el médico es el pilar fundamental de la atención y el equipo [de salud] es el equipo está bien: enfermeras, paramédicos, nutricionistas, psicólogos, todo un equipo perfecto, pero sin el médico nada.” (Me.Pub-Priv.Caso2)

Los discursos de los médicos pertenecientes al sector público, en relación a la profesión de los químicos farmacéuticos sobre sus capacidades y vínculos con el uso de medicamentos, se reconoce pero de manera limitada, su trabajo es más bien administrativo y se condensa dentro de las farmacias de cada uno de estos establecimientos públicos, pero mayores aportes como equipo de salud y como profesional de la salud no existen o por lo menos no se visibilizan. Puesto que son ellos, los médicos, los que finalmente deciden en relación a lo que un paciente necesita, en este caso sobre el uso de algún medicamento:

“Hay una relación a veces a un nivel público en los hospitales, es buena la relación, porque tú muchas veces quieres tener para tu hospital los mejores medicamentos posibles, entonces muchas veces estás llevando presentaciones de medicamentos para incorporarlos al arsenal terapéutico de un hospital, o este medicamento está mejor que este otro para tratar ...y para dárselo a otros pacientes, ahí entonces uno tiene que tener mucho contacto con el químico farmacéutico que son las personas a las que le están entregando los medicamentos, también a través de las personas que expenden los medicamentos en la farmacia” (Me.Pub-Priv.Caso1)

De manera más tajante continúa siendo desde la posición médica los químicos farmacéuticos meramente una profesión administrativa, con la cual no se posee ningún tipo de discusión en relación a temas fundamentales de la salud. Este tipo de cultura profesional en la que el médico es cabeza del equipo de salud, genera la contradicción de tener una cultura aparte, en la que además de poseer una educación avanzada, se introduce una

identificación fuerte con el propio grupo, una manera de pensar con actitudes elitistas. En esta relación asimétrica con los químicos farmacéuticos impide que se le conozca y reconozcan sus labores y hasta dónde pueden tener alcances sus conocimientos profesionales y la utilidad de los mismos:

“O sea en el sector público nosotros acá tenemos un químico farmacéutico con el cual no compartimos nada, pero voy a hablar personalmente yo no comparto nada con él, nunca he compartido nada con él o en raras ocasiones, pero no nos juntamos semanalmente, ni una vez al mes, ni cada seis meses, ni una vez al año para discutir sobre este u este otro medicamento. El químico farmacéutico acá más bien cumple una función de tipo administrativa: hay que comprar aspirina, hay que comprar el misotrol, hay que comprar ampicilina, hay que comprar y nosotros reclamamos y él compra y después decimos que no hay y él compra, pero no tenemos una discusión científica de lo que él hace o de lo que nosotros hacemos, no la he tenido yo nunca y no sé, no creo que la tengamos no me parece a mí... él tiene que cumplir con sus funciones y yo con la mía pero no hay una relación acá en el sector público donde estamos que sea de estrecha colaboración farmacéutico-médico por lo menos que yo conozca. En realidad el químico farmacéutico es parte de, es parte del equipo, pero aquí no funciona exactamente así, en otros países en que los químicos farmacéuticos están bastante más incorporados al equipo clínico digamos al equipo de investigación y participan muchísimo más, pero aquí no, desde su formación son casi extraños al área de la salud, no participan con nosotros si no es para decirles que hay que comprar esto o devolver lo otro que no sirve, pero nada más.” (Me.Pub-Priv.Caso3)

Estas profesiones tienden a imponer sus propios métodos, ideologías y visiones sobre las necesidades de la sociedad, donde consideran desde su perspectiva la realidad y las aspiraciones de la población a la que están sirviendo. En el contexto chileno se han distinguido problemáticas importantes sobre el consumo de medicamentos en la población, como la calidad de éstos, el sobreconsumo, la automedicación, las cuales son identificadas como situaciones más bien tangenciales para este grupo, observadas, pero no por ello generan una motivación de realizar acciones concretas al respecto, la muestra de buenas intenciones en este sentido no pasan de ser actos simbólicos individuales. Existe desde el estatus profesional de los médicos una posición cómoda frente a los problemas en relación al consumo de medicamentos, esta disposición impide la generación de una conciencia crítica que promueva el cambio en alguno de los aspectos estudiados sobre el consumo de los medicamentos.

La falta de relación entre las profesiones estudiadas sobre la prescripción y dispensación de medicamentos, remite al problema de los **mitos institucionales** en el que se asume que los químicos farmacéuticos se realizan profesionalmente como administradores

de la farmacia, dejando de lado sus conocimientos acerca de los medicamentos y que podría tener una importante utilidad social para el caso de los hospitales.

No obstante, es necesario destacar el choque discursivo de ambos profesionales sobre su relación en el sector público. Para los químicos farmacéuticos ésta existe, ejemplos de vínculos de cooperación que se pueden encontrar en las relaciones de ambos profesionales son en equipos de trabajos como en los Comités de Farmacia en los que se discute en relación a qué tipos de medicamentos se utilizan, cuáles se les discontinuará el uso y cuáles se necesitan, entre otros tópicos al respecto, además en el tratamiento de enfermedades específicas como el VIH/SIDA y el caso del cáncer, última enfermedad donde también existe un vínculo entre profesionales en la discusión sobre la prescripción y dispensación de medicamentos, sumado a una relación más directa con los pacientes por parte de los químicos farmacéuticos.

“nosotros como químicos tenemos un rol bien importante aquí, tenemos un peso, por lo menos somos reconocidos aquí en este hospital, tenemos un buen reconocimiento digamos tanto de la dirección como del resto del equipo hay un trabajo realmente como lo quisiera el equipo [de salud]” (QF.Pub.Caso2)

“E: ¿Y se da esa relación de cooperación?”

QF.: Sí se da, porque somos un equipo, el equipo tiene que estar conformado así, en el fondo sabemos de medicamentos, sabemos de interacciones y tú ayudas en eso, si tú te acuerdas que está con antibióticos un paciente con diálisis se le tiene que disminuir o aumentar la dosis dependiendo de la función renal, ese tipo de cosas nosotros podemos hacerlas porque hay todo un acápite de los medicamentos que los médicos no lo conocen que es la parte farmacocinética muy propio del farmacéutico y en esa parte uno tiene que estar.” (QF.Pub.Caso1)

En el sector público para el caso de los químicos farmacéuticos existe un grado de autonomía profesional al tener la posibilidad de “salir a los pasillos”, pero estas prerrogativas se hayan afectadas por la relación asimétrica, en la que el casi monopolio sobre la prescripción de medicamentos y la autonomía relativa de la profesión médica son inviolables, más para los químicos farmacéuticos pueden ser impunemente invadidas por la profesión que encabeza el sitio puesto que “lo que los médicos dicen es ley”. Existe un diseño y control del proceso de socialización de los futuros miembros profesionales en el que se da un continuo a la cultura ya existente en relación a estas diferencias de poder profesional (Gyarmati et al., 1984). En este sentido el aconsejar a un médico sobre la

utilización de algún medicamento por parte de un químico farmacéutico, es descrito como un conflicto profesional y del cual es necesario caminar con cautela para así no ofender al médico, puesto que se asume culturalmente en este ambiente que es él quien decide, el que tiene la soberanía en los asuntos de la enfermedad y por tanto el prestigio que esto conlleva; prestigio que como se había argüido se debe considerar como uno de los elementos importantes dentro del poder social de las profesiones, que no necesariamente refleja el nivel de conocimientos, la utilidad social de la profesión o el espíritu de servicio (Gyarmati et al., 1984). Y ésta correspondería a una de las grandes diferencias entre ambas profesiones, puesto que sin prestigio no hay autonomía sobre las decisiones profesionales a tomar, la que a su vez contribuye a aumentar y reforzar el prestigio de la profesión médica, en este caso, prestigio social, en base a los análisis realizados, que los químicos farmacéuticos en Chile no poseen:

“La verdad es que es una relación súper friccionada porque el médico cuando tú recién llegas, tú eres una amenaza para el médico, porque tú sabes de medicamentos más de lo que él sabe... porque a ti te preparan para ser especialista en eso, o sea tú tienes que manejarlo sí o sí, tú manejas la farmacología, tú manejas desde la tecnología del medicamento, de cómo se produce, de los excipientes si está recubierto o no, si tiene una forma de liberación retardada, prolongada, a veces ellos no entienden eso, la farmacología: cómo se libera, cómo se absorbe, cómo se distribuye, cómo se elimina, hacia dónde se distribuye, dónde es más probable que tenga su efecto o no, requiere ajuste de dosis o no, la parte farmacocinética, si es para un niño para una embarazada, para un adulto mayor, para alguien que tiene problemas hepáticos, renales... Sí, el médico te ve como una amenaza, cuando tú le demuestras que tú no vienes a quitarles pega, que no eres una amenaza, vienes a complementar lo que él hace y que le puedes ayudar y que le puedes ser de utilidad efectivamente y que en realidad no estás hablando por hablar si no que tienes una base científica para decirle: sabe este medicamento está mal indicado... y bueno hay que tener una psicología para llegar al médico...” (QF.Priv.Caso2)

“...al principio los médicos no pescan y no tienen por qué pescar, por qué va a pescar a alguien que les está opinando sobre algo, pero en la medida que se dan cuenta de cuánto uno les puede apoyar y que uno no quiere competir con ellos con la prescripción de medicamentos, tiene que ver solamente con el buen uso de medicamentos, ellos, ellos lo ven como una ayuda y la realidad mía es que a lo mejor me costó el primer año, dos, tres años, pero posteriormente eran los mismos médicos los que me buscaban, ¿tal medicamento se puede administrar a tal nivel del intestino? . En ese sentido sí el médico una vez que pasa una etapa como no están acostumbrado a trabajar con farmacéuticos tiene una cierta resistencia al principio y posteriormente lo ven como una patita más de una mesa.” (QF.Pub.Caso1)

¿Pero es relevante el trabajo en equipo entre médicos y químicos farmacéuticos?

Desde el punto de vista de la prescripción y dispensación de medicamentos, en la que existe una cultura en la que se incentiva el consumo de fármacos de manera innecesaria, y donde el

paciente, cliente o consumidor de medicamentos posee una asimetría de conocimientos acerca de lo que consume, sí es importante debido a que ambas profesiones se relacionan cotidianamente con estos usuarios y podrían poner a disposición elementos educativos relevantes para generar nuevas prácticas en relación al consumo de medicamentos por parte de la población. En este sentido una narrativa aleccionadora al respecto de un químico farmacéutico indica que:

“es importante porque nosotros tenemos la visión del medicamento y él tiene la visión de la enfermedad y el paciente es un ente que en su cuerpo se junta el medicamento y la enfermedad, entonces por eso es importante, nosotros podemos ver incluso la interacción con alimentos, porque hay alimentos que entrapan al medicamento por lo tanto, no se absorben, entonces el médico dice: no hace efecto, no doctor no es que no haga efecto hay que separarlo dos horas, no puede tomarlo con leche porque la leche pesca al medicamento y no lo suelta hasta que se eliminan. Por eso a mi juicio es súper importante la relación que se puede hacer entre farmacéutico y médico, el equipo de salud, incluso no son ellos dos, es el kinesiólogo, el nutricionista, la enfermera que viene con la administración del fármaco y es todo en su conjunto, teniendo como protagonista de esta historia al paciente. Como te digo el primer año tal vez fue duro porque no me pescaban pero después ellos mismos me llamaban porque me necesitaban” (QF.Pub.Caso1)

Por tanto uno de los principales problemas que tienen estos profesionales es introducir cambios dentro de la profesión dada la fuerza que tiene la propia cultura y el contexto en que ésta se desenvuelve. En el que existen intereses económicos, búsqueda de estatus social y además una densa estructura de pensamientos arraigadas profundamente y una manera de percibir el mundo en el que afecta directamente a quienes son sus clientes o pacientes, como el casi monopolio de la prescripción, quién es la profesión dominante o la disposición para acceder a juicios de otros profesionales sobre la labor realizada, pero no por ello son tareas imposibles de llevar a cabo.

Una de las de las particularidades inesperadas al dar curso a esta investigación fue el encuentro con distintos profesionales tanto médicos como químicos farmacéuticos que trabajaban o alguna vez tuvieron la experiencia de tratar patologías relacionadas al cáncer, es dentro de esta labor donde la autoridad sobre las ocupaciones complementarias tienden a diluirse y dónde se ajustan y se reestructuran sus funciones a las necesidades del paciente y no necesariamente del empleador o de intereses personales de los profesionales. Al respecto se deja un apartado para describir este caso según las entrevistas realizadas a los

participantes de la presente investigación a modo de dejar abierta la posibilidad de futuras investigaciones que analicen con mayor profundidad esta materia.

4.4.3.3. Caso del cáncer

Los profesionales con experiencia en el caso del cáncer pertenecen al sector público de la salud y al Hospital Naval de la región de Valparaíso, la mayoría de ellos químicos farmacéuticos y un médico perteneciente a este último establecimiento. La singularidad de este caso en cuestión y que cabe mencionar dice relación a la labor que en específico realizan los químicos farmacéuticos, es un espacio en el que se deja de lado el trabajo administrativo y da paso a una arista profesional abocada en su rol científico y como profesional de la salud (se podría decir con propiedad que son químicos-farmacéuticos y no administradores).

“Aquí en el hospital lo que yo hago es una cosa que está partiendo aquí en Chile que hay muy poco que es farmacia clínica yo me dedico específicamente a oncología y a tumores sólidos yo veo fuera de lo que me contrataron que es fabricar las quimioterapias específicamente yo confecciono protocolos de tratamiento, veo qué va a usar cada paciente y se discute con el estamento médico y también me dedico a todos los efectos adversos, de manera de neutralizar todos los efectos adversos que tenga un paciente.” (QF.Pub.Caso5)

Para los químicos farmacéuticos que se han desarrollado dentro de esta labor se indica como un espacio en el que se logra un desarrollo profesional dado que son reconocidos y conocidos en cuanto a las capacidades profesionales que poseen, es decir, logran un prestigio social en relación a sus conocimientos que en otros lugares de trabajo quedan ocultos en el que se priorizan otras bases cognitivas de su formación, y por tanto es en este ambiente en el que sí es posible una relativa autonomía profesional:

E: Otra de las profesionales que se relaciona con los medicamentos son los químicos farmacéuticos, ¿qué relación ha tenido usted desde su experiencia profesional?

M: Excelente, excelente como profesional un 10, y si tú le encargas algunas búsquedas o que te apoye en determinadas oportunidades, entonces él es muy ágil, es muy rápido y te va dando respuestas así a preguntas que uno le va haciendo, nosotros no tendríamos tiempo para andar detrás de eso, pero además conoce más que nosotros sobre los citoestáticos, de los efectos que hay, de los efectos adversos. Él es el mismo que prepara las drogas que nosotros vamos a emplear así que encontramos en ese profesional a un profesional estupendo...tal vez esta sea la única, muy especial muy metido dentro del grupo (de médicos) todo lo hacemos juntos va a nuestras reuniones y creo que eso es muy positivo.” (Me.Pub.Caso6)

Así mismo es considerado en este caso particular la relación entre ambas profesiones por parte de los químicos farmacéuticos, puesto que se rompe la asimetría de poder tradicional que se da dentro de otros ambientes entre ambos profesionales, con lo que es posible el poder participar de manera más horizontal en las decisiones técnicas correspondientes a la enfermedad, pudiendo incluso prescribir medicamentos:

“...yo pienso que acá de todo lo que he conocido en Chile, yo creo que es donde se da la mejor relación y en todos los hospitales que yo conozca entre médicos y farmacéuticos porque yo creo que este hospital fue el primer hospital en Chile donde contrataron a un químico farmacéutico no para la farmacia solamente, sino para la parte clínica entonces al estar no yo metido en la farmacia me metí en el mundo médico entonces hay una rotación perfecta. Ahora del poli [policlínico] me llaman: ¿oye cómo era la dosis, en este caso, en el protocolo tanto?, cosa que no se da con la farmacia de afuera [farmacias hospitalarias] porque otros médicos me han dicho a mí: “de repente yo tengo una duda llamo a la farmacia y yo sé que los químicos están haciendo el pedido, están en esto con la otra cuestión, entonces me terminan respondiendo lo que dice en el vademécum²⁹, pero si eso yo lo sé yo necesito algo más allá que me investiguen pero en la farmacia hospitalaria no tienen tiempo para eso tienen miles de cosas”, en cambio como yo estoy para eso no más yo tengo que tener el tiempo entonces en mi caso es perfecto... en otros ámbitos en otros hospitales jamás un médico le va a preguntar a un farmacéutico qué le doy en cambio aquí sí porque también trabajas en el mismo piso, el médico interactúa inmediatamente.” (QF.Pub.Caso5)

“Yo creo que es uno de los pocos lugares en los que no hay rivalidad y donde el médico acepta súper bien tus sugerencias y por lo menos ahí en el consultorio es tanta la libertad que te da, que incluso puedes prescribir el medicamento porque si tú ves que el paciente necesita otro medicamento que no le ha dado el médico o si ves que tienes que cambiar la dosis, cambiar la frecuencia de administración, tienes total libertad para hacerlo y como se da tan bien porque tú tienes un arsenal farmacológico que está proporcionado para el paciente, entonces tampoco le vas a dar cualquier cosa, entonces de eso que está probado tú puedes manejar las dosis, por eso insisto yo que la parte de los consultorios es donde más podríamos hacer un aporte, porque es un paciente cautivo porque tiene que ir a hacer controles mes a mes, entonces se da la oportunidad entre medio que está con el médico o está con la enfermera tú te puedes meter entre medio, “doctor sabe que encontré esto” ¿le sirve o no le sirve? ponte tú a mí con el poli del anticoagulante al final el doctor me decía: “¿tú calculaste la dosis?, entonces está bien”, entonces te va avalando también como profesional, confían en lo que tú hiciste es correcto y al final cuando tú ves que hiciste un cambio de dosis y efectivamente el paciente respondió mejor a como había estado respondiendo antes con mayor razón tú dices aquí está mi veta, aquí tengo que estar.” (QF.Priv.Caso2)

La labor realizada por estos profesionales con personas enfermas de cáncer avanzado, representa un tipo ideal para observar el trabajo de equipo de salud, puesto que se configura la relación entre varios profesionales de ésta área en torno a un objetivo, que es el paciente como centro y por tanto los suspicacias sobre los límites en el actuar profesional se levantan a favor de este sujeto ¿Es quizás también el trato constante con la muerte una manera de sensibilizar y mirar al otro no como instrumento, sino de hacer explícito el vínculo del servicio de la profesión a otros que se encuentran en una posición de desventaja?

²⁹ Vademécum: Libro que caracteriza a los medicamentos actualizados por dosis, posología, grupo farmacológico, grupo terapéutico, indicaciones, acción, cinética, contraindicaciones, entre otros.

Es una de las preguntas lazadas a la discusión y con la cual, como se dijo anteriormente, representa una de las puertas abiertas que esta investigación deja para seguir y motivar otras investigaciones al respecto.

La finalización de los análisis sobre los discursos de médicos y químicos farmacéuticos en el sector público con el caso del cáncer se debe a que resultó un panorama distinto en medio de las relaciones entre ambas profesiones, en la que la labor del químicos farmacéutico puede ser llevada a cabo como profesional de salud y científico en el uso de medicamentos, en la que además hay un reconocimiento de dichas tareas por parte de los médicos.

A esto se podría agregar que la mayoría de las ideologías defienden el status quo, en el que se visualizan los fenómenos humanos y de tipo social como si fueran hechos de la naturaleza, independientes de la voluntad y la actividad humana, olvidando que existe una construcción social de la realidad, compleja es cierto, pero que al posicionar los fenómenos sociales más allá del control de los sujetos esta posición de pensamientos tiene una utilidad política de eliminar aspectos de tipo éticos, al legitimar su existencia como tales, y descalificándolo como utopía inservible o peligrosa al querer realizar modificaciones (Gyarmati et al., 1984).

De este modo el considerar los aspectos éticos en el uso de medicamentos como sus elementos profesionales finalmente tiene como objetivo el re-etizar los conocimientos técnicos y dar cuenta de una realidad sobre el contexto de los medicamentos en Chile que traspassa constantemente los límites de una ética cívica en pos de intereses comerciales y económicos en los que los profesionales en sus silencios por tabú o sentido común son cómplices de dichas circunstancias.

CAPÍTULO CINCO: CONCLUSIONES

A lo largo de los planteamientos realizados sobre *la Prescripción y dispensación de medicamentos en el discurso de médicos y químicos farmacéuticos del sector privado y público de la salud en la V región de Valparaíso*, se darán a conocer las conclusiones luego de finalizada la investigación.

La presente investigación sociológica en el contexto de una memoria de pregrado, comienza con un viaje que se traslada entre la acusación y la esperanza, en donde la sociología como disciplina aporte en conocimiento científico en relación a los problemas contingentes de la sociedad en la cual se inserta a reflexionar, en este caso Chile. Uno de los principales problemas diagnosticados sobre la situación de los medicamentos en el país es la falta de un respaldo técnico en relación a la calidad de los medicamentos. Situación que afecta a la población en general quiénes son y somos los consumidores habituales de este producto, en el que hay que considerar, que si bien en todas las actividades comerciales existe algún grado de incertidumbre, pero que en el nivel de complejidad técnica de la cual se reviste este asunto hace incapaz para el usuario/cliente/paciente/consumidor controlar tal calidad. Comenzar por esta premisa para dar a conocer las conclusiones referentes a la investigación llevada a cabo, es porque resulta un asunto de vital importancia para contrarrestar las ambigüedades sobre la elección de un medicamento por sobre otro, finalmente no sabe a ciencia cierta cuál medicamento es mejor ¿son simplemente una ideología construida por intereses económicos, como sucede con los laboratorios, o que los medicamentos de marca, originales o innovadores son mejores que el resto de la gama que hay a disposición? De ser así, las prácticas de consumo en el uso de medicamentos reproducen desigualdades sociales que para Chile no son ajenas, en el sentido de que un grupo tendrá privilegios de poder acceder a ellos, mientras otros en su mayoría se deberán conformar con aquellos de menor costo, sin saber si éstos cumplen con la efectividad y seguridad necesarias, considerando que son un químico que se introduce al cuerpo humano. Hay avances desde los organismos gubernamentales que tienen a cargo la fiscalización de

los medicamentos, pero que en relación a la cantidad de productos existentes en el mercado no se condice con una respuesta que pueda dejar conforme al respecto.

Este es el marco general desde el cual se comienzan a dilucidar las conclusiones para esta investigación. Para ello se seguirá una estructura en la se reflexionará para cada uno de los diferentes objetivos específicos planteados, para responder a la pregunta de investigación que guío el análisis ya presentado.

1) Identificar las orientaciones discursivas de médicos y químicos farmacéuticos respecto a la prescripción, dispensación y consumo de medicamentos en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

De modo transversal se asume para las profesiones estudiadas, que el consumo de medicamentos es excesivo en el país y es parte de las exigencias a las cuales son expuestos en la prescripción y dispensación de los mismos, esto por parte de los pacientes y/o clientes a quienes entregan sus servicios frecuentemente, además de incentivos institucionales, sobre este mismo asunto. Para comprender este fenómeno creemos relevante considerar el valor simbólico que poseen los fármacos, proveniente de una producción social de significados en las actuales sociedades occidentales, en el que el medicamento como síntesis tecnológica representa una fe basada en la técnica, en el conocimiento científico capaz de dar respuesta y dominar todas las cosas, entre aquellas, vivencias del ser humano que le producen incertidumbre como las enfermedades. De esta manera el trabajo empírico realizado en esta investigación se condice con la teoría que la socióloga inglesa Joan Busfield (en Brown 2008) donde se había expuesto que las medicinas son **la** forma de curar en las actuales sociedades. En particular es relevante observar que la consulta médica y el tratamiento de una enfermedad o dolencia, se reduce en la práctica a la entrega de algún fármaco. En la construcción de necesidades realizadas, a partir del análisis de los discursos sobre los medicamentos que aportaron médicos y químicos farmacéuticos, la automedicación resulta ser el camino más corto, económico y fácil para dar respuesta a diferentes problemas médicos. En este sentido es necesario

reflexionar acerca del contexto particular en el cual se circunscribe el problema, puesto que la socióloga Joan Busfield realiza su análisis desde una sociedad específica: Inglaterra, en la que los problemas en el sistema de salud no son similares a lo que ocurre en Chile, es por eso que esta investigación también consideró para su análisis lo que ocurre en el sector público y privado, en la que existe una atención precaria a los pacientes y de elevado costo, respectivamente. Se podría decir de manera fehaciente que existe el consumo excesivo de medicamentos en el país, sumado a incentivos de tipo económico que fomentan esta ideología, en la que existe una racionalización que responde a la optimización de beneficios mercantiles por sobre valoraciones éticas. Finalmente y tomando las palabras de uno de los participantes de esta investigación *la automedicación es un gran problema, pero a su vez es un gran negocio* (Me.pub-priv.Caso3), en donde los intereses económicos se incrustan en asuntos concernientes a la salud de la población y por tanto traen aparejados problemas de tipo éticos en este sentido, puesto que en el proyecto social y económico en el cual se insertan las profesiones, se permite el lucro por sobre asuntos relativos al cuidado de la salud de la población.

2) Caracterizar el discurso de médicos y químicos farmacéuticos respecto a la responsabilidad profesional en la prescripción y dispensación de medicamentos en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

La responsabilidad profesional aquí tratada se vincula a la ética de los profesionales, en diálogo con los planteamientos de la bioética y cómo la sociología como disciplina puede aportar a la discusión desde la investigación empírica, en particular si se considera la diferencia de conocimiento entre el consumidor de medicamentos y profesionales altamente calificados, en la que el usuario de estos servicios queda en una posición bastante vulnerable frente al experto y depende de la confianza que pueda sentir en él, incluyendo en esto la confidencialidad de la

información obtenida en la relación profesional de la salud con sus pacientes y/o clientes.

Como se mostró a lo largo del apartado del análisis, las decisiones profesionales de médicos y químicos farmacéuticos sobre el uso de medicamentos están supeditados a intereses económicos, lealtades con las instituciones de las cuales forman parte y que en algunos casos incentivan y facilitan el consumo de medicamentos más que lo restringen, es así como se puede concluir al respecto que éstos profesionales más que asumir posiciones de cambio o resistencia al respecto, toman una posición de dominación y status quo (Gyarmati et al.,1984; Alonso, 2004). Por tanto la responsabilidad asumida al respecto es baja sobre el consumo de medicamentos de la población, que como ya se ha dicho es en general excesiva. Esto se relaciona con el concepto trabajado desde la sociología del *éxito profesional* el cual es medido en términos de ganancia económica y posiciones escaladas, más que del buen servicio entregado a los usuarios. Este éxito profesional implica una posición cómoda para los profesionales, en la que se cumplen con los parámetros exigidos, reproduciendo ideologías que se transforman en el sentido común de la vivencia profesional, sin considerar los problemas referentes al contextos en el cual se inserta la profesión a trabajar y desde la cual se cree y se espera responda a las necesidades de la sociedad. Podríamos decir sobre esta situación que existe una desvinculación entre lo que entrega la profesión a sus usuarios y los problemas que acontecen en su circunstancia particular, específicamente el relacionado al consumo de medicamentos.

3) Identificar dilemas éticos que surgen de la práctica profesional de médicos y químicos farmacéuticos en la prescripción y dispensación de fármacos a la población en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

En esta sección se identificaron los conflictos específicos sobre los dilemas éticos en las prácticas profesionales de médicos y químicos farmacéuticos, según lo

analizado en sus respectivos discursos. En el sector privado fue donde se encontraron los problemas más graves identificados, definidos de esta manera porque traspasan claramente límites éticos y que son legitimados en su ilegalidad por estos profesionales, por las instituciones a las cuales se relacionan y también por el aparato gubernamental en la falta de fiscalización al respecto. Hablamos para el caso de los médicos en su relación con los laboratorios farmacéuticos sobre el uso de información proveniente de las recetas médicas para la construcción de las pautas comerciales y de marketing que guían las regalías dadas a estos profesionales. La ideología predominante en este sentido es la de naturalizar esta relación, no representan mayores cuestionamientos para quienes hemos entrevistado, a pesar de las apertura a situaciones conflictivas que pueden acontecer, aunque no con ellos, sí con “otros” colegas. En este sentido, ¿existe un deber de gratitud de los médicos hacia los laboratorios al prescribir aquellos medicamentos que le significan mayores regalías como el pago a congresos? Metodológicamente no se pudo asegurar por medio de la técnica de conversación de las entrevistas semi-estructuradas utilizadas para esta investigación, el nivel de retribución de la profesión a los laboratorios. Pero sí es posible mostrar que este fenómeno existe y es reconocido como tal, sumado a la afirmación de que para las campañas de marketing son utilizados información proveniente de las recetas médicas. Son problemas que traspasan límites éticos en relación a los abusos a los cuales están expuestos los clientes y/o pacientes al usar medicamentos que son elegidos por razones que implican un beneficio posterior al profesional. Además de que la información privada que pueda ser recogida de las prescripciones circule en manos que no se han sido consentidas por parte del usuario. Son temas que quedan abiertos para posteriores investigaciones en relación sobre las decisiones profesionales, en un lectura sociológica en conjunto con la bioética en el sentido de cómo operan dichos elementos en la realidad social. Pero también, va más allá de una lectura sólo disciplinar puesto que son temas que escapan de un análisis que sólo corresponda al ámbito sociológico, sino que llaman a una vigilancia cívica al respecto.

Para el caso de los químicos farmacéuticos, las farmacias de cadena exigen a favor de la rentabilidad de estos establecimientos el seguir ciertas pautas comerciales que incentivan la venta de medicamentos más que su restricción, situación de la cual no sólo dependen ellos, sino también los auxiliares de farmacia quienes ven comprometido su sueldo a favor de estas ganancias. Contexto en el cual se pueden negar medicamentos de denominación genérica y cambiar recetas simples, situación que se configura como un sentido común para éstos profesionales, como para los usuarios de estas farmacias siendo parte de las pedidos habituales en los cuales se define su práctica laboral. Esta situación es compleja puesto que los químicos farmacéuticos no son empresarios individuales, sino que son empleados de organizaciones privadas, y tienen importantes nexos de trabajo con ellos. En esta condición la relación entre el profesional y la clientela no es del todo clara y simple, entra a esta estructura la organización que paga el sueldo o los honorarios al profesional, y que por ende demanda lealtad al respecto. En este mismo orden, es donde se generan los conflictos de intereses para los químicos farmacéuticos, quienes ven tensionados su rol como profesional de la salud. A propósito de este caso, cabe señalar que la selección de los químicos farmacéuticos para comprender cómo se facilita o restringe el consumo de los medicamentos en la población por parte de los profesionales, representaron un objeto de análisis provechoso en el sentido de observar la complejidad de las tensiones empíricas a las cuales nos enfrentamos a la hora de analizar el consumo de medicamentos, más allá del espíritu de servicio que cada uno de estos actores particularmente pudiesen tener, existe una realidad que es contradictoria y que pone en jaque la persecución de valores éticos relacionados a la salud, en la que es construida como un objeto de consumo.

El tener a esta profesión como parte de los análisis permitió, a su vez, conocer una profesión bastante anónima en relación a sus capacidades técnicas. Se dieron a conocer tres perfiles para los químicos farmacéuticos: como científicos, administrativos y profesionales de la salud en su rol como farmacéuticos, se reconocen estos tres perfiles como coexistentes dentro de la realidad profesional,

pero para aquellos que observan su profesión relacionada a la salud, la presente investigación es un aporte a la reflexión sobre su rol profesional, a qué necesidades responde actualmente y cómo se relaciona profesionalmente en el contexto actual en el que se desenvuelve su profesión, en específico con las instituciones de las cuales forma parte. Lo que nos remite a las diferencias de poder profesional, en la que se ha dejado en manos de los médicos variadas decisiones correspondientes al ámbito de la salud, el problema es que el estado de soberanía que goza esta profesión sobre los aspectos de la enfermedad, como su relativa autonomía profesional, la hace ser una profesión en un estado de bienestar e indiferencia, en la que los problemas en relación a los medicamentos no logra tensionar a este grupo como para levantar la voz en contra de los límites éticos que hemos expuesto, en concordancia con Joan Busfield, los médicos no son un poder de compensación o *countervailing power* como potencialmente podrían serlo, al contrarrestar una ideología que fomenta el consumo de medicamentos.

4) Contrastar los discursos de médicos y químicos farmacéuticos respecto a la prescripción y dispensación de fármacos a la población en el sector público y privado de la salud, en la región de Valparaíso actualmente.

Al contrastar los discursos de médicos y químicos farmacéuticos del sector público como privado de la salud fue apelar a la dimensión social de los saberes técnicos (Lolas, 2000), es decir, reflexionar sobre la supuesta neutralidad de las decisiones en las que se basan los profesionales a la hora de justificar las prácticas médicas como las disposiciones frente al uso de medicamentos y cómo su estatus profesional variaba en relación al sector desde el cual se posicionaron sus narrativas, en consecuencia, se logró observar que las decisiones sobre los medicamentos se basa más bien en subjetividades que en los conocimientos expertos que posee, en este sentido: los márgenes económicos en los cuales se posicionaban los clientes o pacientes, las lealtades a las instituciones de las cuales forman parte, y el poder que ejercían los propios usuarios al exigir o no cierto tipos de medicamentos, son elementos relevantes a la hora de decidir sobre el uso de un medicamento u otro. Lo

interesante en este sentido es destacar que se supondría lógico que la calidad de los fármacos fuera un elemento importante a la hora de reflexionar sobre qué medicamentos utilizar, pero esto quedaba relegado dentro de las prioridades al momento de tomar una decisión al respecto.

Luego de realizado el paso por cada uno de los objetivos planteados para esta investigación, creemos relevante considerar algunos puntos antes de finalizar.

Hay que tomar en cuenta que el proyecto socioeconómico y sociopolítico no son elementos independientes entre sí y las prácticas de los profesionales se posicionan al interior de estos contextos para ser realizadas. En este mismo sentido la estructura de un mercado en el que los profesionales ofrecen sus servicios, las desigualdades sociales, la competencia en el mercado como la competencia por el poder social y político son fenómenos en estrecho vínculo (Gyarmati et al., 1984). Cada uno de estos elementos condiciona a todos los demás, les otorga límites y a su vez determina opciones entre las cuales es posible escoger en un momento dado. Es lo que lo Alonso (2004) al hablar sobre el consumo distinguía al sujeto como capaz de posicionarse con disposiciones de resistencia, cambio o dominación. Por tanto las prácticas y decisiones que realicen los profesionales no actúan en un vacío, sino que están enlazadas a estructuras de poder y sistemas económicos particulares y es en el ajuste a ellas donde se producen las contradicciones y tensiones empíricas observadas. Pero como hemos manifestado desde la justificación de elegir a estos actores como parte del análisis realizado para el consumo de medicamentos, no significa por ello que no posean ningún tipo de control sobre el contexto en el cual están inmersos, es más, participan de manera activa en la construcción social de la realidad y como afirma Gyarmati (et al., 1984) esta condición repercute en el rol de las profesiones dentro de la economía política.

Si bien han habido críticas explícitas a médicos y químicos farmacéuticos dentro de esta investigación sobre su labor en la prescripción y dispensación de medicamentos a la población, estas se basaron en la creencia de que los profesionales, en particular aquellos del sector de la salud, los cuales no sólo poseen un valor instrumental, tienen en potencia la

capacidad de construir y poner en el medio social la discusión acerca de cómo se contribuye cotidianamente a una cultura que incentiva el uso de medicamentos en pos de intereses comerciales, y sobre todo aquellos elementos que son éticamente cuestionables en el ámbito de la salud. Es según nuestra percepción que la sociología tiene la posibilidad de contribuir a este diálogo, en el trabajo interdisciplinario con profesiones con las cuales no se comparte habitualmente para discutir temas de conocimiento, pero con los que sí participamos de un mismo contexto social. Es por eso mismo que se optó por llamarlos participantes de un estudio y no sólo parte de una muestra para investigar.

Y finalmente señalar, que parte de los desafíos es observar el consumo de medicamentos dentro de los centros de planificación, participación y toma de decisiones correspondientes a las políticas públicas. En ella esta investigación aportó con el contexto en el cual se circunscriben las decisiones profesionales sobre este asunto, situación que por lo general se ha pasado por alto en la toma de decisiones referente a la salud, priorizando el cómo deberían ser tomadas y no cómo se toman en la práctica.

LISTA DE REFERENCIAS

- Alonso, L. (1998) *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.
- Alonso, L. (2004) *Las políticas de consumo: transformaciones en el proceso de trabajo y fragmentación de los estilos de vida*. Revista Española de Sociología, n° 4, pp. 7-50, recuperado el 15 de mayo de 2009, de <http://www.fesweb.org/publicaciones/res/archivos/res04/01.pdf>
- Alonso, L. (1998) “Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa”. En Delgado, J., Gutiérrez, J. (Ed.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (p. 225-240). Madrid: Síntesis.
- Alonso, L. (s.f.). El Estructuralismo genético y los estilos de vida: consumo, distinción y capital simbólico en la obra de Pierre Bourdieu *Universidad de Navarra, Publicaciones y Recursos de Sociología y Áreas Afines (PURESOC)*, pp. 1-39, recuperado el 25 de mayo de 2009, de http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_lecciones/LM-Alonso-consumo.PDF
- Álvarez-Gayou, José Luis (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Barcelona: Paidós.
- Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Norma.
- Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos. (2006). *Estadísticas*, recuperado el 30 de mayo de 2009, de <http://www.ASILFA.cl/est-dis.asp>
- Atkinso, P., Coffey, A. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Barajas, C. (2000). Medicamentos y Símbolos. *Revista Electrónica de Gastroenterología*. Vol.16, no. 2, Abril - Junio 2001, ISSN 0120-9957. Recuperado el 2 de Junio de 2009, de <http://www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro16201cronica.htm>
- Berger, P., Luckmann, T. (1995) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernardi, C., Cisternas, H., González, A., Rojo, O., Saavedra, I. (2008) *El medicamento es un bien social y la farmacia debe ser un centro de orientación*

sanitaria, recuperado el 2 de junio de 2009, del sitio web del Colegio Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile A. G.: <http://www.colegiofarmaceutico.cl/destacados/documentos.php>

- Busfield, J. (2008) “Pills, power, people: sociological understandings of the pharmaceutical industry”. En Brown P. (Ed.) *Perspectives in medical sociology*. (4a.ed.) (p. 411-427). Illinois: Waveland Press, Inc.
- Cockerham, W. (2007) *Medical Sociology*. (10a. ed.). New Jersey: Pearson/Prentice Hall.
- Coe, R. (1973) *Sociología de la Medicina*. Madrid: Editorial Alianza Universidad.
- Colegio Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile (2004) *Política Nacional de Medicamentos. Posición del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G.* Santiago, Chile, recuperado el 10 de junio de 2009, del sitio web del Colegio Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile A. G.: <http://www.colegiofarmaceutico.cl/files/politicamedicamentos.doc>
- Conrad, P., Schneider, J. (1992) “Professionalization, Monopoly, and the Structure of Medical Practice”. En Conrad, P. (Ed) *The sociology of health and illness. Critical perspectives*. (8a. ed.) (p. 194-200). New York: Worth Publishers.
- Delgado, M., Fernández, M., Ferreira, M., Mogollón, A., Vargas, I., Vásquez, M. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Diario Financiero (2009, 25 de mayo). Gasto en salud crece más que el PIB en países OCDE, recuperado el 2 de noviembre de 2010, disponible en http://df.cl/portal2/content/df/ediciones/20090525/cont_113143.html. 25 de Mayo 2009
- Díaz, C., Navarro, P. (1998) “Análisis de contenido”. En Delgado, J., Gutiérrez, J. (Ed.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (p. 225-240). Madrid: Síntesis.
- Fernández, E., Carvalho, M., Novaes, G. (2009) La comunicación y el diálogo: una tarea urgente de los farmacéuticos para fomentar la salud. En Lolas, F. (Ed.) *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana* (1ª ed.) (p. 313-332). Santiago: CIEB.
- Ferreira, M., Polacow, M. (2009) Ética e industria farmacéutica: patentes, publicidad y salud. En Lolas, F. (Ed.) *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana* (1ª ed.) (p.219-244). Santiago: CIEB.

- Frías, D. (2000). *Marketing Farmacéutico*. Madrid: Pirámide.
- Foucault, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. Madrid: Altamira.
- González de la Fe, T., Sánchez Navarro, J., (1988): “Las Sociologías del Conocimiento Científico”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1978-2002*, N° 43, (75-124). Recuperado el 19 de Junio de 2009, de http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_043_01.PDF
- Guzmán, E. (2008) *Historia de la farmacia en Chile: 65 años*. Chile: Colegio Químico Farmacéutico y Bioquímico de Chile.
- Gyarmati, M. (Ed.) Browne, E., de la Barra, A., Goic, A., Gómez, J., Guzmán, M., (1984) *Las Profesiones dilemas de conocimiento y del poder*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Henriques, D., Romero, A. (1994) *Medicamentos, Salud y Empresa Transnacionales. Derechos de la propiedad intelectual: Una perspectiva para los países en Desarrollo*, recuperado el 20 de agosto de 2010, del sitio web del Centro de Estudios de Bienestar Humanos de la Universidad de la Habana, Cuba: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Antonio1.pdf>
- Heran, T., Monsalve, D. (2003) *Abriendo espacios en salud: el significado de una buena atención. Una mirada desde la antropología médica*. Tesis de grado no publicada. Universidad Austral de Chile: Valdivia., recuperado el 3 de junio de 2009 del sitio web: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/ffh531a/html/index-frames.html>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. (3a. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hobsbawm, E. (2002) *Historia del Siglo XX*. (3a. ed.). Buenos Aires: Planeta.
- Horwitz, N. (2008) *Dato y norma. El sentido de la investigación empírica en bioética*. Santiago: Sociedad Chilena de Bioética.
- Instituto de Salud Pública (2008). Noticias: Avances en aplicación de norma de bioequivalencia en Chile. *ISP*. Recuperado el 17 de marzo de 2010, de <http://www.ispch.cl/noticia/1542/avances-en-aplicacion-de-norma-de-bioequivalencia-en-chile>

- Kottow, M. (2008). “El uso del placebo en investigaciones biomédicas”. En León, F. (Coor.) *Libro de actas IX jornada nacional de bioética*. (p. 13-19). Santiago: Sociedad Chilena de Bioética.
- Lazarsfeld P., Sewel, W., Wilensky, H. (1971) *La sociología en las profesiones*. Buenos Aires: Paidós.
- Light, D. (1991) “Countervailing Power: The changing character of the medical profession in the United States”. En Conrad, P. (Ed) *The sociology of health and illness. Critical perspectives*. (8a. ed.) (p.239-247). New York: Worth Publishers.
- Lolás, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago: Mediterráneo.
- López, J. (2005). *Ética en la Industria Farmacéutica: entre la economía y la salud*. Madrid: Eunsa.
- Ministerio de Planificación (2009) *División Social. Encuesta CASEN 2009*, recuperado el 2 diciembre de 2010, del sitio web del Ministerio de Planificación de Chile: <http://www.mideplan.gob.cl/casen/Estadisticas/salud.html>
- Ministerio de Salud (1968) *Código Sanitario*, recuperado el 25 de abril de 2010, del sitio web del Ministerio de Salud: <http://epi.minsal.cl/epi/html/RSI/VI/3Miscelaneo/05codsan.pdf>
- Ministerio de Salud. (2004) *Política Nacional de medicamentos en la reforma de salud*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2010) *Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Contenidos e información del uso racional de medicamentos para el personal técnico de salud*, recuperado el 25 de octubre de 2010, del sitio web del Ministerio de Salud de Chile: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e012993.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1985). *El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos Ginebra*. Citado por Ministerio de Salud (2004) *Política Nacional de Medicamentos*, Santiago: Gobierno de Chile.
- Quezada, A. (2009) Perspectivas éticas de la publicación biomédica. En Lolás, F. (Ed.) *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana* (1ª ed.) (p. 301-312). Santiago: CIEB.

- Relman, A. (1991) “The Health Care Industry: Where is it Taking Us?”. En Conrad, P. (Ed) *The sociology of health and illness. Critical perspectives*. (8a. ed.) (p. 280-286). New York: Worth Publishers.
- Sapag-Hagar, M. (2009) Ética, bioética, moral y ley: conceptos básicos. En Lolas, F. (Ed.) *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana* (1ª ed.) (p. 25-44). Santiago: CIEB.
- Servicio Nacional del Consumidor (2006) *Grandes cadenas de farmacias: qué hay detrás de las promesas publicitarias*, recuperado el 30 de mayo de 2009, del sitio web del Servicio Nacional del Consumidor: <http://www.sernac.cl/estudios/detalle.php?id=1499>
- Storpirtis, S. (2009) Ética en la calidad de los medicamentos y su relación con parámetros de biodisponibilidad, seguridad y eficacia. En Lolas, F. (Ed.) *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana* (1ª ed.) (pp. 127-154). Santiago: CIEB.
- Szawarski, Z. (2005) A right to gratitude. *Acta bioeth* [online], vol.11, n.1, pp. 23-32, recuperado el 4 de abril de 2010, del sitio web www.scielo.cl: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000100003&lng=es&nrm=iso
- Universidad Diego Portales. Facultad de Derecho (2003) Derecho a la Salud. *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2003. Hechos de 2002*. Santiago: UDP.
- Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Weber, Max (1966). *Economía y Sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. México D.F.: Fondo de la Cultura Económica
- Weber, Max (2007). *La ciencia como profesión. La política como profesión*. (3ª. ed.). Madrid: Editorial Espasa Calpe.

ANEXOS

ANEXO 1

PAUTA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS

El guión de las entrevistas presentado a continuación corresponde a la pauta utilizada durante las entrevistas semi-estructuradas con médicos y químicos farmacéuticos, una guía común para los profesionales pertenecientes al sector público y al sector privado de la salud con el propósito que los profesionales posicionaran desde sus narrativas los elementos que hacían la diferencia sobre pertenecer a un ámbito u otro en relación a la prescripción y dispensación de fármacos. Las preguntas de las entrevistas se basaron en los objetivos específicos a los cuales este estudio aspiró a responder. En la práctica durante el encuentro con los profesionales, el guión fue tomado de manera flexible a la hora de llevar a cabo las entrevistas y varió según cómo éstas se fueron desarrollando para cada uno de los participantes de esta investigación.

Médicos

1. Pregunta de Identificación.

- a) Para comenzar ¿me podría contar acerca de su experiencia laboral, en qué sectores ha desarrollado su práctica?

2. Identificar las orientaciones discursivas de médicos respecto a la prescripción de medicamentos en el sector público y privado de la salud.

- b) Acerca de los recursos terapéuticos con los que cuentan los médicos, los más nombrados han sido la palabra, los medicamentos y el bisturí ¿cuáles son para usted los más relevantes? ¿Me podría hablar acerca de las ventajas y desventajas de cada uno de ellos?

- c) ¿Usted ha observado diferencias tanto en el sector privado como con el sector público en cuanto a la prescripción de medicamentos?
3. *Caracterizar el discurso de médicos respecto a la responsabilidad profesional en la prescripción de medicamentos en el sector público y privado de la salud.*
- d) ¿Cuáles han son las ventajas y desventajas que usted ha observado en la prescripción de medicamentos?
- e) Sobre el consumo de medicamentos, ¿cuáles son las problemáticas que usted identifica en la población en cuanto al uso de medicamentos?
- f) ¿Existe la espera de una receta médica al finalizar la consulta?
- g) ¿Cuál es su posición cuando le exigen la entrega de una receta médica?
- h) Según su posición, ¿Habría que disminuir de alguna manera el consumo de medicamentos a un nivel profesional, institucional...?
4. *Orientaciones discursivas de los médicos en relación a la dispensación de medicamentos.*
- i) Otra de las profesionales que se relaciona con los medicamentos son los químicos farmacéuticos, ¿qué relación ha tenido usted desde su experiencia profesional con este grupo?
- j) Acerca de los químicos farmacéuticos, algunos de ellos consideran que los medicamentos de venta directa deberían tener algún tipo de filtro profesional y que ellos podrían hacerse cargo de esta labor ¿qué posición tiene usted al respecto?
5. *Identificar dilemas éticos que surgen de la práctica profesional de médicos y químicos farmacéuticos en la prescripción y dispensación de fármacos a la población en el sector público y privado de la salud*
- k) ¿Generalmente de dónde proviene la información que usted obtiene sobre medicamentos?

- l) ¿Qué elementos le hace elegir un medicamento por sobre otro?
 - m) Sobre el tema de los laboratorios y su relación con médicos, ¿me podría hablar de su experiencia?
 - n) ¿Hay cuestionamientos éticos al respecto?
6. *Pregunta abierta para detectar otras reflexiones acerca de los temas tratados.*
- o) ¿Le gustaría agregar algo más?

Químicos Farmacéuticos

1. *Pregunta de Identificación.*
 - a) Primero datos generales, ¿en qué espacios se ha desarrollado como Químico Farmacéutico?
2. *Identificar las orientaciones discursivas de químicos farmacéuticos respecto a la dispensación de medicamentos en el sector público y privado de la salud.*
 - b) ¿Me puede describir qué labores realiza usted como químico farmacéutico dentro de la farmacia?
 - c) Y dentro de esas labores que realiza como químico farmacéutico dentro de la farmacia ¿cuál es la que ocupa el mayor tiempo?
 - d) ¿Usted ha observado diferencias tanto en el sector privado como con el sector público en cuanto a la dispensación de medicamentos?
3. *Caracterizar el discurso de químicos farmacéuticos respecto a la responsabilidad profesional en la dispensación de medicamentos en el sector público y privado de la salud.*
 - e) ¿Y usted cómo conjuga dentro de su experiencia laboral el tema del rol administrador con el tema de atención al paciente?

- f) En cuando a su práctica profesional, usted ¿qué conocimientos trata de entregar al paciente-cliente sobre el consumo de medicamentos?
 - g) ¿Sería necesario disminuir, desde su punto de vista, el consumo de medicamentos en la población?
 - h) ¿De qué manera, tanto a un nivel profesional, o a un nivel institucional se podría atacar esas problemáticas de consumo de medicamentos en la población?
4. *Orientaciones discursivas de los químicos farmacéuticos en relación a la prescripción de medicamentos.*
- i) En relación a la prescripción por parte de químicos farmacéuticos. Existen posiciones en relación a que los químicos farmacéuticos podrían prescribir medicamentos, en particular aquellos de venta directa, como una manera de generar control sobre los medicamentos que se despachan y que por ahora no lo tienen, ¿cuál es su posición al respecto?
 - j) Otra de las profesiones relacionada con el uso de los medicamentos son los médicos, entonces ya sea desde su experiencia laboral o ya sea de la experiencia de otros de sus colegas, cómo ha sido la relación entre ambos profesionales en este proceso de prescripción y dispensación de medicamentos.
 - k) ¿Sería necesario una complementariedad entre ambas profesiones?
5. *Identificar dilemas éticos que surgen de la práctica profesional químicos en la dispensación de fármacos a la población en el sector público y privado de la salud*
- l) Sobre el consumo de medicamentos por parte de la población, según la experiencia que usted ha tenido dentro de la farmacia ¿cuáles son los problemas que usted identifica?
 - m) ¿Deberían haber límites para la población sobre el consumo de medicamentos?
 - n) Usted identifica algún tipo de problemas éticos que se den dentro de la farmacia pública, o de la farmacia privada?
 - o) ¿Existen choques en su labor entre lo económico y lo ético?

6. *Pregunta abierta para detectar otras reflexiones acerca de los temas tratados.*

p) ¿Le gustaría agregar algo más?

ANEXO 2

ESQUEMA DE ANÁLISIS

El esquema de análisis presentado a continuación está dividido en **metacategorías** representado por los números romanos, **categorías** identificadas con los números 1, 2, 3..., los **códigos** ordenados con las letras a), b), c)...y por último **subcódigos** representados con los guiones. Cabe mencionar que estos elementos permitieron generar ideas y temas para pensar de manera seria sobre cada una de las dimensiones aquí mencionadas. En este sentido el esquema de análisis permitió ordenar los datos en un proceso de reducción, para luego ser ampliados al preguntarse por cada uno de ellos de manera reflexiva.

I MEDICAMENTOS

1. Situación de los medicamentos en Chile

a) Calidad de los medicamentos:

- Bioequivalencia/biodisponibilidad
- Medicamentos genéricos v/s medicamentos de marca

b) Problemáticas para el profesional sobre los abusos en el consumo de medicamentos por parte de la población:

- Uso de medicamentos sin mediación profesional
- Expectativas de los usuarios de medicamentos (Presión profesional)
- Desconocimiento sobre medicamentos por parte de los consumidores
- Efectos no deseados por el abuso de medicamentos: cambio en el tratamiento terapéutico e intoxicaciones.

2. Automedicación

a) Automedicación por expectativas relacionadas al medicamento

b) Sector Público: relación medicamentos y población:

- Uso prolongado de medicamentos: por patologías crónicas
- Burocracia en el sector público
- Automedicación por burocracia
- Automedicación por falta de recursos

c) Sector Privado: relación medicamentos y población:

- Abuso en el uso de medicamentos

- Automedicación y sus actuales restricciones de venta

3. Aspectos simbólicos del medicamento:

a) *Medicamentos caros = buen medicamento*

b) *Medicamentos placebo*

c) *Fe en la tecnología*

II PROFESIONALES

1. Significados otorgados a los medicamentos por los profesionales:

a) *Medicamento bien social v/s objeto de consumo*

b) *Valoración a la tecnología aplicada a la salud: medicamentos*

2. Dimensión social de los saberes técnicos:

a) *Criterios de selección de medicamentos médicos:*

- Experiencia clínica, criterios de selección en los hospitales, relación medicamentos con los laboratorios

b) *Criterios de selección de medicamentos en las farmacias de cadena:*

- Comisión (auxiliares de farmacia), cumplimiento de metas, bien social v/s bien de consumo

3. Dilemas éticos de la práctica cotidiana

a) *Químicos farmacéuticos:*

- La farmacia comunitaria como sustituto de la consulta médica/ rol del QF. en las farmacias de cadena/ límites en la responsabilidad profesional/ educación al cliente/ profesional regula el consumo de medicamentos/ aspectos actuales de la actividad farmacéutica: medicación sin mediación profesional/ profesión ausente: tensión entre roles el “deber” y el “hacer”.

b) *Médicos:*

- Éxito profesional médico/ contribuciones de los laboratorios a la profesión médica/ retribución de la profesión a las regalías de los laboratorios.

4. Relación entre prescripción de medicamentos y la dispensación de medicamentos:

a) Espacios de encuentro profesional

b) Límites de conocimiento

c) Asimetría profesional

d) Definición de la profesión médica:

- Metáforas de superioridad

e) Químicos farmacéuticos como profesionales ajenos al equipo de salud

f) Casos negativos

g) Conflicto entre ambas profesiones

h) Competencia en la prescripción de medicamentos

i) Diferencias sector público y privado de la salud

III. PROFESIÓN: MÉDICOS

1. Médicos y la prescripción de medicamentos:

a) Para los pacientes/clientes

- Receta médica como tranquilizante para el paciente/ la palabra y el medicamento como herramienta terapéutica/ particularidades del sector público

b) Para el Médico

- La receta médica: espacio de autonomía y soberanía profesional

IV. PROFESIÓN: QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

1. Exigencias del mercado laboral a la profesión:

a) Cambios en la base cognoscitiva

b) (De) Formación profesional

2. Ilegalidades/legítimas

3. Químicos Farmacéuticos y la receta médica