

1

La salud como objetivo global

Xisca Sureda Llull
Esteve Fernández Muñoz





Xisca Sureda Llull

Grupo de Investigación en Epidemiología Social y Cardiovascular,
Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Facultad de Medicina.
Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid.
Grupo de Investigación en Epidemiología, Prevención y Control del Tabaquismo,
Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).



Esteve Fernández Muñoz

Grupo de Investigación en Epidemiología, Prevención y Control del Tabaquismo,
Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).
Programa de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia (ICO).
Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud,
Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona.

Índice

1. La salud: concepto y definiciones
2. Los determinantes de la salud
3. Salud pública, salud global y salud planetaria
4. Los niveles de prevención
5. Papel del farmacéutico
6. Bibliografía

1. La salud: concepto y definiciones

En las diferentes culturas y a lo largo de los años, la conservación de la salud como base de bienestar ha sido una preocupación constante. La salud, sin embargo, no es algo concreto, sino un concepto exponente de una circunstancia humana. Como concepto se entiende la expresión de una generalización desde casos más o menos particulares. Por ello, cada cultura ha conceptualizado la salud en modos diversos. Pasar a definirla es una ardua tarea, pues existen diferentes abordajes en la definición del concepto de salud, de los que comentamos a continuación los principales:

- **Abordaje funcional:** en el que se describe la salud como la capacidad de funcionar o como el estado psíquico y físico óptimo del individuo para cumplir con eficacia las tareas que tiene asignadas.
- **Abordaje perceptivo:** donde se entiende la salud como una percepción del bienestar.
- **Abordaje adaptacional:** en el que la salud es la adaptación correcta y duradera

del organismo a su entorno, con el componente ecológico correspondiente.

- **Abordaje sanitario:** caracterizado por un enfoque positivo de los problemas, de características acaso preventivas y comunitarias. Se valora el medio ambiente material y las personas que lo ocupan, de acuerdo con su edad, sexo, residencia, condiciones personales, etc.
- **Abordaje económico:** en el que se describe la salud en relación con los procesos productivos y en términos económicos (el precio de la salud y el coste de la enfermedad), con la participación de economistas y políticos.

1.1. Concepción ideal

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, propuso un cambio de la concepción negativa a una concepción positiva de la salud, y la definió como "un estado de completo bienestar físico, mental y social,

y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad"¹. Esta definición, concisa en apariencia y contundente, encierra una gran complejidad por el mismo concepto en sí, y ha sido criticada por equiparar bienestar a salud, por su idealismo en la concepción de la salud, por tratarse de una definición estática (sin gradación) y por ser subjetiva y difícil de hacerla operativa, tanto transculturalmente como en el peso de sus diferentes dimensiones.

Esta visión positiva de la salud había sido ya anticipada unos pocos años antes por Sigrist²: "la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud gozosa hacia la vida y una aceptación de las responsabilidades que la vida impone al individuo".

1.2. Definición de Terris

Para este autor la salud tiene dos componentes, uno subjetivo y otro objetivo, es decir, el bienestar y la capacidad de funcionar en diferentes grados, pero en una continuidad dimensional, respectivamente. Dicha continuidad va desde la salud absoluta hasta la muerte, con los pertinentes grados intermedios de salud y enfermedad. Terris la define como "un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia"³.

Esta definición presenta como principal ventaja su operatividad, pues el hecho de tener buena salud es fácilmente equiparable a bienestar y a capacidad de funcionar. Sin em-

bargo, su principal inconveniente estriba en la posibilidad de coexistencia de salud y procesos patológicos o enfermedad en fase precoz, que no producen malestar ni limitación de la capacidad funcional.

1.3. Concepción dinámica de la salud

La salud y la enfermedad no pueden representarse en el plano individual, comunitario o poblacional como una variable dicotómica, no son conceptos estáticos, sino que existe una continuidad entre ambos conceptos.

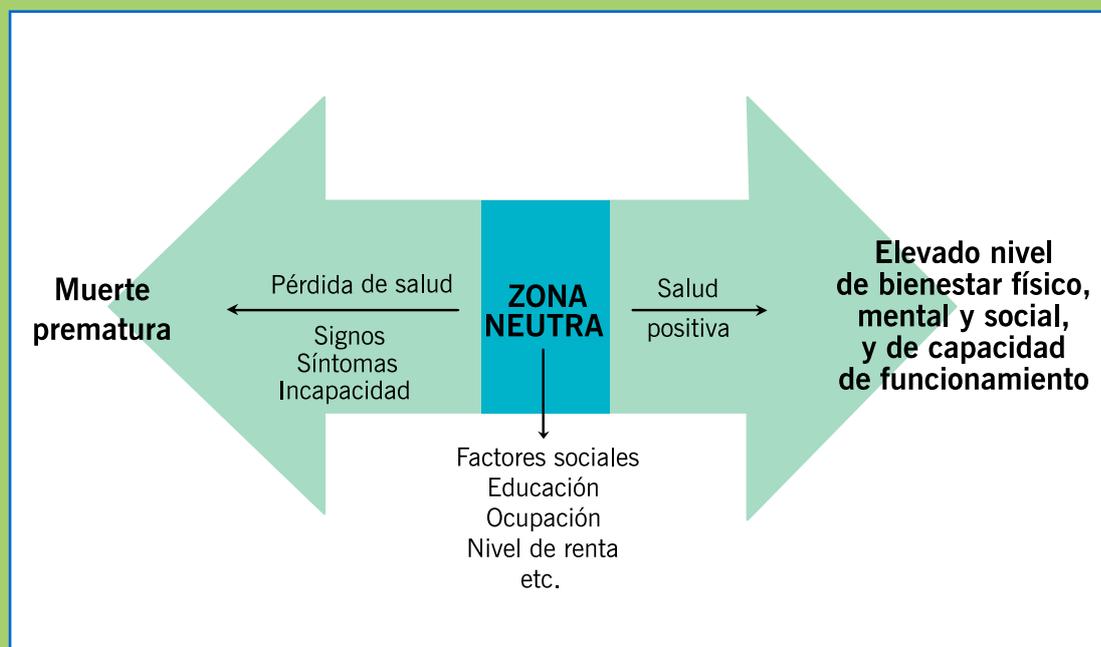
Esta continuidad va desde el completo estado de bienestar, tal y como la define la OMS, hasta el otro extremo: la muerte. Así pues, se pueden constatar multitud de estados intermedios, con mayor o menor pérdida de salud o de enfermedad. Esta misma visión positiva y dinámica es la que llevó a definir la salud en el *X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* del año 1976 como "una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa" del individuo con su entorno.

La misma perspectiva, que integra el individuo en el contexto poblacional, lleva a considerar la salud como el nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento más alto en relación con el contexto social. En esta conceptualización, se redefinen los extremos del continuo salud-enfermedad, de manera que estos serían: por un lado, un elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionamiento; y en el extremo opuesto, la muerte prematura (Figura 1).

F01

Figura 1.

Concepción dinámica de la salud.



Fuente: Gráfico adaptado de Terris (*J Public Health Policy*. 1985;1:435-9).

2. Los determinantes de la salud

El concepto de determinantes de la salud nace a partir de la descripción de los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad de Leavell y Clark⁴. Algunos de estos factores pueden ser etiológicos o necesarios para el desarrollo de la enfermedad, mientras que otros son factores de riesgo, en la presencia de los cuales la probabilidad de enfermar es mayor.

El modelo que se ha adoptado para definir los determinantes de la salud de la comunidad es el propuesto por Lalonde⁵, que considera a esta como una variable dependiente, influida por cuatro grandes grupos de factores o determinantes:

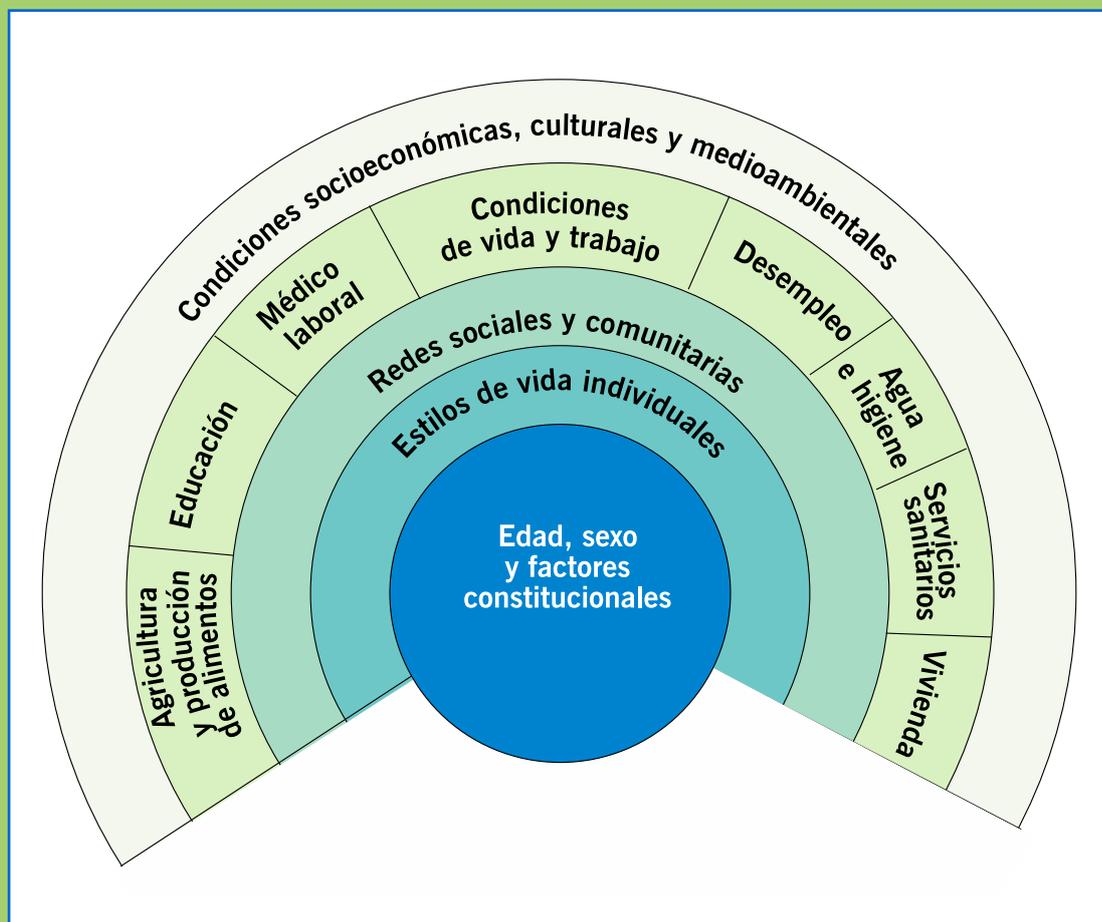
- Biológicos o endógenos (genética, envejecimiento, etc.).
- Entorno y medio ambiente (contaminación física, biológica, química, psicosocial y sociocultural, etc.).
- Estilos de vida (conductas de salud, etc.).
- Sistema sanitario (organización, accesibilidad, equidad).

El *Informe Lalonde* indica que, de los determinantes mencionados, el que más influye en la salud de la población es el estilo de vida, mientras que los recursos destinados al sector de la salud van dirigidos en su mayoría a la asistencia sanitaria. Sin embargo, este modelo no tiene en cuenta la multicausalidad de los problemas de salud. Estudios epidemiológicos posteriores han confirmado la importancia de los estilos de vida y de sus interacciones como determinantes de la salud en los países desarrollados. La investigación en servicios de salud también ha demostrado que la distribución de los recursos destinados a este sector está sesgada a favor de la asistencia sanitaria.

En este sentido, Dalghren y Whitehead⁶ han desarrollado un modelo conceptual (Figura 2), para tratar de entender la multicausalidad del estado de salud y de la enfermedad. Ese modelo explica cómo ambos estados de las personas es el resultado de la interacción de muchos factores, que van más allá de lo puramente biológico.

F02

Figura 2.
Modelo sobre los determinantes de la salud de Whitehead.



Fuente: Pasarín M *et al.* *Gac Sanit.* 2010;(24 Suppl 1):23-7.

Gráfico realizado a partir del original de Dalghren y Whitehead⁶.

Por un lado, están las características biológicas (la edad, el sexo, los factores genéticos) y otras variables individuales, como los estilos de vida de cada persona. Pero más allá de estos factores, hay que tener en cuenta su red social y comunitaria, las características de la vivienda, el empleo (o desempleo), el nivel educativo, incluyendo también el papel de los servicios sanitarios, así como los contextos socioculturales en los que se enmarcan las personas.

Ambos extremos del modelo multinivel de determinantes de la salud se encuentran en

franca expansión. Por el lado de los determinantes proximales, el Proyecto Genoma Humano está estimulando el progreso de la epidemiología genética y molecular en la identificación de relaciones causales entre los genes y la presencia de enfermedad en los individuos. Por el lado de los determinantes distales, el desarrollo de la investigación sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales en la salud está estimulando el progreso de la epidemiología social en la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la población.

3. Salud pública, salud global y salud planetaria

3.1. Salud pública

Tal y como define el diccionario de epidemiología de la *International Epidemiological Association*⁷, la salud pública es "una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promocionar y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias dirigida al mantenimiento y mejoría de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas o sociales. Los programas, los servicios y las instituciones que intervienen hacen hincapié en la prevención de la enfermedad y en las necesidades sanitarias del conjunto de la población".

Esta definición no es demasiado diferente a la formulada, ya cinco décadas antes, por Winslow⁸, para quien la salud pública "es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad dirigida al saneamiento del medio; al control de las infecciones transmisibles; a la educación de los individuos en la higiene personal; a la organización de

los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y al desarrollo de una organización social que asegure a cada individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando todas estas prestaciones de manera que cada uno se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad".

Por ello, se ha considerado la salud pública como una ciencia y un arte, ya que se basa en unos fundamentos científicos establecidos y es expresión de un quehacer concreto, respectivamente. Las metas de la salud pública (prevenir la enfermedad, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental) son alcanzables mediante un esfuerzo colectivo organizado, desde y para la colectividad (esfuerzo organizado de la comunidad).

Los servicios a los que se refiere Winslow (el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, etc.) necesitan una administración o un sistema administrativo

en coordinación con el resto de la administración pública. La aproximación a la salud y a la enfermedad, desde la perspectiva de la salud pública, es necesariamente globalizadora, de manera que va más allá de la disciplina meramente médica e integra otras áreas de conocimiento, convirtiéndose en paradigma de multi- o transdisciplinariedad.

La salud pública necesita de la participación de profesionales de ciencias de la salud, procedentes de Farmacia, Veterinaria, Medicina, Psicología, Nutrición o Enfermería. Precisa también profesionales de ciencias afines, como son las Matemáticas y la Estadística, las Ciencias del Comportamiento, Ciencias Políticas, el Derecho, la Economía, la Sociología, la Antropología, la Demografía, o la Geografía, incluyendo también ciencias básicas, como la Bioquímica, la Biología Molecular, la Microbiología, la Toxicología, etc.

3.2. Salud global

En la actualidad, se ha extendido el concepto de salud global, entroncado con la internacionalización de la salud pública o su dimensión global. Koplan *et al.* distinguen entre salud global, salud internacional y salud pública, pues existe una confusión generalizada y una superposición entre los tres términos⁹.

La salud internacional se centra en los problemas de salud, especialmente en las enfermedades infecciosas; y la salud materna e infantil, en los países de bajos ingresos. Sin embargo, en otros lugares, la salud internacional también se usa como sinónimo de salud global. Por otra parte, dicha expresión se ha utilizado además para referirse a "la participación de los países en el trabajo de organizaciones internacionales como la OMS,

generalmente a través de pequeños departamentos de salud internacional en los Ministerios de Salud y como ayuda para el desarrollo y asistencia humanitaria".

Kickbush define la salud global como "aque- llos problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales y los gobiernos y exigen acciones sobre las fuerzas globales que determinan la salud de las personas"¹⁰. Esta definición tiene un enfoque amplio y omite la necesidad de colaboración e investigación.

Beaglehole y Bonita¹¹ definen la salud global como "la investigación transnacional colaborativa y la acción para promover la salud para todos". Estos autores usan el término salud global en lugar de salud pública global para evitar la percepción de que los esfuerzos se centran solo en acciones de salud pública clásicas y de ámbito nacional.

En muchos países, la salud pública se equipara principalmente con las intervenciones en toda la población. La salud global se ocupa de todas las estrategias para su mejora, ya sean acciones de atención de salud basadas en la población o individualmente, y en todos los sectores, no solo en el de la salud¹².

El término *colaborativo* enfatiza la importancia de la colaboración para abordar todos los problemas de salud, y especialmente los problemas globales que tienen una multiplicidad de determinantes y una compleja serie de instituciones involucradas en la búsqueda de soluciones.

La salud global incluye una dimensión *transnacional*, pues los temas que aborda trascienden las fronteras nacionales, aunque los efectos de los problemas de salud globales se experimentan dentro de los países.

La definición incluye la *investigación*, dada la importancia de desarrollar políticas basadas en evidencias, especialmente mediante el estudio sobre los efectos de los determinantes transnacionales de la salud.

La utilización de esta información basada en la evidencia configura la necesaria *acción*, de manera constructiva, en todos los países para mejorar la salud y su equidad.

Promover la salud implica utilizar una gama completa de estrategias de salud pública y una serie de actuaciones para mejorarla, incluidas aquellas dirigidas a los determinantes sociales, económicos, ambientales y políticos subyacentes de la salud.

Finalmente, la *salud para todos* se remite a la *Declaración de Alma Ata*, que acaba de cumplir 40 años¹³, y enfatiza la necesidad de fortalecer la Atención Primaria como la base de todos los sistemas de salud.

3.3. Salud planetaria

Recientemente se ha introducido un nuevo concepto: la salud planetaria¹⁴. Se trata de la salud de la civilización humana presente y futura, y depende, en consonancia con su definición, del completo bienestar físico, mental y social de la población, pero también del estado de los sistemas naturales actuales.

Este cambio de paradigma (de la persona y la población hacia el planeta) recuerda que no se puede seguir explotando a la naturaleza del mismo modo que se ha hecho hasta ahora, dada su interconexión: los problemas del planeta pueden provocar directa o indirectamente enfermedades humanas. Por lo tanto, las soluciones que puedan beneficiar al planeta también beneficiarán a la salud humana¹⁵.

4. Los niveles de prevención

Las actividades preventivas incluyen un encuentro personal entre el individuo (sano o enfermo) y los profesionales sanitarios (del ámbito de la farmacia, la medicina, la enfermería, la psicología, etc.), con la finalidad de "interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución"¹⁶.

La prevención, según el momento de la historia natural de la enfermedad en que se realice, puede ser: *primaria*, es decir, la intervención que se produce antes de que se inicie la enfermedad; *secundaria*, cuando los cambios patológicos que se han producido no se han manifestado (no han aparecido síntomas o signos e la enfermedad); y *terciaria*, cuando una vez manifestada la enfermedad clínicamente pueden todavía evitarse secuelas o complicaciones. Más recientemente se han introducido dos nuevos niveles de prevención: la llamada *primordial* y la *cuaternaria*, como se puede ver más adelante.

- **La prevención primaria:** tiene como objetivo disminuir la ocurrencia (la incidencia en términos epidemiológicos)

de las enfermedades. Las medidas de prevención primaria actúan en el periodo prepatogénico de la enfermedad, es decir, antes de su inicio biológico. Comprende tanto la *protección de la salud* (orientada al control de los factores causales de las enfermedades, ya sea en el medio ambiente en general, en el ámbito laboral o en los alimentos) como la *promoción de la salud* y la *prevención de la enfermedad* (orientadas a la adopción de estilos saludables por los individuos y a la reducción de enfermedades específicas, a través de intervenciones concretas en el ámbito de la atención comunitaria).

- **La prevención primordial:** actualmente considera este otro nivel de prevención, diferenciada de la prevención primaria. Consistiría en evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad, es decir, en la eliminación de los factores de riesgo, de los precursores de las enfermedades, en el consejo genético

para evitar condiciones determinadas genéticamente, etc., en contraposición con la prevención primaria, que reduciría los riesgos de exposición.

- **La prevención secundaria:** se ocupa de la detección precoz de la enfermedad con el objetivo de curarla, evitar su cronificación, la aparición de invalidez o secuelas, es decir, en términos epidemiológicos, tiene como objetivo disminuir la prevalencia de la enfermedad. La detección de la enfermedad subclínica en la población o en sujetos asintomáticos se realiza a través del cribado. Así, las actividades de prevención secundaria se proporcionan mediante programas comunitarios (cribados poblacionales) o como una estrategia integrada en la atención comunitaria, incluyendo las intervenciones desde la farmacia comunitaria, mediante la detección clínica precoz (llamada también búsqueda oportunista de casos).
- **La prevención terciaria:** pretende el enlentecimiento del curso de la enfermedad y evitar o atenuar la presentación de complicaciones y secuelas. Así, cualquier medida encaminada a evitar la progresión de la enfermedad hacia la invalidez, o a mejorar la funcionalidad en caso de que el individuo ya se encuentre en esta situación, se considera como prevención terciaria. Es, pues, en cierto modo, una denominación de la práctica asistencial adecuada.
- **La prevención cuaternaria:** finalmente, se ha definido un nuevo nivel de prevención, que consiste en las intervenciones que evitan o atenúan las consecuencias negativas de la actividad innecesaria

o excesiva del sistema sanitario¹⁷. La prevención cuaternaria tiene como objeto que la actividad sanitaria no sea un factor patógeno cuando, en nombre de la prevención o curación, se inician cadenas diagnósticas o terapéuticas innecesarias o imprudentes. Por lo tanto, la prevención cuaternaria trata de evitar las consecuencias negativas del exceso de cuidados médicos.

Geoffrey Rose¹⁸ definió y distinguió dos estrategias preventivas: la *poblacional* y la *individual* o *de alto riesgo*.

- **La estrategia poblacional:** se orienta a modificar los factores de riesgo en el ámbito colectivo, ya sean los estilos de vida, el ambiente o los determinantes económico-sociales. En términos epidemiológicos, se ocupa, al igual que la prevención primaria, de los determinantes de la incidencia, de manera que se reduzca o incremente la exposición media a los factores de riesgo o protectores, respectivamente, a través, sobre todo, de la adopción de estilos de vida y hábitos saludables, además de las intervenciones sobre exposiciones ambientales o laborales modificables. Presenta como ventajas que puede tener un amplio impacto en la población y que es adecuada desde el punto de vista de los comportamientos. Sus principales inconvenientes son que los beneficios y motivaciones percibidos por el individuo y el profesional sanitario resultan escasos, y que el posible beneficio es difícilmente objetivable.
- **La estrategia individual o de riesgo elevado:** se dirige, como su nombre indica, al ámbito individual, hacia el sujeto

con un riesgo particular. El profesional sanitario responsable de la persona enferma se hace cargo e intenta prevenir en este contexto también las enfermedades que esta pudiese presentar en el futuro. Según Rose, las limitaciones de la estrategia individual residen en el hecho de que no tiene un carácter radical, su impacto poblacional es limitado,

y parece poco adecuada desde el punto de vista de los comportamientos. Sin embargo, este tipo de intervención es la más apropiada para el individuo, incentiva tanto su motivación como la del profesional sanitario, existe una buena relación coste-efectividad de los recursos, y los beneficios son objetivables.

5. Papel del farmacéutico

Tradicionalmente, el papel del farmacéutico asistencial se había centrado en la dispensación y distribución de los medicamentos. En la actualidad, ese enfoque ha cambiado hacia el uso seguro y efectivo de medicamentos para lograr resultados óptimos para el paciente. Además hay muchas otras funciones de salud pública que pueden beneficiarse de la experiencia y conocimientos de los farmacéuticos.

Los farmacéuticos, además de la administración de medicamentos, han demostrado ser un recurso accesible para obtener información sobre estos y sobre la salud. En algunos casos, la farmacia se presenta como el único punto de contacto entre el paciente y el sistema salud. Debido al fácil acceso y al contacto directo con los pacientes, los farmacéuticos tienen la capacidad de ejercer actividades relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la educación sanitaria^{19,20}.

En los últimos años, se han llevado a cabo desde la farmacia diversas campañas sanita-

rias orientadas a mejorar la salud de la población²⁰. Los farmacéuticos, por ejemplo, pueden fomentar desde la oficina de farmacia estilos de vida más saludables, y así disminuir los factores de riesgo de determinadas enfermedades. Como ejemplo, pueden fomentar dietas saludables para prevenir algunas enfermedades o mejorar la salud de pacientes con sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, cáncer o pacientes diabéticos; pueden proporcionar información y facilitar ayuda para dejar de fumar; prevenir y hacer un diagnóstico precoz del consumo de drogas, alcohol y tabaco; o prevenir enfermedades de transmisión sexual¹⁹.

Además, desde la farmacia comunitaria, también se puede realizar el cribado y el control de la diabetes, el colesterol o la hipertensión arterial. Se ha demostrado que los pacientes bien informados cumplen mejor con el tratamiento farmacológico, reducen los problemas asociados y presentan un menor número de readmisiones hospitalarias. Desde la farmacia comunitaria y hospitalaria se promueve y garantiza el uso racional de los

medicamentos como, por ejemplo, la prevención de errores de medicación por similitud fonética y ortográfica o la racionalización de la utilización de los antibióticos^{19,21}.

La educación y formación en salud pública por parte de los farmacéuticos es esencial. Entre las competencias profesionales relacionadas con el entorno del medicamento, la Directiva Comunitaria 85/432 CEE incluye: "Competencia en salud pública, educación sanitaria y de los análisis relacionados con la

salud, necesarios en materia de ejercicio de las actividades farmacéuticas"²².

La formación en salud pública por parte de los farmacéuticos debe enfatizar el papel que tienen en la mejora de la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades. Además, la formación en salud pública por parte de los farmacéuticos debe resaltar su participación para garantizar el acceso a una atención de calidad y avanzar en las políticas de salud pública²³.

6. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948). [Internet]. Suppl 45a ed. Oct 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. Sigerist HE. *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press; 1941.
3. Terris M. *La revolución epidemiológica y la Medicina Social*. México: Siglo XXI Editores; 1982.
4. Leavell HR, Clark EG. *Textbook of preventive medicine*. New York: McGraw-Hill; 1953.
5. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
6. Dalghren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Future Studies; 1991.
7. Porta M, editor. *A dictionary of epidemiology*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press & International Epidemiological Association; 2015.
8. Winslow CE. The untilled field of Public Health. *Mod Med*. 1920;2:183-6.
9. Macfarlane SB, Jacobs M, Kaaya EE. In the name of global health: trends in academic institutions. *J Public Health Policy*. 2008;29:383-401.
10. Kickbush I. The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health*. 2006;34:561-5.
11. Beaglehole R, Bonita R. What is global health? *Glob Health Action*. 2010;3:10.
12. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga O. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;(24 Suppl 1):1-6.
13. Kluge H, Kelley E, Theodorakis PN, Barkley S, Valde-ras JM. Forty years on from Alma Ata: present and future of Primary Health Care research. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;19:421-3.
14. Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S. From public to planetary health: a manifesto. *Lancet*. 2014;383(9920):847.
15. Soriano JB, Soriano C, Fernández E. Respiratory Planetary Medicine. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(6): 297-9.
16. Leavell HR, Clarck EG. *Preventive Medicine for the doctor in his community. An epidemiological approach*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1965.
17. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018;24:106-11.
18. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14:32-8. Re-published in: *Int J Epidemiol*. 2001;30:427-32.
19. American Public Health Association (APHA). The role of the pharmacist in Public Health. [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/07/13/05/the-role-of-the-pharmacist-in-public-health#Anchor%201>
20. Gastelurrutia MA. El rol de la farmacia comunitaria en salud pública. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4:78-83.
21. Martin MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:205-10.
22. Consejo de las Comunidades Europeas. Directiva 85/432/CEE del Consejo, de 16 de septiembre de

1985, relativa a la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas. [Internet]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:%2031985L0432:%20ES:HTML>

23. Lumbreras B, Davó-Blanes MC, Vives-Cases C, Bosch F, Grupo de la 1ª Reunión del Foro de Profesorado Universitario de Salud Pública en el Grado de Farmacia. *Gac Sanit.* 2015;29:44-50.