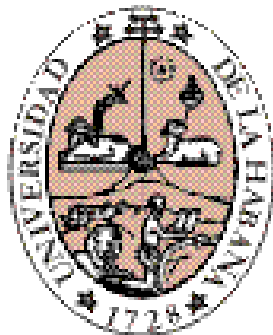


UNIVERSIDAD DE LA HABANA

Instituto de Farmacia y Alimentos

Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano



**PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ORIENTADO A LOS
SERVICIOS FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias

Farmacéuticas

Autor: MSc. Edita Guadalupe Fernández Manzano

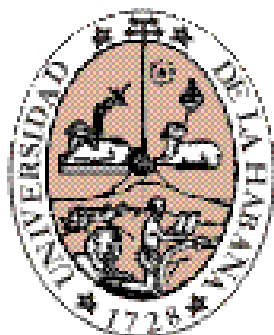
Ciudad de La Habana

2007

UNIVERSIDAD DE LA HABANA

Instituto de Farmacia y Alimentos

Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano



**PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ORIENTADO A LOS
SERVICIOS FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias

Farmacéuticas

Autor: MSc. Edita Guadalupe Fernández Manzano

Tutores: Prof. Ruth D. Henriques Rodríguez, Dr. Cs.

Dra. C. Luisa Iñiguez Rojas

Ciudad de La Habana

2007

*“A veces no se pone atención en cosas importantes,
porque parecen sencillas”*

José Martí, 1883.

Dedicatoria

A mima, por colmarme de tanto amor y ternura.

A la memoria de mi padre, mi eterno amigo.

A mi esposo, un ser imprescindible en mi vida.

A mis niñas, Lyramis, Patricia y Daniela, mis amores.

Agradecimientos

Deseo agradecer a todas las personas que, aún sin saberlo, han contribuido a la culminación de este trabajo.

- ◆ A mis tutoras: Dra. Ruth Daisy Henriques Rodríguez, mi maestra, por sus sabias enseñanzas en todos estos años y por confiar en mí, y a la Dra. Luisa Iñiguez Rojas, gestora del tema, por su dedicación y oportunas observaciones.
- ◆ A aquellos que con sus sabios consejos contribuyeron de manera determinante en la concepción del documento final, muy especialmente a las doctoras Celeste Sánchez, Olga María Nieto, y la MSc. Sol A. Fernández, así como a los doctores Caridad Sedeño, Migdalia Miranda, Eduardo Fernández, Ofelia Bilbao, Milena Díaz, Héctor Zumbado y Zoraida Amable por sus acertadas recomendaciones.
- ◆ A todos mis compañeros del IFAL, que de diferentes maneras me han apoyado y a la Dra. Mirta Castiñeira, con quien me inicié en la vida profesional.
- ◆ A las personas indispensables en el desarrollo de esta investigación: mis queridos estudiantes Danny, Dunasy, Llamely, Ailén, Sailín y Giselle Milena; los entrañables colegas MSc. Sonia Moure, MSc. Víctor FaiFe, Msc. Adis N. Neyra y MSc. Marilda Pérez; todos los farmacéuticos inspectores que participaron en la Primera Supervisión Nacional para las farmacias comunitarias, especialistas que trabajaron como expertos y a la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica por su colaboración en el proyecto.
- ◆ A la Dra. Eneida Pérez, Santana por su amistad incondicional, enseñanzas profesionales y apoyo desde los inicios de mi carrera, así como mostrarme el camino para trabajar en función del reconocimiento al profesional farmacéutico en Cuba.
- ◆ A mi querida amiga de todos estos años, MSc. Gisela Gra, por estar siempre a mi lado.
- ◆ A Martica Carmona, por su colaboración en todo momento y a todos mis amigos, que de una manera u otra han sido pacientes conmigo, durante este tiempo.
- ◆ A mi esposo, por trasmitirme su desenfado en la vida y creer en mí.

A todos, los que han transitado este largo camino conmigo y que de una forma u otra han desempeñado un papel importante en algún momento.

A todos, sinceramente, MUCHAS GRACIAS.

Síntesis

SÍNTESIS

La necesidad de desarrollar acciones para la implementación de la Atención Farmacéutica en los Servicios Farmacéuticos Comunitarios cubanos, como parte de las políticas del sistema de salud, orientadas a mejorar el uso de los medicamentos en el nivel primario de atención, y al no existir indicadores nacionales de referencia, ni estudios precedentes encaminados a valorar la distribución de los SFC, se realizó un diagnóstico al 87,42 % de las farmacias comunitarias, para conocer si éstas reúnen las condiciones estructurales y organizativas requeridas para la implementación de este servicio. Las observaciones realizadas en el diagnóstico motivaron la elaboración de una propuesta metodológica para el ordenamiento de los SFC en el país que favorecerá la equidad de la relación farmacia/población y por tanto la mejora de la capacidad de los servicios asistenciales que se brindan, así como la actualización del Manual de Normas y Procedimientos. El programa de Atención Farmacéutica se adapta a las condiciones de los SFC y la disparidad encontrada entre el tamaño de los grupos poblacionales que atienden las FC en los diferentes niveles territoriales analizados.

Los resultados satisfactorios de la aplicación parcial del programa en pacientes portadores de Diabetes Mellitus, en dos regiones del país, demostró su adecuación y posibilidad de implementación.

Índice

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
I.1. Atención Farmacéutica (AF)	8
I.1.1. Antecedentes históricos	8
I.1.2. Conceptos	8
I.1.3. Modalidades	10
I.1.4. Estado actual de AF	11
I.1.4.1. Situación internacional	11
I.1.4.2. Experiencias nacionales	12
I.2. Servicios Farmacéuticos Comunitarios (SFC)	13
I.2.1. Definición	13
I.2.2. Funciones	14
I.2.3. Modelos	15
I.2.3.1. SFC Europeos	16
I.2.3.2. SFC en otras regiones	18
I.2.4. SFC en Cuba	19
I.2.4.1. Características	20
I.2.4.2. Clasificación	20
I.3. Atención Primaria de Salud (APS)	21
I.3.1. Integración de APS a los niveles asistenciales	22

I.3.2. APS en el sistema de salud cubano	22
I.3.2.1. APS y los principios del SNS	23
I.3.2.2. Estrategias del SNS, APS y AF	23
I.3.3. APS, SFC y el farmacéutico	24
I.4. Consideraciones generales	25
II. MATERIALES Y MÉTODOS	26
II.1. Diagnóstico de los SFC	26
II.1.1. Unidades territoriales, fuentes utilizadas y obtención de la información	26
II.1.2. Universo	27
II.1.3. Variables de estudio	28
II.1.4. Determinación de índices e indicadores	29
II.1.5. Procesamiento estadístico	30
II.1.6. Técnicas cartográficas	30
II.2. Bases operacionales de la implementación de la AF en los SFC	31
II.2.1. Programa de Atención Farmacéutica	31
II.2.1.1. Diseño y elaboración del programa	31
II.2.1.2. Evaluación del programa	33
II.2.2. Propuesta de Instrumento Metodológico para la apertura y cierre de farmacias comunitarias	34
II.2.2.1. Diseño y elaboración de la propuesta	34
II.2.3. Actualización del Manual de Normas y Procedimientos (MNP) para Farmacias Comunitarias	35
II.2.3.1. Elaboración de la propuesta	35
II.2.3.2. Grupo de análisis para la evaluación de las	36

(FNM)	
III.1.7. Existencia del Manual de Normas y Procedimientos	64
III.1.8. Conclusiones parciales	65
III.2. Bases operacionales de la implementación de la AF en los SFC	66
III.2.1. Programa de AF	66
III.2.1.1. Diseño y elaboración del programa	67
III.2.1.2. Análisis del programa	69
III.2.1.2.1. Objetivo	69
III.2.1.2.2. Adecuación del programa a los SFC	69
III.2.1.2.3. Etapas de programa	72
III.2.1.3. Consideraciones generales del programa	77
III.2.1.4. Evaluación del programa	78
III.2.2. Propuesta de Instrumento Metodológico para la apertura y cierre de farmacias	79
III.2.2.1. Análisis de la propuesta	79
III.2.2.1.1. Aspectos generales	79
III.2.2.1.2. Requerimientos estructurales	81
III.2.2.1.3. Requerimientos materiales	83
III.2.2.1.4. Personal	84
III.2.2.1.5. Cierre de farmacia	84
III.2.3. Actualización del MNP para Farmacias Comunitarias	84
III.2.3.1. Análisis del manual modificado	85
III.2.4. Aplicación parcial del programa de AF	87
III.2.4.1. Características de los pacientes incluidos	88
III.2.4.2. Educación sanitaria	88

III.2.4.3. Seguimiento farmacoterapéutico	90
III.2.4.3.1. Oferta y aceptación del servicio	90
III.2.4.3.2. Primera entrevista	90
III.2.4.3.3. Identificación y clasificación de PRM	91
III.2.4.3.4. Análisis, documentación y evaluación de los Problemas de Salud del paciente	92
III.2.4.3.5. Intervención	92
III.2.4.3.6. Seguimiento	93
III.2.5. Conclusiones parciales	94
CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ÍNDICE DE ANEXOS ELECTRÓNICOS	
GLOSARIO	
ABEVIATURAS UTILIZADAS	
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	

Introducción

INTRODUCCIÓN

Los temas sanitarios constituyen una de las cuestiones que más preocupa e interesa a los individuos. Las personas han pasado a ser los protagonistas de su propia salud, por lo que las actuaciones que adopten en cada momento requieren de conocimientos adecuados para ello, así la labor de los profesionales sanitarios ha pasado de ser la principal, a ser coadyuvante de la que el propio individuo adopta en torno a su salud (Zurro A., 1994; Wagner EH., 2000; De Ríos R., 2001; Navarro G., 2003; Knapp KK., 2005; Catalán JL., 2006; International Pharmaceutical Federation (2006); OMS, 2007).

En la actualidad la investigación de resultados en salud está mayoritariamente orientada hacia la seguridad en el paciente, avanzar en esta dirección requiere plantear resultados claves de efectividad de los tratamientos para de este modo establecer su eficiencia, o sea, situarse en el escenario de la excelencia sobre resultados en salud (Baena I., 2002; Leape LI., 2002; Soto J., 2005; Carvalho Garbi MR., 2007).

Por tanto, los estudios que se desarrollen con el objetivo de mejorar el uso de los medicamentos, al igual que cualquier otra actuación clínica, deben ser evaluados, tanto por la sociedad como por la administración sanitaria, demostrando su aporte en la mejora de la calidad de la farmacoterapia que reciben los pacientes. En esta línea se encuentran las seis metas y los objetivos propuestos por la American Society of Health-System Pharmacist (ASHP) para el año 2015, que destaca la necesidad de incrementar el compromiso de los farmacéuticos a participar activamente en el desarrollo de programas que mejoren el uso de los

medicamentos (Healthy people 2010, 2004; ASHP, 2005; Chui WK., 2005; Porta B., 2006; Vieira FS., 2007).

Se conoce que el uso de los medicamentos puede producir daños o efectos adversos no deseados, que pueden ser causa de ingreso hospitalario o incluso de muerte, convirtiéndose así en un problema de salud (PS) (Gastelorrutia MA., 2002; Grupo de investigación en Atención Farmacéutica, 2003; Cipolle RJ., 2004; Fernández-Llimós F., 2004; Lyra DP., 2004; Climente M., 2005; Baena MI., 2006; Detweiler MB., 2007; Gallagher P., 2007; Aspden P., 2007; Rosholm JU., 2007). Estos fallos de la farmacoterapia han sido ampliamente estudiados en los últimos años, aunque fueron identificados por primera vez en 1990, por L. Strand y colaboradores, como Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) (Strand L., 1990; Fernández-Llimós F., 1999).

Desde entonces, el debate acerca de de la definición, idoneidad y significado de este término se encuentra abierto, a la vez que han surgido nuevos conceptos como el de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) (Panel de consenso ad hoc., 1999; Espejo 2002; Panel de Consenso, 2002; Jiménez NV., 2003; Fernández-Llimós F., 2005; Abu Ruz SM., (2006); Amariles P., (2006); FORO, 2006; Comité de Consenso, 2007).

Por esta razón, dentro de Atención Primaria de Salud (APS), resultan de gran importancia los Servicios Farmacéuticos Comunitarios (SFC) y la figura del farmacéutico, debido a su histórico papel como dispensador de medicamentos que se revitaliza dentro del concepto de Atención Farmacéutica (AF). Éste hace énfasis en la prevención, identificación y resolución de los PRM y RNM, por su importancia en el resultado de la farmacoterapia con la repercusión en la sociedad, la salud y la economía (Herrera J., 2001; Bonal J., 2002; Aronson JK.,

(2005); Sedano E., 2005; Ferner RE., 2006; FORO, 2006; Machuca M., 2006; Comité de Consenso, 2007).

Puede decirse que la respuesta profesional a esta problemática, así como la misión de la farmacia en el siglo XXI, fue dada por los profesores estadounidenses, C. Hepler y L. Strand al definir el concepto Pharmaceutical Care, [traducido al español como Atención Farmacéutica (AF)], en 1990, independientemente de que la idea fuera presentada por primera vez por C.D. Brodie en 1966 (Brodie DC., 1966; Brodie DC., 1980; Hepler CD., 1990; Bisson MP., 2007).

La AF se considera el proceso a través del cual un farmacéutico coopera con el paciente y otros profesionales, mediante el diseño, ejecución y monitorización de un plan terapéutico específico para el paciente. Sin embargo, cuando se analizan las causas por las que esta práctica no se ha extendido y generalizado de forma rápida, se constatan muchos más elementos que la capacidad técnico-profesional de los farmacéuticos, entre los que se pueden citar: insuficiente disponibilidad de profesionales farmacéuticos, aislamiento o falta de integración de los Servicios Farmacéuticos (SF) a los Sistemas de Salud (SS), estructura inadecuada de las Farmacias, falta de tiempo del profesional farmacéutico debido a la multiplicidad de tareas rutinarias que asume, necesidad de sistemas y herramientas informáticas, necesidad de fuentes de información y documentación, y la falta de apoyo de los gobiernos y las autoridades nacionales a las políticas de implementación de AF (Instituto de Estudios Farmacéuticos, 2003; Mayoral RJF., 2006; Barbera T., 2007; Levenson SA., 2007; Marques SB., 2007; University of Massachusetts of Medical School, 2007).

Múltiples son las dificultades, pero el concepto de AF es aplicable a todos los países a pesar de las diferencias en la evolución de la situación socio-

económica (Faus MJ., 1999; Solá N., 2000; Martínez AM., 2003). Incluso en las Normas de Correcta Atención Farmacéutica del Colegio de Madrid, se enuncia explícitamente que la falta de espacio físico no excluye el cumplimiento de la AF, aunque se reconoce que el farmacéutico tendrá que esforzarse con imaginación, para compensar estas carencias (Montilla JC., 2003; Perfil de la Farmacia Española, 2003; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; Oliveira AB., 2005; Lampela P., 2007; Martínez DA., 2007).

En Cuba, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF) realizan transformaciones que han dado lugar al Programa Nacional de Medicamentos (PNM) (MINSAP, 1999; Programa Nacional de Medicamentos, 2005). Este programa tiene entre sus objetivos el Uso Racional de Medicamentos (URM), como política constante de los SF. Por otra parte, la actividad asistencial en el nivel primario, está organizada a través de los Policlínicos y Consultorios Médicos de la Familia (CMF) pertenecientes a un Área de Salud (AS) (MINSAP, 2005).

Desde el año 1991 Cuba adopta el PNM como estrategia rectora, dirigido a garantizar la utilización de los medicamentos con alto rigor científico y a aplicar las mejores experiencias para satisfacer las necesidades de la población mediante un proceso de distribución y ventas eficiente. En sus posteriores actualizaciones en 1994, 1998 y 2001, el PNM ha recogido las directrices generales en cuanto a Producción, Distribución, Dispensación, Prescripción y URM; y dentro de sus estrategias fundamentales se encuentra el desarrollo de la Farmacoepidemiología y la Farmacia Principal Municipal (FPM) (Programa Nacional de Medicamentos, 2005). No obstante, ni siquiera en la última actualización del PNM del año 2001, se esboza la AF como esencia de los SF, ni se establece al farmacéutico como profesional determinante en el uso

adecuado de los medicamentos en contraste con la pronunciación, desde la primera edición del Programa en 1991, del médico y el estomatólogo como el eslabón principal del mismo (MINSAP, 1991; Debesa F., 2006).

En este contexto se enmarca el presente estudio, que profundiza en el conocimiento de las condiciones estructurales y organizativas, así como las potencialidades de los SFC cubanos para implementar la AF, con vistas a diseñar un Programa de AF adaptado a las características y particularidades de las Farmacias Comunitarias (FC) del país, que puede constituir un aporte, no sólo a las políticas de salud en Cuba, sino de otros países, al proporcionar un método científico para abordar la AF en la APS, temática novedosa, que se encuentra en desarrollo en el ámbito internacional.

Problema Científico.

Existen problemas asociados al uso inadecuado de los medicamentos, atribuidos mayormente al uso incorrecto de éstos por parte de los pacientes, a la falta de integración activa del farmacéutico al equipo de salud, y al no reconocimiento de los SFC como centros sanitarios.

Hipótesis.

El diseño de un Programa de Atención Farmacéutica adaptado a las características de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios, permitirá su implementación en el nivel primario de salud, en Cuba.

Objetivo General.

Diseñar un Programa de Atención Farmacéutica orientado a los Servicios Farmacéuticos Comunitarios cubanos para lograr mayor eficiencia en el uso de los medicamentos en el nivel primario de salud.

Objetivos Específicos.

1. Analizar la distribución y disponibilidad de las Farmacias Comunitarias en el país.
2. Identificar y determinar indicadores que contribuyan al perfeccionamiento de los SFC en las distintas unidades territoriales del Sistema de Salud.
3. Establecer las bases metodológicas para la implementación de la AF en los SFC.
4. Aplicar de forma parcial el Programa diseñado en espacios poblacionales seleccionados.

Novedad científica.

El enfoque dado a este estudio, no tiene antecedentes en la historia de las investigaciones sobre los SFC en el ámbito nacional e internacional.

- Por primera vez se identifican y determinan indicadores de estructura y organización en las farmacias comunitarias de todo el país, en diferentes niveles territoriales: nacional, provincial, municipal y área de salud.
- Se diseña y se somete a validación externa un Programa de Atención Farmacéutica, que aporta una nueva proyección de las funciones del farmacéutico en la comunidad.
- Se establece una metodología para educar al paciente en el uso de los medicamentos y a la vez prevenir, detectar y solucionar los problemas derivados de su uso.
- Se elabora la propuesta metodológica para el ordenamiento y modificación de normativas y regulaciones del funcionamiento de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios que contribuyan al desarrollo de una acertada política farmacéutica nacional, basada en la accesibilidad, equidad y suficiencia de los SFC.

Programa de Atención Farmacéutica orientado a los Servicios Farmacéuticos Comunitarios

- Se realizó una aplicación parcial del programa de AF diseñado que demostró sus posibilidades de implementación en las FC.

Aplicabilidad.

Está basada en la conveniencia de la Atención Farmacéutica como una vía para lograr un uso mas adecuado de los medicamentos por la población y la ausencia de una metodología que se adecue a las características de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios cubanos.

Además se facilita su aplicación debido a su flexibilidad y posibilidades de adaptación a las condiciones reales de la estructura del Sistema Nacional de Salud, así como áreas de salud, municipios y provincias en las que existan mayores restricciones a vencer.

I. Revisión Bibliográfica

I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I.1. Atención Farmacéutica (AF).

I.1.1. Antecedentes históricos de AF.

Los antecedentes más remotos de la AF se encuentran en dos autores norteamericanos. En 1966, D. C. Brodie proponía, en una ponencia titulada “El reto de la farmacia en tiempos de cambio”, el término control de utilización de medicamentos, definiéndolo como ‘el sistema de conocimientos, entendimiento, juicios, procedimientos, habilidades, controles y ética que garantizan la seguridad óptima en la distribución y uso de la medicación’. En 1975, R. L. Mikeal y cols. definieron la AF como “la atención que un paciente concreto requiere y recibe que garantiza el uso seguro y racional de los medicamentos”. En 1980, de nuevo D. C. Brodie y cols. consideraron que la AF incluye la determinación de las necesidades de los pacientes. A partir de este momento el nuevo concepto propuesto comenzó a adquirir relevancia entre los farmacéuticos (Mikeal RL., 1975; Brodie DC., 1966; Brodie DC., 1980; Fernández-Llimós F., 1999; Vidal MC., 1999; Herrera J., 2003; Oliveira AB., 2005; Mayoral RJF., 2006; Bisson MP., 2007; Carvalho Garbi MR., 2007; Marques SB., 2007; Martínez DA., 2007; University of Massachusetts of Medical School, 2007).

I.1.2. Conceptos de AF.

En los debates de la “Conferencia sobre instituciones para la práctica de la farmacia clínica” de 1985, C. D. Hepler esbozó las líneas maestras de una nueva filosofía profesional farmacéutica, a la que posteriormente denominó Pharmaceutical Care (Atención Farmacéutica) y en 1987 describió la AF como “una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el

conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente”. En 1990, C. D. Hepler y L. M. Strand publicaron un artículo en el que establecen las bases definitivas de la AF. Estos autores parten de una reflexión y proponen una definición. La reflexión: “La AF es aquel componente del ejercicio profesional de la farmacia que comporta una acción directa del farmacéutico con el paciente con el fin de atender las necesidades de éste en relación con los medicamentos”. La definición: “AF es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. Estos resultados son: 1. Curación de la enfermedad; 2. Eliminación o reducción de la sintomatología del paciente; 3. Interrupción o ralentización del proceso patológico, o 4. Prevención de una enfermedad o de una sintomatología” (Hepler CD., 1987; Hepler CD., 1990; Baena I., 2002; Fernández-Llimós F., 2004; Lyra DP., 2004; Rosholm JU., 2007).

En el informe de la reunión en Tokio, 1993, la Organización Mundial de Salud (OMS) declara que “AF es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. Es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el objetivo de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y en la calidad de vida del paciente” (OMS, 1999).

I.1.3. Modalidades de AF.

Existen dos formas de práctica de la AF: Global y en Grupos de Riesgo.

AF Global se refiere al seguimiento que el farmacéutico hace de todos los tratamientos con medicamentos del paciente, con el objetivo de conseguir los fines terapéuticos previstos y evitar posibles reacciones adversas o de toxicidad.

Esta modalidad fue propuesta por L. M. Strand y el equipo que dirige, dando lugar al Proyecto Minnesota de investigación de AF (Minnesota Pharmaceutical Care Project). Uno de los resultados más positivos del proyecto fue el cambio de actitud del colectivo médico, que acabó considerando al farmacéutico como un componente complementario totalmente necesario en el equipo de salud, y no como una interferencia (Cipolle R.J., 2000; Correa V., 2003; Daniel G.W., 2007).

AF en Grupos de Riesgo es la modalidad que se centra en controlar la farmacoterapia en pacientes con enfermedades crónicas o en situaciones especiales, que requieran la utilización de medicamentos durante largos períodos o de por vida, y que en muchos casos necesitan además una educación sanitaria para sobrellevar su enfermedad. Tales son los casos de pacientes diabéticos, hipertensos, asmáticos, con problemas cardiovasculares, ancianos, pacientes poli medicados o que necesitan ser tratados con medicamentos potencialmente tóxicos como anticancerígenos, anticoagulantes, estupefacientes, etc., o pacientes con enfermedades graves, que pueden arriesgar la vida si los medicamentos prescritos no son eficaces o se utilizan mal (Faus M.J., 1999; Oliveira M., 2007).

La modalidad sobre Grupos de Riesgo fue diseñada por C. D. Hepler y cols. al desarrollar estudios de investigación en EEUU, con el nombre de Proyecto TOM del inglés, Therapeutic Outcomes Monitoring (Monitorización de Resultados Terapéuticos) usando el asma como prototipo (TOM-asthma). Otros estudios también sobre el asma se han realizado en Europa, en países como Dinamarca, Finlandia y Alemania (Iñesta A., 2001).

I.1.4. Estado actual de AF.

I.1.4. 1. Situación internacional.

En la actualidad, la AF constituye una realidad para unos países y una necesidad ineludible para otros. Este nuevo enfoque de la actividad del farmacéutico, se ha extendido rápidamente y con gran entusiasmo por numerosos países de Europa, Australia y Canadá (Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde. 2006; Mayoral RJF., 2006; Chu M., 2007).

En España, la instrumentación de la AF aparece en documentos normativos y legales. Algunos de ellos, como la Ley 4 /1999 del 25 de Marzo sobre Ordenación Farmacéutica para Aragón - España; la Ley 3/1996 de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura - España o las ya citadas Normas de Correcta Atención Farmacéutica emitidas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Otros países como EE. UU y el Reino Unido también han puesto en marcha diferentes programas de apoyo a la formación y capacitación de los farmacéuticos en este sentido (Grupo de investigación en Atención Farmacéutica, 2003; Atención Farmacéutica, 2005).

Sin embargo, en América Latina, la ausencia de reglamentaciones que prohíban la venta de medicamentos en locales que no sean farmacias o del incumplimiento de éstas, en caso que existan, genera un abuso de la automedicación y un descontrol que afecta a la salud de la población con un crecimiento exponencial. En el conjunto de los países de América Latina, a pesar de la existencia de estrategias y políticas claramente proclamadas, resaltan aún problemas tan destacados como los sistemas inadecuados de adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos, el elevado grado de automedicación, la prescripción inadecuada o la no adherencia a los tratamientos prescritos, que

unidos a otros factores [Anexo Electrónico (AE)-1], afectan la instrumentación de la AF (Delgado G., 2004; OMS, 2005; Paura A., 2005; Lourenço E., 2006).

I.1.4. 2. Experiencias nacionales.

Aunque en Cuba, el desarrollo de los SF es una de las prioridades de las políticas sanitarias, la definición de AF que aparece en la versión del 2001 del "Manual de Procedimientos para Farmacia Comunitaria", hace mayor énfasis en los aspectos estructurales que en el proceso y funciones relacionadas con el ejercicio de la AF (MINSAP, 2001). Así, la generalización de esta práctica no ha podido implementarse debido a la ausencia de un método aplicado a la realidad nacional y solo existen reportes aislados debido a intereses de grupos de investigación (Rodríguez O., 2001; Bermúdez A., 2001; Rodríguez O., 2002; Martínez AM., 2003; Gra G., 2004; Ciero M., 2005).

Sin embargo, la filosofía de la AF ha sido ampliamente aceptada, pero su implantación generalizada como forma de trabajo encuentra una serie de obstáculos dentro y fuera de la profesión. Uno de los más importantes es la formación: los farmacéuticos necesitan realizar un aprendizaje que facilite el cambio de orientación en su trabajo. En Cuba, la mayor parte de ellos están favorablemente dispuestos a este cambio pero sienten recelo al tener que adquirir nuevas responsabilidades y "temen" no saber hacerlo, por tanto se impone la necesidad de instrumentar vías adecuadas para la capacitación de los profesionales (Mateu L., 2004).

I.2. Servicios Farmacéuticos Comunitarios (SFC).

I.2.1 Definición.

La OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) definen los Servicios Farmacéuticos como "el grupo de prestaciones relacionadas con el *Programa de Atención Farmacéutica orientado a los Servicios Farmacéuticos Comunitarios*

medicamento, destinadas a apoyar las acciones de salud que demanda la comunidad, a través de una AF que permita la entrega expedita y oportuna de los medicamentos a pacientes hospitalizados y ambulatorios, con criterios de calidad en la farmacoterapia”. En esta definición, los SF son considerados parte integrante de los servicios y programas de salud y representan un proceso que abarca el suministro de medicamentos en todas y cada una de sus etapas constitutivas, la conservación y control de la calidad, seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos, el seguimiento y evaluación de la utilización, la obtención y difusión de información de medicamentos y la educación permanente de los demás miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad para asegurar el URM (OMS/OPS, 1990; OMS, 1998).

Este concepto puede considerarse amplio y preciso, pero no exento de limitaciones, ya que define los SF como procesos, acciones, prestaciones y excluye al conjunto de estructuras organizativas y recursos necesarios para la prestación de la asistencia farmacéutica, aspectos a los que se hace mayor referencia cuando es utilizado el término SF, al menos en el ámbito cubano.

Para adecuar la definición OMS/OPS a la realidad nacional, y teniendo en cuenta la bibliografía consultada, debiera incluirse: “el conjunto de estructuras organizativas y recursos requeridos para asegurar la óptima disponibilidad de medicamentos eficaces y seguros”, y por tanto sería necesario tener en cuenta a la propia Farmacia Comunitaria (FC), el sistema de distribución y almacenamiento, equipamiento, instrumentos, utensilios, recursos humanos y desde luego al medicamento (Segú JL., 2000; Martín MJ., 2003; Vieira FS., 2007).

1.2.2. Funciones de los SFC.

En el año 1993 la OMS definió que, “la misión de la práctica farmacéutica es suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la

salud, así como ayudar al individuo en particular, y a la sociedad, a emplearlos de la mejor manera posible” (OMS/OPS, 1993).

Teniendo en cuenta esta misión, los SFC deben asumir una serie de funciones y responsabilidades que tienen como contenido fundamental, la atención a las necesidades de los individuos y la sociedad para asegurar la utilización racional y económica de medicamentos, con independencia del nivel de desarrollo de cada país (Ewald PA., 2005; Machuca M., 2006).

Estas funciones incluyen, desde actividades tradicionales de la FC, hasta innovadores conceptos en la prestación de servicios y atención al paciente, que pueden estar asignadas únicamente por la demanda social y la competencia legítima, aceptada desde el punto de vista ético - profesional por la sociedad, o rubricadas con carácter jurídico mediante su definición en documentos legales, legislaciones farmacéuticas, como es el caso de las funciones establecidas en la regulación de los servicios de las Oficinas de Farmacia (OF), en España, Ley No.16 / 1997 del 25 Abril 1997 (Cortes españolas, 1997; Costa MR., 2005; Fagundes MJD., 2005; Sedano E., 2006).

Desdichadamente las actividades, responsabilidades y deberes de los farmacéuticos en la FC, y la sociedad, no siempre se precisan en las legislaciones nacionales, aunque sí quedan recogidas, de alguna manera, en documentos normativos, consensos de colegios farmacéuticos, códigos éticos, deontológicos o directrices nacionales y/o internacionales. Las funciones pueden ser clasificadas en 5 categorías en dependencia del ámbito de actuación: a) derivadas de la relación con los usuarios, b) derivadas de la relación con los profesionales en la actividad asistencial, c) relacionadas con la investigación y la innovación, d) derivadas de su integración en estructuras de planificación y/o gestión sanitaria,

e) derivadas de la relación con otros niveles o centros asistenciales. Por tanto, puede inferirse que las actividades del farmacéutico son de carácter asistencial, administrativo, tecnológico, docente y científico (Neto JNR., 2005; Sedano E., 2005).

I.2.3. Modelos de SFC.

Los múltiples factores que influyen en la estructuración de los SF, como los demográficos, económicos, tecnológicos, de prestación de la asistencia, entre otros, han dado lugar a una diversidad de modalidades de SF, y permiten apreciar diferencias notables en regiones similares de diferentes países (OMS, 1995).

I.2.3.1 SFC Europeos.

No se puede hablar de un modelo homogéneo para toda Europa, porque la planificación de las farmacias responde a las necesidades del sistema sanitario de cada país, aunque pese a la heterogeneidad en materia de ordenación farmacéutica y la cobertura que ofrece cada uno de los sistemas farmacéuticos de los 27 Estados miembros de la Unión Europea (UE), por sus características básicas comunes, casi la mitad de los miembros comparten el modelo de farmacia 'mediterráneo – continental'. El resto de los países se reparten entre un segundo grupo que comparten el modelo 'anglosajón' y falsamente llamado "liberalizado", según el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (COFV); y un tercer grupo de países cuyos sistemas de ordenación farmacéutica, por sus características, no se engloban en ninguno de los anteriores (Tabla I) (COFV, 2007).

No obstante la diversidad de modelos, todos confieren gran importancia a la labor desarrollada por el farmacéutico comunitario, tienen en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población con vistas a garantizar la accesibilidad, y calidad en el servicio, así como la suficiencia en el suministro de medicamentos, según la necesidad de cada territorio. Sin

embargo, estudios realizados en la última década del siglo pasado, demostraron grandes variaciones en las dimensiones de la población abastecida y en la cobertura geográfica, las que se mantienen en la actualidad, aunque se destaca el caso de España, con el reporte de una farmacia por cada 2 143 habitantes en el año 2007, que la sitúa en el tercer puesto de una lista de 29 países europeos, en número de farmacias por habitantes, sólo precedida de Grecia y Bélgica. Debe señalarse la vocación de servicio público del modelo de farmacia mediterráneo – continental, liderado por España, y su contribución a garantizar un sistema sanitario con igual accesibilidad para todos, de ahí que lo sustente el 45% de los países de la UE, por un 25% del anglosajón (Martínez F., 1996; Alcover MF., 1997; Instituto de Estudios Farmacéuticos, 2003; Consultoría Antares, 2007).

Tabla I. Modelos europeos de oficinas de farmacia.

Modelo	Descripción	Países
Mediterráneo-continental	El binomio propiedad/titularidad permanece unido. Regula por ley los criterios de apertura en base a normas de planificación geográfica y demográfica, para asegurar una cobertura homogénea en su territorio y de fácil acceso de la población a la farmacia.	Austria, Eslovenia, España, Grecia, Francia, Hungría, Italia, Letonia, Luxemburgo, Polonia, Portugal y Rumania
Anglosajón	Ofrece más flexibilidad, indebidamente llamado "liberalizado"; no se contempla ninguna previsión sobre la propiedad de las farmacias ni existen normas de planificación.	Eslovaquia, Irlanda, Lituania, Países Bajos, República Checa, Reino Unido y Suecia
Modelo mixto	Con variedad de situaciones intermedias.	Alemania, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Estonia, Finlandia y Malta

Fuente: COFV. (2007).

La norma adoptada por la farmacia europea es de control, ya que incluso dentro de la flexibilidad del modelo anglosajón las autoridades sanitarias planifican el establecimiento de farmacias. Esto se evidencia en países como Reino Unido y Holanda, en el primero la solicitud de apertura se condiciona a un estudio previo del National Health Service, que tiene en cuenta, entre otras circunstancias, la existencia de una farmacia cercana a un radio de 1Km. En Holanda la apertura es libre, pero precisa autorización de un inspector para cada OF, y de un número determinado de beneficiarios obligados a adquirir sus medicamentos en la misma (Instituto de Estudios Farmacéuticos, 2003).

Debe destacarse que España, muestra un marco jurídico - normativo de avanzada en la UE, al definir en el artículo primero de la Ley No. 16/1997 a OF como "... un establecimiento privado de interés público, sujeto a la planificación que establezcan las comunidades autónomas...". En dicha Ley también queda establecido que "... el módulo poblacional mínimo para autorizar por primera vez, la apertura de una OF, es de 2800 habitantes, aunque a nivel autonómico se podrán establecer módulos superiores con un límite de 4000 habitantes" y precisa en el artículo 2.3 que "... se podrán establecer módulos de población inferiores para las zonas rurales, turísticas, de montaña o aquellas en las que en función de sus características geográficas, demográficas o sanitarias no fuese posible la AF aplicando criterios generales. (Cortes españolas, 1997; Ordenación farmacéutica de Cantabria, 2003; Machuca M., 2004).

Suecia como contrapartida del modelo mediterráneo - continental exhibe un sistema de "Farmacias Detallistas" (comunitarias) único para Europa Occidental, donde al gobierno pertenece la Corporación Nacional Apoteket AB, la cual tiene los derechos exclusivos para el manejo de las farmacias. Apoteket AB reúne cerca de 900 establecimientos para cubrir una población de

aproximadamente 9 millones de habitantes, lo que ubica la relación de habitantes por farmacia en más de 10 000. Muchas farmacias no cuentan con profesionales y las funciones y responsabilidades de las mismas se establecen mediante acuerdos con el gobierno (Westerund T., 2001).

I.2.3.2 SFC en otras regiones.

Al valorar los SF de otras latitudes se encuentran diferencias marcadas entre unos y otros con relación al número de habitantes por OF (Tabla IIA), coincidiendo una vez más, las relaciones más desfavorables para países de escaso desarrollo. En un estudio realizado por la OMS en un grupo de países, sobre regulación farmacéutica, se constató que en todos se exigía como requisito legal y profesional para obtener la licencia de operación de una FC, la condición de ser profesional farmacéutico a excepción de Australia, donde no es exigible dicho criterio, pero sí están establecidos requisitos previos por parte de la Autoridad Farmacéutica Nacional y la Comisión de Seguridad Sanitaria y el caso de Zimbabwe, que además otorga este derecho a Técnicos Farmacéuticos. (OMS, 2001; Atención Farmacéutica, 2005; Wledenmeyer K., 2006).

Con relación al número de habitantes por farmacéutico, los reportes son muy escasos (Tabla IIB), pero no es arriesgado considerar que 17 años después de estos datos de referencia, con la explosión demográfica en los países pobres y la concentración de recursos humanos calificados en los países ricos, la diferencia debe ser mayor (Raigordosky G., 1990).

I.2.4. SFC en Cuba.

Cuba trabaja en función de incrementar la accesibilidad de la población a los medicamentos, en la comunidad. Al cierre del año 2006, la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica reportó la existencia de 2 103 FC. Existen en todas las unidades de salud más de 1 500 servicios con medicamentos, sin incluir los CMF.

Tabla IIA. Relación entre farmacias y habitantes en diferentes regiones del mundo.

Región / país	Número Habitantes	Número Farmacias	Farmacias /100 000 Habitantes	Habitantes/ Farmacia
AFRICA				
Túnez	8 400 000	1 308	15,57	6 422
Zimbabwe	10 600 000	311	2,93	34 084
Uganda	16 671 705	326	1,96	51 140
AMÉRICA DEL SUR				
Venezuela	19 738 000	6 352	32,19	3 107
Brasil	156 300 000	50 000	32,99	3 126
ASIA				
Chipre	772 800	480	62,11	1 610
AUSTRALIA				
	17 482 593	4 980	28,49	3 510

Fuente: OMS (2001).

Tabla IIB. Farmacéuticos por Habitantes en algunos países.

País	No. Habitantes	No. Farmacéuticos	Habitantes por Farmacéutico
Nigeria	100 000 000	2 821	35 323
India	700 000 000	200 000	3 500
Australia	17 482 593	15 000	1 165
Japón	122 800 000	135 990	903

Fuente: Raigordosky G. (1990)

También se ubican módulos de medicamentos en escuelas, centros laborales, bodegas de zonas rurales y otras instituciones. Esta facilidad geográfica de conjunto con otras medidas, como son: la totalidad de los medicamentos subvencionados por el Estado; la gratuidad y universalidad de la asistencia médica que caracterizan a los servicios de salud, la entrega gratuita de todos los medicamentos necesarios a las personas de bajos ingresos incluidos en la seguridad social, así como el carácter preventivo, masivo e igualmente gratuito de las campañas de vacunación y detección de enfermedades, genera una situación peculiar para los SF cubanos, que deben enfrentarse a una compleja y

Programa de Atención Farmacéutica orientado a los Servicios Farmacéuticos Comunitarios

extensa red de distribución de medicamentos por una parte, y a una colosal demanda de medicamentos por otra; situación crítica de la cual pudiera sacar provecho la profesión farmacéutica en Cuba, si se encaminara a ocupar espacios tradicionalmente huérfanos en la atención de salud y se ampliaran y profundizaran los conocimientos técnicos de los profesionales mediante la especialización, que les permitiera realizar acciones que amplíen el horizonte de la actividad farmacéutica con un enfoque, mucho más asistencial, que queda conceptualizado en la práctica como AF (MINSAP, 2006).

I.2.4.1. Características.

Las características son comunes a otros países, de las que se pueden destacar: incremento del arsenal terapéutico con la aparición de mayor número de especialidades farmacéuticas más potentes y específicas pero potencialmente más peligrosas; incremento de enfermedades crónicas, degenerativas y relacionadas con el envejecimiento de las poblaciones (enfermedades cerebro vasculares, cardíacas, ostio-mio-articulares, endocrinas, entre otras); aumento de la incidencia de nuevas enfermedades (y de otras presumiblemente controladas) en formas más dañinas y contagiosas como VIH-SIDA, Ébola, Tuberculosis, Malaria, etc.; crisis económica internacional y aumento del costo de los productos farmacéuticos. Estas características del ámbito internacional y las particularidades nacionales, han propiciado el desarrollo de los SF con alta incidencia social y en función de solucionar las diferentes dificultades que se presentan (Faife V., 2004).

I.2.4.2. Clasificación.

En el Sistema Nacional de Salud (SNS), los SFC constituyen el segundo grupo más numeroso de entidades, únicamente precedidos por los CMF. Su organización y tipificación se ha establecido en función de la categoría asistencial

y gerencial que ocupan dentro de la red de farmacias y el SNS, estableciéndose niveles de distribución de medicamentos y responsabilidades para cada uno de los cuatro tipos de FC: Farmacia Principal Municipal (FPM), Farmacia Comunitaria Especial de Área de Salud (FCEAS), Farmacia Comunitaria de Atención a Hospitales (FCAH) y Farmacia Comunitaria Normal (FCN). **Ver glosario.** (MINSAP, 1996; Miranda M., 2001; Faife V., 2004).

I.3. Atención Primaria de Salud (APS).

En el ámbito internacional, los grandes cambios en el sistema sanitario datan de la década de 1970, y alcanzan su máxima expresión con la Declaración de Alma - Ata, Rusia en 1978, en la que representantes de 134 naciones instan a todos los gobiernos, a los agentes de salud, de desarrollo y la comunidad mundial, a que adopten medidas urgentes para promover y proteger la salud de todos los ciudadanos (Declaración de Almaat, 2005). En esta reunión la OMS plantea un enfoque más amplio de la atención en salud, definido como Atención Primaria de la Salud (APS). Ésta consiste en la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, a costos sostenibles, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación en todas las etapas del desarrollo, con espíritu de responsabilidad y autodeterminación (Zurro A., 1994; OMS, 1995; Wagner EH., 2000; De Dios R., 2001; OMS, 2003; OMS, 2004; Knapp KK., 2005; Lourenço RA., 2005; Catalán JL., 2006; Bergaman A., 2007).

La realidad de los países, sobre todo del tercer mundo, es que las metas de salud no se han alcanzado y ninguno de los modelos ensayados ha dado los resultados esperados; por esta razón en 1997 la OPS adoptó una nueva meta denominada "Salud para todos en el siglo XXI". Sin embargo, en el tercer milenio la estrategia

de APS continúa como uno de los principales tópicos en la agenda de los países de las Américas y en especial de la OPS, que mantiene la solicitud a los Estados Miembros para que: “hagan esfuerzos porque el desarrollo de APS cuente, entre otros aspectos señalados, con la reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud, aspecto que lógicamente incluye a los SFC. (Cueto M., 2004; OMS/OPS, 2005; OPS. Doc. 569, 2005; Ketchum K., 2005; Otero-Lopez MJ., 2006; Wilson IB., 2007).

I.3.1. Integración de APS a los niveles asistenciales.

Los últimos 20 años han visto crecer rápidamente el volumen y la complejidad de los procedimientos ambulatorios, impulsados por la innovación tecnológica y los cambios en la financiación de los servicios, de forma que se estima que más de las tres cuartas partes de los procedimientos médicos se realizan ahora en el ámbito ambulatorio, hecho que se ha traducido en mayores esfuerzos para garantizar la comunidad asistencial con otros niveles y en el nuevo protagonismo que las organizaciones sanitarias otorgan a sus pacientes (Gené J., 2003; Manasse HR., 2005; Catalán JL., 2006; García A., 2006).

Si a esta situación se añade que en el nivel primario de atención, entre el 60% al 90% de los pacientes siguen un tratamiento con medicamentos, se evidencia la importancia de la FC y la figura del farmacéutico en la comunidad (Gómez V., 2000; Gené J., 2003; Faus MJ., 2004).

I.3.2. APS en el sistema de salud cubano.

En Cuba el primer contacto de la población con el SNS lo constituye la APS. Con el surgimiento en los años 70 del siglo XX, del modelo cubano de APS, que se llamó “Medicina en la comunidad” y a su unidad base, “Policlínico comunitario”, así como la experiencia en 1984 del CMF (Rojas F., 2005), en el centro del

programa de salud cubano aparece el médico y la enfermera de la familia y el equipo del policlínico, pero no se menciona al farmacéutico.

Si del modelo cubano de desarrollo de APS y del éxito de su trabajo depende la eficiencia general del sistema al reducir demandas sobre otros niveles del sistema de mayor complejidad y por lo tanto de mayor costo, debe tomarse en cuenta la importancia del desarrollo de programas de AF que contribuyan a un uso más racional del medicamento (González BE., 2004; Lara MC., 2004).

I.3.2.1. APS y los principios del SNS.

A partir de la premisa de contar con una APS eficiente, el SNS se rige por el principio de que el paciente reciba todo cuanto sea necesario para restablecer su salud. Los principios rectores están fundamentados en: a) el carácter estatal de la Salud Pública, b) la accesibilidad y gratuidad a los servicios de salud, c) la orientación profiláctica de la salud, d) la unidad de la ciencia, la docencia y la práctica médica, e) integridad y desarrollo planificado, e) la participación organizada y activa de la población en las tareas de salud y f) el internacionalismo y la colaboración (MINSAP, 2001; MINSAP, 2004; Los Principios Rectores del Sistema Nacional de Salud Cubano, 2005).

Los principios a), b) y f) diferencian al SNS de los de otros países, y todos de manera general pueden contribuir al desarrollo de programas de AF.

I.3.2.2. Estrategias del SNS, APS y AF.

Cambios demográficos que se traducen en poblaciones de edad más avanzada, evolución del cuadro de morbilidad, hacia las enfermedades crónicas y minusvalías que acompañan al envejecimiento, y que a menudo se agravan a causa de factores relacionados con el modo y el estilo de vida, demandan el incremento de la eficiencia de la APS y por tanto son elementos considerados en

las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015, (Llambias J., 2003; Coelho JM., 2004; Fialová D., 2005; Yu KH., 2005; Manno MS., 2007; MINSAP, 2007; Rosholm JU., 2007).

De las nueve estrategias fundamentales proyectadas por el MINSAP, cinco de ellas: (I) Atención integral a la salud individual, familiar y comunitaria; (II) Vigilancia en salud y protección de la salud de la población; (III) Gestión y formación de Recursos Humanos; (IV) Gestión de la información y el conocimiento e (V) Investigación en salud, están en total correspondencia con el desarrollo de la AF.

I.3.3. APS, SFC y el farmacéutico.

En un entorno sanitario de continua evolución, los SFC están adaptando sus funciones a las demandas cambiantes de la sociedad. Dada la velocidad del desarrollo social, no resulta sencillo documentar la actual tendencia en APS, ni rastrear sin riesgos los cambios que ha experimentado recientemente (Wagner EH., 2000; De Dios R., 200; Machuca M., 2001; Chui WK., 2006; International Pharmaceutical Federation (2006); Rojas F., 2006; Knapp KK., 2005; OPS. Doc. 22ª, 2005; Rodríguez M., 2006).

El MINSAP reconoce a los SFC como unidad de APS con la misión de asegurar la disponibilidad y dispensación con calidad de los medicamentos, y al farmacéutico como parte integrante del equipo de salud por su papel de dispensador en atención sanitaria, consejero y colaborador en la decisión y análisis de la terapéutica (Debesa F., 2006; MINSAP. Carpeta metodológica, 2007). Por tanto, es una necesidad real desarrollar acciones en función de lograr un programa de recalificación y constante actualización de estos profesionales.

I.4. Consideraciones generales.

- ☞ Es preciso tener en cuenta que los nuevos derroteros que guían el ámbito farmacéutico, dado el proceso de re-profesionalización de los SFC y la adopción de nuevas responsabilidades asistenciales y éticas van reforzando la concepción de la misión de la práctica farmacéutica, consistente no solo en el suministro de medicamentos, sino en proveer Atención Farmacéutica.
- ☞ La estrategia de APS, reconoce que su éxito depende de la participación activa de la comunidad y de la colaboración entre los diferentes sectores de la sociedad, por lo que los SFC pueden ser entidades vitales para la instrumentación de la AF.
- ☞ El farmacéutico debe brindar una correcta asistencia en este ámbito de la FC, al gestionar la información de medicamentos, implementar las actuaciones para potenciar su correcto uso, y optimizar la gestión para la disponibilidad de los mismos.
- ☞ Resulta imprescindible lograr que la población reconozca a los servicios primarios de atención como el primer contacto con el sistema sanitario y que identifique a la FC como un establecimiento sanitario dentro de la APS.

II. Materiales y Métodos

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación orientada al diseño metodológico de un Programa de Atención Farmacéutica estructurada por diferentes fases y diseños de investigaciones de acuerdo a su finalidad y temporalidad en la recogida de datos.

El esquema general se presenta en la figura 1.

II.1. Diagnóstico de los SFC.

La primera parte de la investigación consistió en un Diagnóstico sobre los SFC en Cuba. Éste fue concebido como un estudio de tipo observacional descriptivo transversal.

II.1.1. Niveles territoriales, fuentes utilizadas y obtención de la información.

El diagnóstico nacional de los SFC se realizó en las distintas unidades territoriales del Sistema de Salud: provincia, municipio y área de salud. En el caso de las áreas de salud, se seleccionaron, por conveniencia, las 82 AS de la provincia Ciudad de La Habana.

Una de las fuentes consistió en los datos aportados por la aplicación de un “Instrumento de recogida de datos”, empleado durante la “Primera Supervisión Nacional a Farmacias Comunitarias”, realizada durante el año 2004 por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica del Ministerio de Salud Pública (AE-2), del Instrumento se seleccionó la información necesaria (AE-3).

El Instrumento de recogida de datos fue aplicado por un inspector, profesional farmacéutico de experiencia en el trabajo de la FC, seleccionado por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica del MINSAP sobre la base de resultados y reconocimientos en su desempeño. Este inspector recibió capacitación y

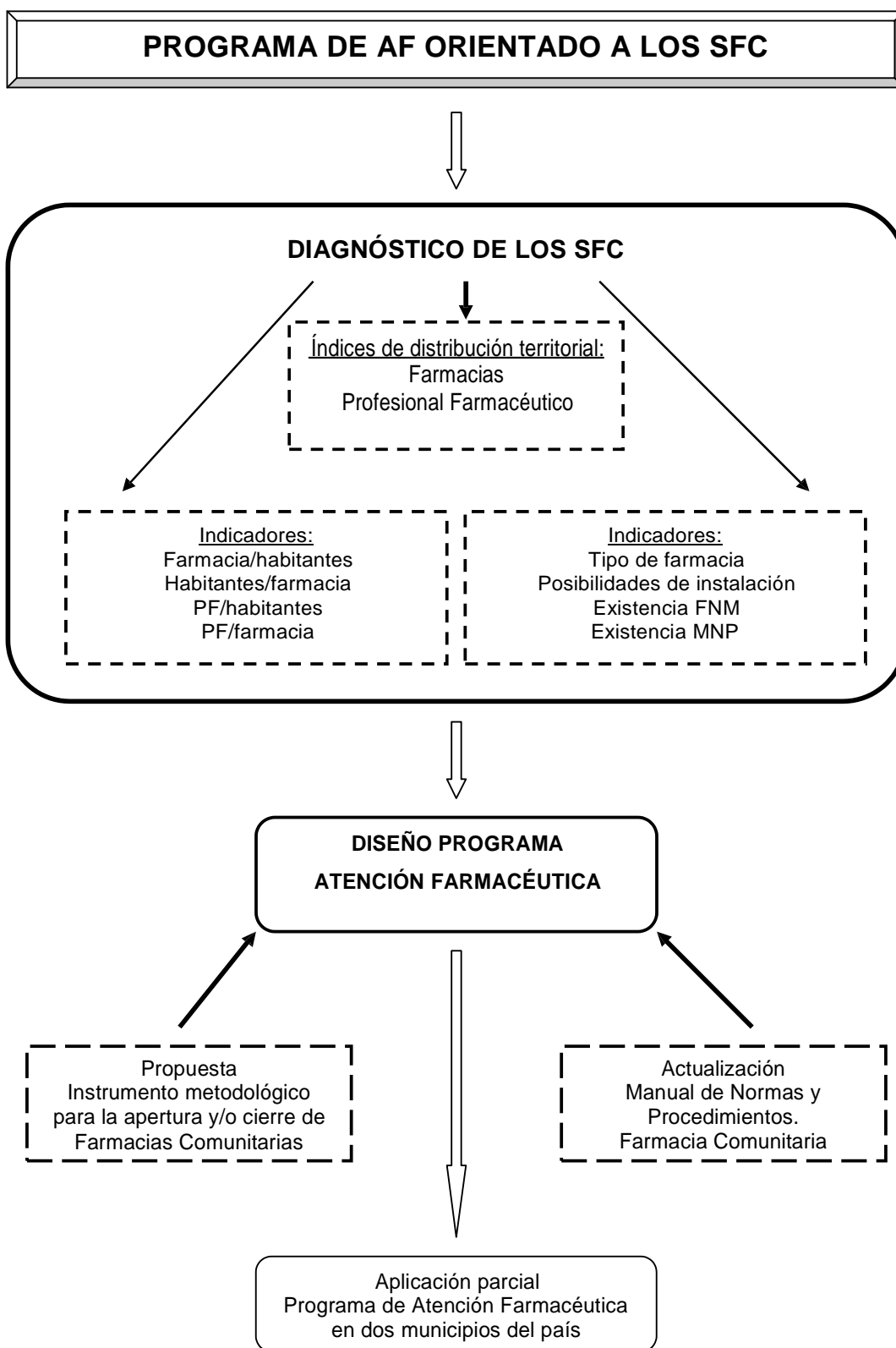


Figura 1. Esquema general de la investigación.

PF: Profesional Farmacéutico

FNM: Formulario Nacional de Medicamentos

MNP: Manual de Normas y Procedimientos. Farmacia Comunitaria

adiestramiento en la aplicación del Instrumento de recogida de datos y en los diferentes procedimientos e indicadores a verificar en la farmacia.

El Instrumento se aplicó directamente en cada unidad *in situ* y la información fue aportada por el director o administrador de la FC.

La supervisión se efectuó entre los meses de Febrero a Diciembre del 2004, realizando visitas a cada una de las provincias, de forma tal que fueran supervisadas el mayor número de las FC existentes en un intervalo de tres a cinco días por un equipo de entre cuatro y cinco inspectores.

Para el análisis de los municipios y Áreas de salud (AS) de la provincia Ciudad de La Habana, se utilizaron fuentes diversas. Dos especialistas farmacéuticos, previamente entrenados, recogieron la información directamente en cada uno de los 15 municipios: **la población** se obtuvo de las Direcciones Municipales de Salud; **cantidad de farmacias** de las Farmacias Principales Municipales y **áreas de salud** de cada una de las farmacias en los diferentes municipios.

II.1.2. Universo.

El universo estuvo constituido por las 2099 FC reportadas por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica en el año 2004.

Se utilizó la información relativa al universo para la determinación de los índices de distribución territoriales: de Farmacias y de Profesionales farmacéuticos, así como para los indicadores: Farmacias/100 000 habitantes, Habitantes/farmacia, Profesional farmacéutico/100 000 habitantes y Profesional farmacéutico/farmacia.

En el análisis nacional del resto de los indicadores, se trabajó con la información correspondiente a 1 835 FC de 159 municipios pertenecientes a 13 provincias, y el municipio especial Isla de la Juventud, que representa el 87,42% de las FC del país.

No se incluyeron 264 (12,58%) FC; de ellas, 108 (5,14%) farmacias por estar ubicadas en zonas de difícil acceso geográfico o debido a que las condiciones climáticas imposibilitaron el acceso de los inspectores durante el período de la Supervisión Nacional y 156 (7,43%) FC de la provincia Santiago de Cuba, por no disponerse de la información necesaria que permitiera el análisis de las FC de esta provincia. En el análisis de la provincia Ciudad de la Habana se tomó como muestra las 343 farmacias en funcionamiento en el período de estudio.

II.1.3. Variables de estudio.

Región: *Occidental* (Pinar del Río, La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas y el municipio Isla de la Juventud); *Central* (Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila y Camagüey); *Oriental* (Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo); **Provincia; Municipio; Áreas de salud** (82 áreas de salud de Ciudad de La Habana); **Cantidad de habitantes vinculados a FC:** se establecieron rangos: (menos de 1000, 1000-5000, 5001-10000, 10001-15000 y más de 15000 habitantes por farmacia), **Tipo de FC:** Farmacia Principal Municipal (FPM), Farmacia Comunitaria Especial de Área de Salud (FCEAS), Farmacia Comunitaria de Atención a Hospitales (FCAH), Farmacia Comunitaria Normal (FCN) (*Ver Glosario*), de acuerdo a lo establecido por el Programa Nacional de Medicamentos (MINSAP, 1999); **Presencia del Profesional Farmacéutico:** (Sí, No, Sin información), **Existencia de Formulario Nacional de Medicamentos:** (Sí, No, Sin información), **Existencia de Manual de Procedimientos:** (Sí, No, Sin información), **Posibilidades de Instalación** - Referida a las condiciones estructurales del inmueble de la farmacia para atención individualizada al paciente (Sí, No, Sin información).

Para el análisis estadístico se codificaron las variables nominales que requerían valores numéricos.

La selección de las variables del instrumento de recogida de datos a ser analizadas se realizó sobre la base de su incidencia en el funcionamiento de los Servicios Farmacéuticos así como la posibilidad de verificar la información obtenida.

II.1.4. Determinación de índices e indicadores.

Al no existir antecedentes de estudios similares en el ámbito nacional o internacional, fue necesario identificar cuáles indicadores podrían aportar criterios de relación entre las variables seleccionadas, que a su vez permitieran valorar las potencialidades de los SFC para asumir el ejercicio de la AF. Se tomó como referencia el único reporte encontrado hasta el 2003, establecido en la Ley 7/2001 de Cantabria (Ordenación Farmacéutica de Cantabria, 2003), que establece relación de 2800 habitantes/farmacia, y se valoró la conveniencia de identificar otros índices e indicadores que contribuyeran a caracterizar los SFC.

Índices:

- Índice de distribución territorial de farmacias: Porcentaje de farmacias/Porcentaje de la población.
- Índice de distribución territorial de PF: Porcentaje de PF/Porcentaje de la población.

Indicadores:

- Farmacia por habitantes: $\text{farmacia}/100\ 000$ habitantes (provincia) y $\text{farmacia}/10\ 000$ habitantes (municipio y AS).
- Habitantes por farmacia: $\text{habitantes}/\text{farmacia}$.
- Profesional farmacéutico (PF) por habitantes: $\text{PF}/100\ 000$ habitantes (provincia), $\text{PF}/10\ 000$ habitantes (municipio).
- Profesional farmacéutico por farmacia: $\text{PF}/\text{farmacia}$.

- Otros indicadores: Tipo de Farmacia, Posibilidades de la instalación, Existencia del FNM y del MNP.

II.1.5. Procesamiento estadístico.

En el procesamiento de los datos se utilizaron los programas Microsoft Office Excel 2003 (11.5612.5606) y SPSS para Windows, versión 12.0.0 (2003).

La estadística descriptiva se utilizó para la caracterización de los SF y la inferencial para determinar las correlaciones estadísticamente significativas (coeficiente de correlación de Pearson y Spearman) entre las variables analizadas. Si $p < 0.05$ la correlación se consideraba significativa y si $p < 0.01$ la correlación se consideraba altamente significativa.

II.1.6. Técnicas cartográficas.

La representación cartográfica de los indicadores calculados para provincias y municipios del país, y para las áreas de salud de la provincia Ciudad de La Habana, se realizó mediante la importación de la bases de datos originales en Microsoft Office Excel 2003 (11.5612.5606), al software MAPINFO 7.5. Los mapas fueron construidos por el método de cortes naturales (natural break), a excepción de los referidos a profesionales farmacéuticos donde el filtro fue el de al menos un profesional y superior a este valor.

II.2. Bases operacionales de la implementación de la Atención Farmacéutica en los SFC.

A partir de los resultados del diagnóstico de los SFC y la bibliografía especializada, la segunda parte de la investigación se orientó al diseño, elaboración y/o actualización de la documentación básica para la implementación de la AF: Programa de Atención Farmacéutica, Instrumento Metodológico para la apertura y/o cierre de farmacias comunitarias y el Manual de Normas y

Procedimientos (MNP). El programa de AF propuesto fue aplicado parcialmente para comprobar su adecuación a los SFC.

II.2.1. Programa de Atención Farmacéutica.

II.2.1.1. Diseño y elaboración del programa.

Se realizó una amplia revisión bibliográfica del tema Atención Farmacéutica, con especial interés en la evolución del concepto, sus bases conceptuales, modalidades y abordajes o programas en diferentes países y los reportes nacionales encontrados por investigadores aislados (Hepler CD., 1990; Strand LM., 1990; Martínez F., 1996; Faus MJ., 1999; Fernández-Llimós F., 1999; Panel de consenso ad hoc., 1999; Cipolle RJ., 2000; Bermúdez A., 2001; Herrera J., 2001; Machuca M., 2001; Martínez-Olmos J., 2001; Rodríguez O., 2001; Bonal J., 2002; Fernández-Llimós F., 2002; García M., 2002; Panel de Consenso, 2002; Rodríguez O., 2002; Barris D., 2003; Correa V., 2003; Grupo de investigación en Atención Farmacéutica, 2003; Martínez AM., 2003; Spath PL., 2003; Cipolle RJ., 2004; Delgado G., 2004; Gra G., 2004; Adachi W., 2005; Atención Farmacéutica, 2005; Ciero M., 2005; Climente M., 2005; Fernández-Llimós F., 2005; Paura A., 2005; Paura A., 2005^a).

Los resultados del diagnóstico nacional realizado a los SFC (Epígrafe III.1), constituyeron los elementos fundamentales a tener en cuenta en el diseño del Programa de AF. Se tuvo en cuenta además, la correspondencia con la funciones de los SFC como parte del desarrollo de la APS y las potencialidades de la FC en el marco del sistema de salud en Cuba.

Se siguieron las siguientes etapas:

Etapa 1: Elaboración de la estructura del Programa y su contenido.

Etapa 2: Realización de dos talleres independientes para la discusión y análisis del programa mediante un criterio de consenso (Fink A., 1984; Asua J., 2005).

- ◆ Los evaluadores: Se formaron dos comités de expertos con 11 y 15 profesionales farmacéuticos comunitarios vinculados directamente o funcionarios de los SFC, y médicos con labor asistencial en APS, con la condicionante de haber recibido algún tipo de curso de superación en el tema de AF, diplomados o maestrías afines.
- ◆ Desarrollo del taller: En cada taller, se hizo la presentación del programa, posteriormente sus miembros pensaron en silencio y escribieron todas las ideas durante un período de tiempo, lo que proporcionó la participación de todos los miembros. Un moderador escribió todas las ideas de los componentes de cada grupo y tras un proceso de discusión estructurado, se otorgó una puntuación a todas las ideas propuestas, se procedió al debate para llegar al consenso de las propuestas definitivas, relacionadas con: a) Dificultades del Programa para cumplir los objetivos; b) Dificultades de interpretación y/o comprensión del Programa; c) Dificultades del Programa para adecuarse a los SFC; d) Dificultades para la aplicación del Programa.

Etapa 3: La nueva versión del programa, que consideró las sugerencias realizadas en los talleres, fue sometido nuevamente a evaluación constituido por los dos grupos de especialistas, en un taller conjunto para la evaluación final del programa, mediante el porcentaje de aceptación obtenido en las diferentes escalas establecidas: Muy aplicable, Bastante aplicable, Aplicable, Poco aplicable, No aplicable.

II.2.1.2. Evaluación del programa.

Para la determinación de la validez del programa se analizaron los criterios de diferentes autores con respecto a la validación externa de Programas de Atención Farmacéutica, realizando las adecuaciones pertinentes al método de consenso

por “Grupos Nominales” (Fink A., 1984; Badía X, 2000; Font I., 2002; Asua J., 2005).

En la selección de los evaluadores se tuvo en cuenta que cumplieran las siguientes condiciones: profesionales farmacéuticos comunitarios vinculados directamente o funcionarios de los SFC, y médicos con labor asistencial en APS, con la condicionante de haber recibido algún tipo de curso de superación en el tema de AF, diplomados o maestrías afines y cinco o más años de experiencia en la actividad. El grupo quedó formado por 47 especialistas nacionales, cifra calculada según los procedimientos reportados para la validación de programas de AF (Fink A., 1984; Font I., 2002; Asua J., 2005).

Se realizó un taller de conciliación de criterios relacionada con la interpretación del programa y cada uno respondió un cuestionario (AE-4), para otorgar la evaluación del programa. El cuestionario se elaboró a partir de criterios emitidos en los talleres de la fase de diseño y elaboración del programa. A cada pregunta se le dio un puntaje entre 0 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Con los datos obtenidos se calculó la media para cada pregunta y la desviación estándar correspondiente.

II.2.2. Propuesta de Instrumento Metodológico para la apertura y cierre de farmacias comunitarias.

La propuesta del Instrumento Metodológico de los procedimientos y requisitos para la apertura y cierre de unidades de farmacia, requirió la recopilación de las disposiciones legales vigentes y de las proyecciones que se habían realizado anteriormente en materia de ordenación de la red de FC en Cuba, así como una revisión de normativas establecidas sobre esta materia en otros países (Decreto N° 689, 1944; Dirección de Farmacia y Óptica, 1985; Dirección de Farmacia y Óptica, 1990; Dirección de Farmacia y Óptica, 1994; MINSAP, 1996; Alba S., *Programa de Atención Farmacéutica orientado a los Servicios Farmacéuticos Comunitarios*

1997; OMS, 2001; Romero AF., 2002; Farmacia en España, 2003; Instituto de Estudios Farmacéuticos, 2003).

II.2.2.1. Diseño y elaboración de la propuesta.

Se realizó un análisis de los datos obtenidos del Instrumento de recogida de datos (AE-3), y los indicadores calculados (epígrafe III.1), fundamentalmente los vinculados a las relaciones farmacia/habitantes y profesional farmacéutico/habitantes, y las particularidades del Sistema de Salud cubano, con el fin de incluir en la propuesta al Instrumento Metodológico parámetros demográficos, geográficos y asistenciales que permitan la proyección y desarrollo de los SFC sobre bases definidas. Los criterios incluidos fueron: cantidad de habitantes vinculados a la farmacia; distancia entre la farmacia y el lugar de residencia de la población vinculada; cobertura de asistencia médica; y distancia entre farmacias.

En la propuesta diseñada (anteproyecto), se identificaron aspectos de organización, estructura, equipamiento y personal que deben considerarse para la puesta en funcionamiento de una farmacia. El anteproyecto fue sometido, al juicio de un comité constituido por 15 especialistas farmacéuticos comunitarios, con más de cinco años de experiencia y/o funcionarios de los Departamentos Provinciales de Farmacia y la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica. La consulta se realizó de forma individual, para evitar la influencia del efecto de liderazgo de ciertos expertos sobre el resto de los miembros del comité seleccionado (Goodman CM., 1987). Se solicitó el criterio de los especialistas relacionado con la eficacia, efectividad y eficiencia del anteproyecto. Como resultado de las observaciones realizadas se realizó la propuesta del Instrumento Metodológico que fue sometido a evaluación y/o aprobación de la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica del MINSAP.

II.2.3. Actualización del Manual de Normas y Procedimientos (MNP) para Farmacias Comunitarias.

II.2.3.1. Elaboración de la propuesta.

Para las propuestas de modificaciones al “Manual de Normas y Procedimientos para Farmacias Comunitarias” del 2001 (MINSAP, 2001^a), se realizó una exhaustiva revisión del mismo y de la edición precedente a ésta (MINSAP, 1975) y además se consideraron elementos novedosos encontrados en la bibliografía consultada y otras disposiciones vigentes, así como los resultados del diagnóstico nacional (epígrafe III.1) (Martínez F., 1996; Alba S., 1997; Cortes españolas, 1997; Faus MJ., 1999; MINSAP, 1996; MINSAP, 1999; MINSAP/MINBAS, 2001; Bonal J., 2002; Farmacia en España, 2003; Martín MJ., 2003; Correr CJ., 2004; Delgado G., 2004; Dirección Nacional de Farmacia y Óptica, 2004; [Faife V., 2004](#); Atención Farmacéutica, 2005; Climente M., 2005).

II.2.3.2. Grupo de análisis para la evaluación de las modificaciones propuestas.

Se formó un grupo de trabajo integrado por 10 Especialistas de las Direcciones Nacionales de: Farmacia, Economía, Contabilidad, y Métodos y Sistemas del MINSAP, así como por otros profesionales vinculados a los SFC, con más de cinco años de experiencia. La evaluación de las propuestas de modificación se realizó mediante la aplicación del Método de Consenso Delphi (Goodman CM., 1987). Las modificaciones propuestas se entregaron con tiempo suficiente para la revisión por parte de los especialistas, para que analizaran las posibles observaciones relacionadas con la eficacia, efectividad y eficiencia y se realizó un primer taller, utilizando como herramienta la tormenta de ideas, y se analizaron las respuestas, que fueron tomadas en cuenta para el segundo taller, cuyas conclusiones permitieron considerar que no era necesario realizar otra ronda de

generación de preguntas (Fink A., 1984).

II.2.4. Aplicación parcial del programa de AF.

Se aplicó el programa de forma parcial a pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), por ser uno de los tipos de pacientes recomendados para iniciar actividades de AF, debido a que reciben tratamientos farmacológicos de por vida, las complicaciones derivan en enfermedades concomitantes, que requieren de diferentes tratamientos, y con mayor riesgo de PRM (Barbero JA., 2001; Faus MJ., 2001).

II.2.4.1. Tipo de estudio.

Observacional analítico longitudinal.

II.2.4.2. Planificación del estudio.

Con criterio de conveniencia, se seleccionaron la Farmacia Principal Municipal del municipio Guanabacoa, provincia Ciudad de La Habana (área de salud “Docente”) y la Farmacia Principal Municipal del municipio Holguín, de la provincia del mismo nombre (área de salud “Julio Grave de Peralta”). En cada una, se destinó un farmacéutico con entrenamiento en AF, para la captación y seguimiento de los pacientes diabéticos que acuden a estas farmacias a adquirir los medicamentos de sus tratamientos.

Se incorporaron dos estudiantes que cursaban el último año de la carrera de Ciencias Farmacéuticas en las Universidad de La Habana y la Universidad de Oriente, como apoyo a los dos farmacéuticos.

Debido a la necesaria interdisciplinariedad en la instrumentación de las etapas del programa y el cumplimiento de la ética profesional, se informó a los médicos de los consultorios médicos de las áreas de salud de cada farmacia, que se iba a ofertar el servicio a los pacientes y se les solicitó la conformidad y disposición para atender las intervenciones del farmacéutico.

El estudio se realizó por un período de 12 meses.

II.2.4.3. Selección de las actividades del programa.

Con la intención de probar las posibilidades de aplicación del programa en las condiciones reales de las farmacias seleccionadas y debido a que la disponibilidad de tiempo de los farmacéuticos para la ejecución del mismo era parcial, se seleccionaron las actividades asistenciales del programa que pudieran ser evaluadas mediante la realización de encuestas y/o entrevistas a los pacientes. Se escogieron la Educación Sanitaria en la etapa de Atención Farmacéutica Primaria y el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de la Atención Farmacéutica Secundaria.

II.2.4.4. Inclusión de pacientes.

La inclusión de los pacientes se realizó durante tres meses a partir de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Pacientes portadores de DM tipo 1 o tipo 2, mayores de 18 años, que aceptaran participar en las dos etapas: educación sanitaria y SFT.

Criterios de exclusión: Pacientes imposibilitados de establecer comunicación, por cualquier causa. Diabetes gestacional.

Criterios de salida: Cambio de dirección, abandono voluntario o fallecimiento.

A todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar, se les solicitó firmar el consentimiento informado (AE-5).

II.2.4.5. Educación sanitaria.

Se aplicó un cuestionario (AE-6) relacionado con el conocimiento sobre diabetes (Badía X, 2000; Prieto L, 2000; Lizán L, 2002), en el momento de la inclusión en el estudio. El cuestionario tenía las preguntas agrupadas por tema de conocimiento y a cada uno se le otorgó una puntuación acumulativa, que sumó 100 puntos. La

evaluación final del cuestionario fue cualitativa en base a la puntuación final obtenida: Mal (0 – 59); Regular (60 -79); Bien (80 -100).

A partir de los resultados del cuestionario aplicado a los pacientes, se determinó el objetivo de la educación sanitaria, se planificó la estrategia a seguir, las pautas y el nivel de prevención a utilizar.

Se elaboró un material educativo, que fue entregado a cada paciente (AE-7), y se organizaron grupos de 30 pacientes aproximadamente. A cada grupo se le impartieron tres charlas educativas, un tema por mes, durante tres meses (Garber J., 1998; Roca R., 2002; Davis SN., 2006).

En el quinto mes se aplicó nuevamente el cuestionario de conocimientos sobre diabetes a los pacientes (AE-6), con el objetivo de conocer la influencia de la educación sanitaria realizada en los pacientes, a través de las respuestas.

II.2.4.6. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT).

Se realizó de acuerdo a la propuesta del programa de AF (Epígrafe II.1.3. Secuencia de actividades, Anexo 1).

Oferta y aceptación del servicio: A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les explicaron las características generales de la AF; y de la Educación Sanitaria y el SFT en particular, así como los beneficios que podían obtener si aceptaban participar en el estudio. Se solicitó la firma del consentimiento informado y se les citó para la primera entrevista. Se les explicó que debían traer toda la información relacionada con los diagnósticos médicos y sus tratamientos.

Primera entrevista. En cada FPM se habilitó un local con privacidad y condiciones adecuadas para la entrevista al paciente. Se obtuvo la información utilizando como modelo el propuesto en el Apéndice 3 del Anexo 1.

Identificación y clasificación de PRM. La identificación de los PRM, se realizó por la secuencia propuesta en el programa (Epígrafe II.1.3 (D.1), Anexo 1) y la clasificación según el Apéndice 5 del mismo anexo.

Análisis, documentación y evaluación de los problemas de salud del paciente: Se realizó el análisis de los PS planteados por los pacientes o detectados durante la entrevista, para proceder a establecer su relación con los medicamentos y diferenciar si se trata de un PRM, resumiendo la situación de cada paciente mediante la utilización del modelo propuesto (Apéndice 4, Anexo 1)

Intervención. Se realizó según Epígrafe II.1.3 (E), Anexo 1, para resolver los PRM detectados en los pacientes.

Una vez concluido el análisis de la información de la primera entrevista se contactó al paciente para informarle su situación y la propuesta del farmacéutico para ayudar a resolver los PRM identificados y PS.

Se consideró:

Intervención Directa: Cuando el farmacéutico actuó directamente en la solución del PRM y el PS, sin la intervención de otro profesional.

Intervención Indirecta: Cuando el farmacéutico requirió de la intervención del médico para proponer sugerencias de solución al PRM y el PS.

Sugerencia aceptada:

- El paciente acepta las recomendaciones del farmacéutico.
- El médico acepta la sugerencia del farmacéutico e introduce cambios en la terapéutica que favorecen a la solución del PRM.
- El médico acepta la sugerencia pero se le imposibilita introducir una modificación por otras limitaciones.
- El médico no coincide con el criterio del farmacéutico, pero entre ambos acuerdan la estrategia a seguir.

Sugerencia no aceptada: El médico no acepta la comunicación.

Seguimiento. Se realizó el seguimiento de los pacientes con PRM y PS para comprobar el resultado de la intervención y detectar o prevenir nuevos PRM producto de la intervención. Se realizó a cada paciente con PRM hasta que finalizó el período de tiempo del estudio.

PRM resuelto: Las modificaciones introducidas en la terapéutica conducen a la mejoría del estado de salud del paciente, aunque den lugar a un PRM potencial. **PRM no resuelto:** Los cambios introducidos en la terapéutica, no conducen a la mejoría del paciente, o el médico no introduce cambios que conduzcan a la mejoría del paciente.

II.2.4.7. Procesamiento estadístico. Se utilizó la estadística descriptiva y los resultados se expresaron en forma de gráficos y tablas. Para analizar la interdependencia entre las variables “Presencia de PRM” y “Procedencia de los pacientes”, se utilizó la tabulación cruzada y mediante el coeficiente de contingencia se determinó la significación de la correlación encontrada (si $p < 0,05$ se consideró la correlación significativa). Se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 12.0.0 (2003).

II. Resultados y Discusión

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

III.1. Diagnóstico de los SFC.

III.1.1. Disponibilidad de los SFC en el país.

La información obtenida de la “Primera Supervisión Nacional a Farmacias Comunitarias”, realizada durante el año 2004, permitió conocer que los SFC nacionales contaban con 2 099 FC (Tabla III), en el marco de la puesta en marcha del “Plan de recuperación de los Servicios Farmacéuticos” orientado por el Consejo de Estado y ejecutado conjuntamente por el MINSAP y el Ministerio de la Industria Básica (MINBAS) (Dirección Nacional de Farmacia y Óptica, 2004). El 87,4% de las FC fueron incluidas en el diagnóstico y sólo en tres provincias (Camagüey, Ciego de Ávila y Guantánamo), y el municipio Isla de la Juventud, el porcentaje de inclusión es menor al nacional.

En la tabla IV puede apreciarse que las provincias con los mayores porcentajes de farmacias del país son las más pobladas (Tabla III), tres de ellas sobrepasan el millón de habitantes; Ciudad de La Habana, donde se ubica el 17,91% de las FC, las otras dos -Holguín y Santiago de Cuba-, con el 8,58% y el 7,43% respectivamente; y Villa Clara con 7,53%.

No obstante, un análisis más detallado que toma en cuenta la población referido al índice de distribución territorial de farmacias (Tabla IV), permite observar que de las provincias anteriormente citadas, las tres primeras tienen índices relativamente desfavorables en relación a su pesos poblacionales, no así Villa Clara, con un índice prácticamente igual al de país (1,0), mientras se sitúan en ventaja la provincia de Matanzas, las provincias centrales de Sancti Spíritus, Cienfuegos, y Ciego de Ávila y la oriental de Guantánamo. Llama la

Tabla III. Servicios Farmacéuticos Comunitarios. Cuba, 2004.

Provincia	Habitantes	Total FC	Farmacias incluidas	Porcentaje de inclusión
Santiago de Cuba	1 037 691	156	0	0
Guantánamo	514 213	117	97	82,9
Isla de la Juventud	80 044	24	20	83,3
Ciego de Ávila	413 960	93	79	84,9
Camagüey	791 943	141	121	85,8
Cuba	11 229 688	2 099	1 835	87,4
Granma	834 508	133	119	89,5
Sancti Spiritus	464 549	136	123	90,4
Pinar del Río	36 930	132	127	96,2
Matanzas	664 927	144	139	96,5
Ciudad de La Habana	2 181 377	376	367	97,6
Cienfuegos	397 700	83	82	98,8
Las Tunas	530 558	88	87	98,9
Holguín	1 035 442	180	178	98,9
La Habana	708 905	138	138	100
Villa Clara	836 941	158	158	100

Leyenda:**Total F:** Total de farmacias

Tabla IV. Índice de distribución territorial de Farmacias, 2004

Provincias	Porcentaje farmacias	Porcentaje población	Índice de distribución territorial
Santiago de Cuba	7,43	9,24	0,80
Granma	6,34	7,43	0,85
Las Tunas	4,19	4,72	0,89
Ciudad de La Habana	17,91	19,43	0,92
Holguín	8,58	9,22	0,93
Camagüey	6,72	7,05	0,95
Pinar del Río	6,29	6,56	0,96
Cuba	100	100	1,0
Villa Clara	7,53	7,45	1,01
La Habana	6,57	6,31	1,04
Cienfuegos	3,95	3,54	1,12
Matanzas	6,86	5,92	1,16
Ciego de Ávila	4,43	3,69	1,20
Guantánamo	5,57	4,58	1,22
Sancti Spiritus	6,48	4,14	1,57
Isla de la Juventud	1,14	0,71	1,61

Fuente: Tabla III

atención en especial la provincia de Sancti Spíritus y el municipio especial Isla de la Juventud, donde el índice de distribución territorial responde a los más elevados del país.

III.1.2. Relación Farmacia/habitantes.

III.1.2.1. Relación Farmacia/habitantes por provincias y municipios.

En relación con el indicador farmacias/100 000 habitantes (Tabla V), son también muy amplias las variaciones con 15,0 en Santiago de Cuba y 29,3 en Sancti Spíritus. Como en el índice territorial de farmacias, se repiten las siete provincias en situación relativa más desfavorable, con valores inferiores a la media nacional (18,7 farmacias/100 000 habitantes), cuatro son orientales, la central de Camagüey, y las occidentales Pinar del Río y Ciudad de La Habana.

El indicador de habitantes/farmacia, que también se muestra en la tabla V, presenta amplias variaciones con los valores extremos en la provincia de Sancti Spíritus con 3 415 y Santiago de Cuba con 6 651. Las siete provincias antes mencionadas superan la media nacional de 5 350 habitantes/farmacia.

En la revisión bibliográfica sobre el tema, no se encontraron estudios similares para nuestra región, ni regulaciones o reglamentaciones sobre lo que algún país pudiese haber establecido en cuanto a valores normales o adecuados de los indicadores analizados. Es por ello, que se confrontan los resultados con el único reporte encontrado, establecido en la Ley 7/2001 de Cantabria, (Ordenación Farmacéutica de Cantabria, 2003).

Tabla V. Farmacias/100 000 habitantes y habitantes/farmacia, 2004.

Provincias	Farmacias/100 000 habitantes	Habitantes/farmacia
Santiago de Cuba	15.0	6 651
Granma	15.9	6 274
Las Tunas	16.6	6 029
Ciudad de La Habana	17.2	5 801
Holguín	17.4	5 752
Camagüey	17.8	5 616
Pinar del Río	17,90	5 582
Cuba	18.7	5 350
Villa Clara	18.9	5 297
La Habana	19.5	5 136
Cienfuegos	20.9	4 791
Matanzas	21.7	4 617
Ciego de Ávila	22.5	4 451
Guantánamo	22.8	4 394
Sancti Spiritus	29.3	3 415
Isla de la Juventud	30.0	3 335

Fuente: Tabla III

Así, al comparar el indicador de habitantes por farmacia para cada provincia y el municipio Isla de la Juventud, se constató que ninguna alcanza el valor límite de 2 800 habitantes/farmacia (35,7 farmacias/100 000 habitantes), establecido en el Artículo 22 de dicha ley, los mejores indicadores corresponden a Sancti Spiritus y el municipio Isla de la Juventud y el valor promedio nacional de 5 350 habitantes/farmacia (18,7 farmacias/100 000 habitantes), se aleja considerablemente de lo establecido en la referida ley.

El cálculo del Coeficiente de Correlación de Spearman, resultó altamente significativo ($p = 0.000$), evidenciando, desde el punto de vista estadístico, que existe un predominio de farmacias que atienden cifras elevadas de población, en especial en la región oriental. (AE-8).

Si se analiza la relación entre estos resultados y algunos reportes internacionales (AE-9), puede considerarse que se aproximan al del Reino Unido (20,42 Farmacias/100 000 habitantes), distanciándose considerablemente del resto de los países miembros de la UE, tanto del

modelo de SF Mediterráneo, de distribución de los SF caracterizado por su *Programa de Atención Farmacéutica orientado a los Servicios Farmacéuticos Comunitarios*

enfoque asistencial; como del Anglosajón (Tabla I). En el caso de otras regiones se observa que el indicador de Farmacias/100 000 habitantes en Cuba, es inferior a los de países latinoamericanos como Brasil y Venezuela y superior a los de países africanos como Túnez, Zimbabwe y Uganda (Tabla IIA) (OMS, 2001; Farmacia en España, 2003).

Si bien no está definido un indicador óptimo Farmacias/100 000 habitantes para la prestación de la AF, la tendencia actual en los países que tienen mayor desarrollo del enfoque asistencial en los SF sugiere que esta cifra estaría cercana a las 33 Farmacias/100 000 habitantes (COFV, 2007; Consultoría Antares, 2007).

La diferenciación inter-territorial del indicador de farmacias/100 000 habitantes, (provincia) (Tabla V), permite identificar tres grupos de provincias, de acuerdo al rango de los valores obtenido:

Grupo I: (15,0 - 16,6): Santiago de Cuba, Granma y Las Tunas.

Grupo II: (17,2 – 19,5): Ciudad de La Habana, Holguín, Camaguey, Pinar del Río, Villa Clara y La Habana.

Grupo III: (20,9 – 30,0): Cienfuegos, Matanzas, Ciego de Ávila, Guantánamo, Sancti Spíritus y el municipio Isla de la Juventud.

En el grupo I, las provincias con indicadores muy bajos, el grupo II formado por las provincias con un comportamiento alrededor de la media nacional y en el grupo III, las provincias que se alejan de la media nacional con mejores indicadores, pero sin alcanzar el valor de referencia de la ley de Cantabria (Ordenación Farmacéutica de Cantabria, 2003).

Descendiendo la unidad de análisis a los 169 municipios del país, el indicador de farmacia/10 000 habitantes evidencia algunas regularidades de interés. La variación de este indicador es muy amplia entre 0,67 y 4,98 (Figura 2), no obstante, puede notarse al observar el mapa, que existe un predominio, en todo el país, de los valores más bajos, con indicadores entre 1,6 y 2,99. Este hallazgo puede considerarse una desventaja relativa para la implementación de cualquier modelo de asistencia farmacéutica, si se tiene en cuenta que el índice de comparación, que corresponde a la relación farmacia/2 800 habitantes debe ser 3,5 (Ordenación Farmacéutica de Cantabria, 2003; Consultoría Antares, 2007). Los 15 municipios de la provincia Ciudad de La Habana se analizan en el epígrafe III.1.2.2.

También cabe destacar que de los 12 municipios donde se localizan capitales provinciales (se exceptúan la Habana y Ciudad de La Habana), sólo en los de Sancti Spíritus y Cienfuegos se supera el indicador promedio nacional (1,87 farmacias/10 000 habitantes), con 2,16 y 1,89 farmacias/10 000 habitantes respectivamente (Tabla VI). En el resto de las provincias, estos municipios no solo presentan indicadores inferiores al país, sino que seis de ellos (Pinar del Río, Santa Clara, Camagüey, Bayamo, Santiago de Cuba y Guantánamo) obtienen el indicador más bajo de la provincia, y otros tres (Matanzas, Ciego de Ávila y Las Tunas), el segundo más bajo, del total de sus municipios. La provincia de Holguín es la única que obtiene uno de sus mejores indicadores municipales, aunque ligeramente inferior a la media nacional. En el AE-10, se presentan la tabla con los indicadores Farmacia/10 000 habitantes obtenidos para los 169 municipios del país y en el AE-11, los gráficos correspondientes.

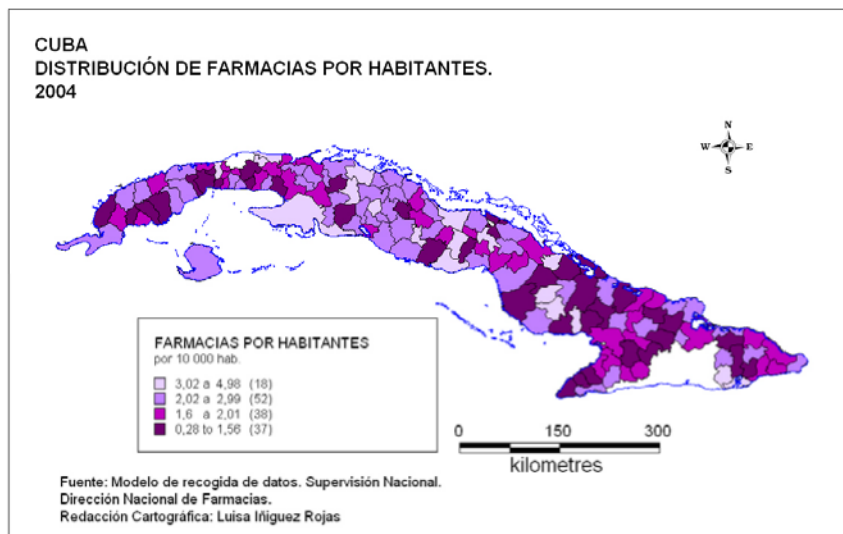


Figura 2. Indicadores municipales de Farmacias/10 000 habitantes.

Tabla VI. Indicador Farmacias/10 000 habitantes en los municipios capitales de provincia.

Municipios capitales de provincia	Farmacias/10 000 habitantes
Bayamo	0.99
Santiago de Cuba	1.02
Camagüey	1.20
Pinar de Río	1.30
Tunas	1.38
Santa Clara	1.39
Guantánamo	1.54
Matanzas	1.71
Holguín	1.74
Ciego de Ávila	1.76
Cuba	1.87
Cienfuegos	1.89
Sancti Spíritus	2.16

El caso de la provincia Guantánamo debe señalarse, dado que en el municipio del mismo nombre donde se ubica la cabecera provincial, el indicador de farmacias/10 000 habitantes es de 1,54, mientras que en el resto de sus municipios los valores son muy superiores entre 2,19 y 4, 73 farmacias/10 000 habitantes, uno de los valores municipales más elevado del país.

Los indicadores de farmacias por cada 100 mil habitantes en las capitales de provincias de España, varían entre 21,6 y 72,5 (Perfil de la Farmacia Española, 2003), y aunque los datos antes expuestos no coinciden exactamente con el área de las capitales de provincia, solo el municipio de Sancti Spíritus alcanza el valor inferior de las capitales provinciales españolas, con un indicador exactamente igual (21,6 farmacias/100 000 habitantes), mientras este indicador para la provincia Ciudad de La Habana, es de 17,14 farmacias/100 000 habitantes.

Otras consideraciones merece la información obtenida sobre la población tributaria a cada farmacia. Llama la atención la elevada cantidad de FC "Sin Información", específicamente en el ítem referido a la población a atender, 542

farmacias para un 29,5 % del total. Aunque este resultado puede deberse a causas operativas del proceso de aplicación del Instrumento de recogida de datos (omisión por el inspector, ilegibilidad de la planilla, no presencia de los responsables técnico y/o administrativo de la farmacia, etc.), pudiera evidenciar también que los responsables de las farmacias no conocen la cifra exacta de habitantes a la cual deben brindar sus servicios y atención especializada, lo cual sería particularmente desfavorable en aquellos casos con valores elevados de farmacias “Sin Información de población vinculada”, como en las provincias de Camagüey, Ciego de Ávila, Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud.

Al considerar la cantidad de población a atender por farmacias según los rangos definidos en el epígrafe II.1.3, (Figura 3), se encontró que 688 Farmacias (37,4% de las evaluadas) tienen valores inferiores a los 5 000 habitantes, de éstas, 100 corresponden a farmacias con menos de 1 000 habitantes, que por lo general son FCN ubicadas en zonas rurales, específicamente en asentamientos montañosos o de difícil acceso; 517 Farmacias (8,2%) tienen vinculados entre 5 001 y 15 000 habitantes, mientras 88 farmacias (4,8%) atienden poblaciones superiores a los 15 000 habitantes, (valor realmente elevado para el desarrollo de cualquier actividad asistencial a los pacientes) tomando en cuenta las cifras que reportan otros países como Brasil, España y Venezuela (OMS, 2001; Farmacia en España, 2003).

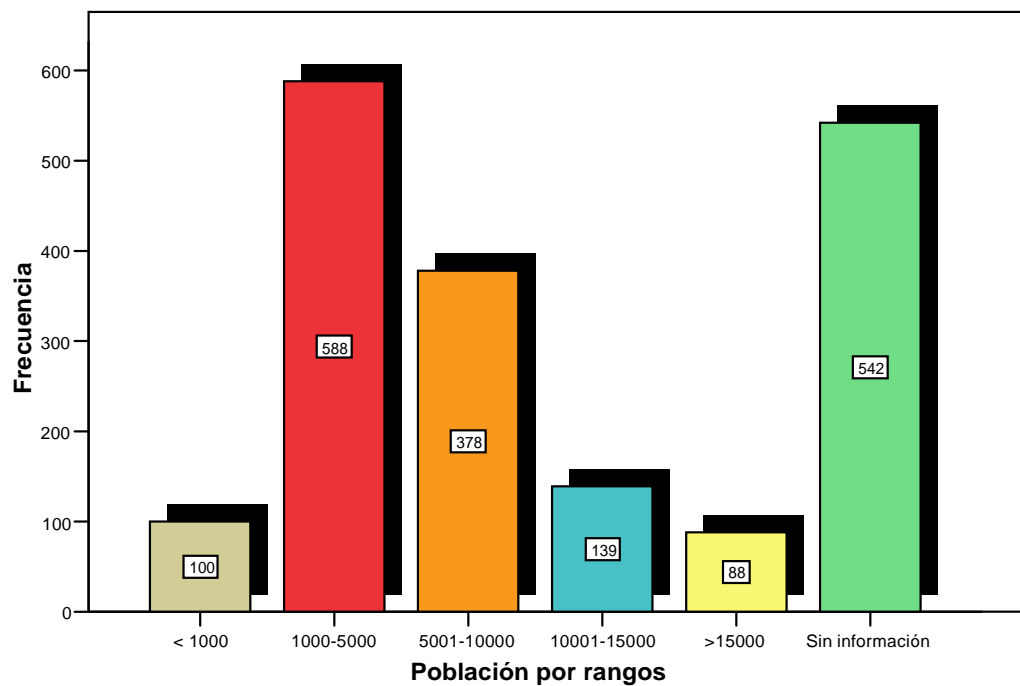


Figura 3. Número de farmacias por rango de población atendida.

III.1.2.2. Relación Farmacia/habitantes en los municipios de Ciudad de La Habana.

La provincia Ciudad de La Habana es una de las más pequeñas de Cuba y la más poblada por localizarse en ella la capital, y ser el más importante centro económico y administrativo del país. Con el 19,43 % de la población cuenta con el 17,91 % de las FC vinculadas a sus 82 AS.

El indicador provincial obtenido de 1,59 farmacias/10 000 habitantes (Tabla VII), es superado por casi la mitad de los municipios (Playa, Plaza, Regla, Guanabacoa, Diez de Octubre, Marianao y Cotorro. Los valores extremos se encuentran entre los municipios Cotorro con 2,09 farmacias/10 000 habitantes y Habana Vieja con 1,14 farmacias/10 000 habitantes. Nótese que los municipios Habana del Este y Boyeros también presentan indicadores muy alejados de la media provincial con 1,14 y 1,33 farmacias/10 000 habitantes respectivamente.

Ninguno de los municipios de la provincia alcanza el valor de 3,5 farmacias/10 000 habitantes (Ordenación Farmacéutica de Cantabria, 2003; Consultoría Antares, 2007), incluso los municipios Guanabacoa y Cotorro, con los índices mas elevados, tienen valores muy por debajo, estos municipios se encuentran en la zona periférica de la ciudad en los que el crecimiento poblacional ha sido mucho menor que en los municipios céntricos y por tanto se observa una mayor correspondencia entre la cantidad de habitantes y el número de farmacias. No obstante, los bajos indicadores Farmacias/10 000 habitantes se mantienen en las 82 AS de la Ciudad de la Habana (AE-12).

Tabla VII. Indicadores municipales Farmacia/habitantes y Farmacias/10 000 habitantes. Ciudad de La Habana, 2004.

Municipio	Areas de salud	Habitantes	F	Habitantes / farmacia	Farmacias / 10 000 hab.
Playa	9	184 155	32	5 755	1,74
Plaza	7	166 402	32	5 200	1,92
Centro Habana	5	158 559	21	7 550	1,32
Habana Vieja	5	96 575	11	8 780	1,14
Regla	1	42 825	8	5 353	1,87
Habana del Este	8	164 889	19	8 678	1,15
Guanabacoa	3	106 527	22	4 842	2,07
San Miguel del Padrón	6	148 346	22	6 743	1,48
Diez de Octubre	8	235 943	46	5 129	1,95
Cerro	4	131 341	19	6 913	1,45
Marianao	4	137 542	23	5 980	1,67
La Lisa	5	119 417	19	6 285	1,59
Boyeros	7	187 839	25	7 514	1,33
Arroyo Naranjo	7	213 812	30	7 127	1,40
Cotorro	3	67 004	14	4 786	2,09
Ciudad de La Habana	82	2 161 176	343	6 300	1,59

F: Farmacias

Es necesario señalar que en el estudio más detallado de esta provincia, tomando como unidad de análisis las AS, se encontraron diferencias en el total de farmacias y población de la provincia con relación al diagnóstico nacional, debido a que el análisis fue realizado a partir de las farmacias que se encontraban brindando servicio en cada municipio, en el período de estudio. Los municipios con mayor número de farmacias son Diez de Octubre, Playa y Plaza, sin embargo, en Diez de Octubre la distribución de farmacias es desigual, ya que de las ocho AS que posee el municipio, en dos de ellas se encuentra el 41,3 % de las FC.

Los municipios con menor número de farmacias son Regla y Habana Vieja, a pesar de estos resultados, debe tenerse en cuenta que Regla es un municipio

pequeño territorialmente, posee solamente un área de salud y es además el de menor población de la provincia. En el caso de Habana Vieja estos resultados suponen la existencia de pocas farmacias en el territorio, y la población de este municipio prácticamente se ha duplicado en los últimos 50 años.

En la observación de las relaciones habitantes por farmacia por AS, según el coeficiente de correlación de Pearson, (A-13), no se encontró significación estadística $r = 0,645$ ($p > 0,05$), lo que confirma la no asociación entre dichas variables, ya que en la medida en que crece la población, en general no crece el número de farmacias, encontrándose situaciones contrastantes en un mismo municipio de los que se citan algunos ejemplos:

- En el municipio Playa: un AS con una población de 14 360 habitantes es atendida por tres farmacias y otra AS con 22 277 es atendida por igual número de farmacias.
- En el municipio Plaza: dos AS con poblaciones de 9 126 y 20 056 habitantes, cuentan con tres farmacias.
- En el municipio La Lisa: un AS de 38 526 habitantes es atendida por seis farmacias, mientras que esa misma cantidad de farmacias está disponible para otra AS con una población de 16 539, no alcanza la mitad de la cifra anterior.

En la figura 4 se muestra el resultado de la representación cartográfica del indicador de Farmacias/10 000 habitantes en las AS de la Ciudad de la Habana. Puede observarse que la mayor parte de las AS (65%) está ubicada en los rangos intermedios (1,18-1,56), (1,62-2,17) y se localizan en ellos todas las áreas de los municipios Guanabacoa, Cotorro, Regla, Plaza, Marianao, Diez de Octubre y Cerro.

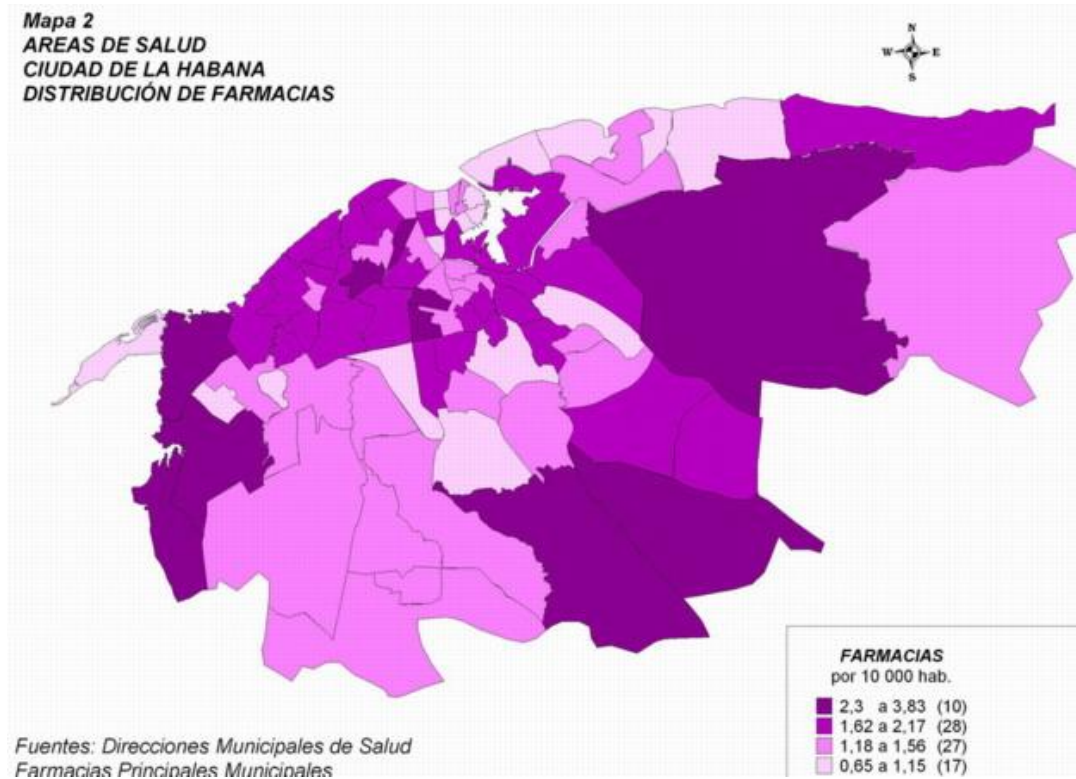


Figura 4. Indicador Farmacias/10 000 habitantes por área de salud. Ciudad de La Habana, 2004.

El AE-14 presenta la ubicación de las AS por municipio, de las cuales se obtuvo la información necesaria para establecer las relaciones entre las variables declaradas para el estudio.

En el rango de (2,3 a 3,83), el de los indicadores más elevados, sólo se encuentran 10 AS, ubicadas en antiguos barrios residenciales como Siboney, Atabey, Víbora, Santo Suárez, Vedado y Puentes Grandes o en zonas rurales como Cuatro Caminos, Arroyo Arenas, El Cano, Punta Brava, Managua, Jaimanitas, y en Guanabacoa los barrios de La Jata, El Roble, Nalón y La Lima.

En el rango que corresponde a los indicadores más bajos (0,65 a 1,15), están ubicadas cuatro de las ocho AS del municipio Habana del Este, tres de las cinco áreas de la Habana Vieja, dos de las cinco áreas de Centro Habana, y dos de las cinco áreas de La Lisa. En todos los casos se trata de territorios que han tenido en las últimas décadas grandes crecimientos de población, sin que se hayan ampliado suficientemente el número de farmacias.

En el caso del indicador de habitantes/farmacia para los municipios de la provincia (Tabla VII), las variaciones son aún mayores, de 4 842 en el municipio Guanabacoa a 8 700 habitantes/farmacia en la Habana Vieja. Atendiendo al promedio provincial de aproximadamente 6 300 habitantes por farmacia, siete municipios presentan valores superiores y se trata de territorios de diferentes características de poblamiento. Tres de ellos por su localización se consideran periféricos: Habana del Este, Boyeros y Arroyo Naranjo, y cuatro centrales: Habana Vieja, Centro Habana, San Miguel del Padrón y el Cerro. Cabe señalar que los municipios Guanabacoa y Cotorro presentan la situación más favorable; y entre los de situación más desfavorable, con la

mayor cantidad de población por farmacias, están municipios con grandes conjuntos habitacionales construidos después del triunfo de la Revolución, y/o de intensos crecimientos poblacionales inducidos o espontáneos en la última década como Habana del Este, Boyeros y Arroyo Naranjo.

A pesar de estos resultados, se obtuvieron correlaciones altamente significativas (AE-13) entre AS y habitantes, así como AS y farmacias, todas con una significación menor de 0,005, y una tendencia positiva al aumento de las farmacias a medida que aumenta la población (Figura 5). Esto demuestra que las acciones del MINSAP para organizar la distribución equitativa de los SF y la APS han tenido sus efectos, aunque es preciso continuar trabajando en función de lograr el perfeccionamiento de la distribución.

III.1.3. Profesional farmacéutico (PF)/habitantes.

III.1.3.1 PF/habitantes por provincias y municipios.

Según la información del año 2004, de las 1 835 farmacias evaluadas, 394 reportaron la presencia de, al menos, un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas (Tabla VIII).

La existencia en las provincias del PF en las FC, presenta algunos contrastes en su distribución porcentual en relación a los anteriores indicadores. Así Ciudad de La Habana, Camagüey y Villa Clara cuentan con los mayores porcentajes de farmacias con PF (40,8%, 26,6% y 24,7%) respectivamente. Se destaca la desfavorable situación de la provincia Sancti Spíritus, con uno de los mejores índices territorial de farmacias (Tabla IV), que cuenta solo con el 5,39% del total de estos profesionales en el cumplimiento de las funciones analizadas.

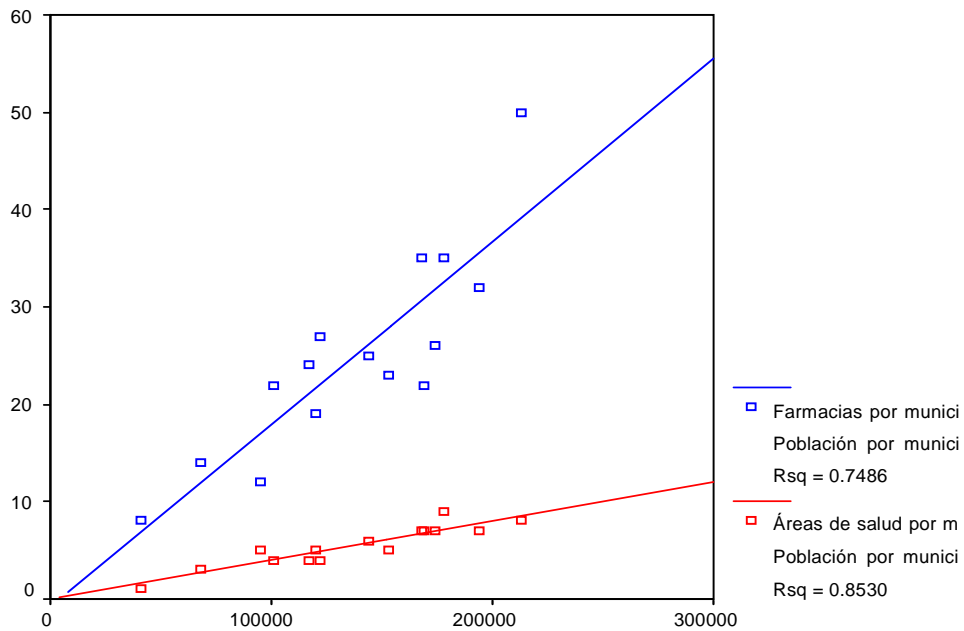


Figura 5. Relación entre farmacias - área de salud - población

Tabla VIII. Presencia de PF en la Farmacia Comunitaria. Año 2004.

Provincia	Farmacias evaluadas	PF Sí (%)	PF No	Sin información
Pinar del Río	127	14 (11,0)	110	3
La Habana	139	30 (21,6)	103	6
Ciudad de La Habana	367	150 (40,8)	199	18
Matanzas	138	16 (11,6)	118	4
Villa Clara	158	39 (24,7)	118	1
Cienfuegos	82	16 (19,5)	66	0
Sancti Spiritus	123	9 (7,3)	113	1
Ciego de Ávila	79	18 (22,8)	61	0
Camagüey	121	32 (26,6)	79	10
Las Tunas	87	11 (12,6)	76	0
Holguín	178	21 (24,1)	136	21
Granma	119	19 (15,9)	99	1
Guantánamo	97	17 (17,5)	78	2
Isla de la Juventud	20	2 (10,0)	15	3
Total	1 835	394 (21,5)	1 371	70

A partir de los datos expuestos en la tabla VIII, y tal como se aprecia en la figura 6, se puede afirmar que en Cuba prácticamente cuatro de cada cinco FC, carecen de PF. Esta situación puede considerarse una dificultad para la implementación de programas de AF en los SFC, no obstante, también puede interpretarse desde la perspectiva de que, al menos el 21% de las FC cuenta con PF, uno de los elementos fundamentales, el farmacéutico, para poder desarrollar la AF, y este hecho ubicaría a los SFC del país dentro de los estándares reportados para países como España que se ubica entre los primeros de la UE en ese campo (COFV, 2007; Consultoría Antares, 2007).

Sin embargo, la no disponibilidad de PF en todas las FC, coloca en desventaja a los SFC cubanos, con relación a la mayoría de los países que ya han establecido como requisito legal para la apertura de una farmacia, la presencia de un PF (Raigordosky G., 1990; Ministerio de sanidad y Consumo, 2003; Rodríguez MA., 2004; Consultoría Antares, 2007; Crovetto JC., 2007; Ley 10606, 2007).

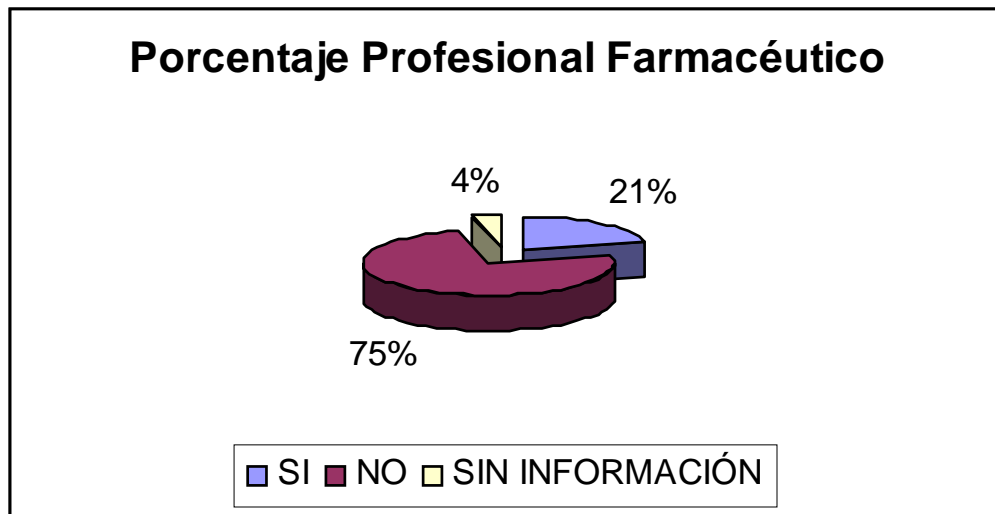


Figura 6. Profesional Farmacéutico en la FC.

Se encontró una correlación altamente significativa entre la presencia de profesional farmacéutico y provincia, región, municipio y tipo de farmacia ($p = 0.000$) (AE-8), que puede interpretarse como una tendencia a la menor presencia del PF en provincias y municipios de la región oriental, que además tiene un predominio elevado de habitantes por farmacia. (Epígrafe III.1.2.1), así como la ausencia del PF en las FCN, de forma más acentuada.

El índice de distribución territorial de la presencia del PF, en relación con la población (Tabla IX), evidencia que seis provincias tienen una situación más favorable, donde se destaca Ciudad de La Habana con el índice más elevado, seguida de Ciego de Ávila, Villa Clara y La Habana, con índices alrededor de 1,2. La situación de una de las provincias más pobladas del país, Holguín, es desfavorable con un índice de 0.58.

Tabla IX. Índice de distribución territorial de presencia del PF, 2004

Provincia	Porcentaje de presencia de PF	Porcentaje población	Índice de distribución territorial
Sancti Spiritus	2,28	4,14	0,50
Pinar del Río	3,55	6,56	0,54
Holguín	5,33	9,22	0,58
Las Tunas	2,79	4,72	0,59
Granma	4,82	7,43	0,65
Matanzas	4,06	5,92	0,69
Isla de la Juventud	0,5	0,71	0,7
Guantánamo	4,31	4,58	0,94
Cuba	100	100	1,0
Cienfuegos	4,06	3,54	1,15
Camagüey	8,12	7,05	1,15
La Habana	7,61	6,31	1,2
Villa Clara	9,9	7,45	1,22
Ciego de Ávila	4,57	3,69	1,24
Ciudad de La Habana	38,07	19,43	1,95

PF: Profesional farmacéutico

Es en este índice donde se producen los desbalances más notables, de forma que en equilibrio con el comportamiento del país, solo se aproximan las provincias de Cienfuegos, Camagüey y Guantánamo y en amplia desventaja

seis provincias (Sancti Spíritus, Pinar del Río, Holguín, Las Tunas, Granma y Matanzas), y el municipio Isla de la Juventud.

El indicador PF/100 000 habitantes de las provincias para el 2004, (Figura 7), destaca que, a excepción de Santiago de Cuba, Villa Clara y La Habana, las demás provincias tienen indicadores inferiores a 20, y algunas menores a 10, como Granma, Las Tunas, Matanzas, Holguín (pertenecientes a la región oriental), Pinar del Río, y el municipio Isla de la Juventud.

El indicador nacional es 14,15 PF/100 000 habitantes, cifra inferior al de 18,7 Farmacias/100 000 habitantes del año 2004 (Tabla V), que indica una relación PF/Farmacia desfavorable, si se considera además que algunos de estos profesionales no laboran directamente en la FC, ya que ocupan cargos de carácter administrativo o de dirección, y que otros pueden estar vinculados a centros de producción local de medicamentos o laboratorios de control de calidad, convirtiéndose esta situación en una barrera más para alcanzar el desarrollo de la AF (Faus MJ., 1999; García M., 2002; Marco JL., 2002; Barris D., 2003; Faife V. (2004). Loriato-Rodrigues S, 2007).

En la tabla X, puede observarse que ninguna de las provincias, alcanza una relación igual a uno, lo que se corresponde con la realidad detectada en este estudio, ya que en la red nacional de farmacias del país, no se dispone de un farmacéutico en cada farmacia. Llama la atención el bajo valor nacional de 0,21 PF/farmacia, e incluso cinco provincias se encuentran por debajo de éste: Cienfuegos, Ciego de Ávila, Matanzas y Pinar del Río, así como la situación extrema de Sancti Spíritus, que cuenta solamente con nueve PF en la provincia, no obstante ser la provincia con mayor índice de distribución territorial de farmacias (Tabla IV).

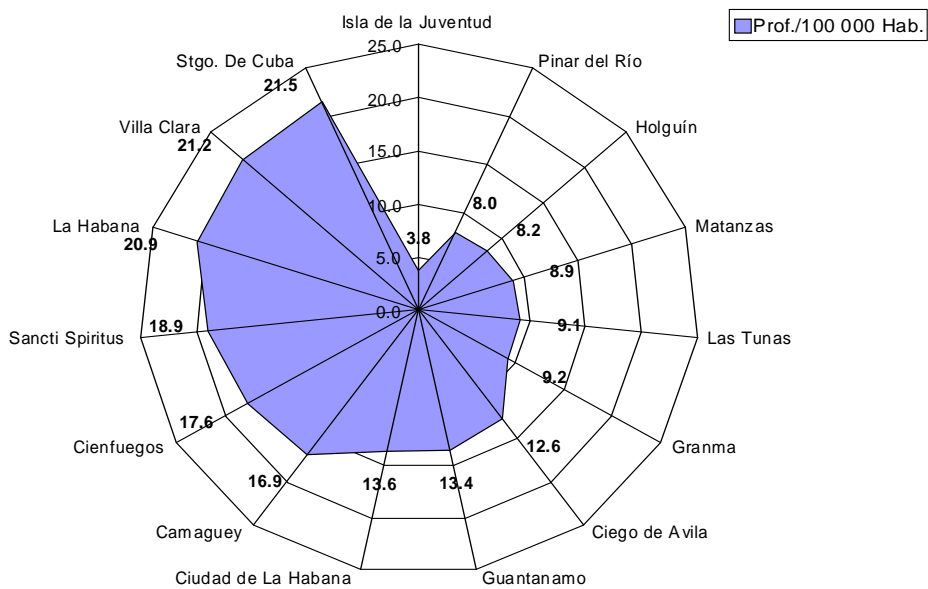


Figura 7. Profesional farmacéutico/100 000 habitantes, 2004.

Tabla X. Relación Presencia Profesional Farmacéutico/Farmacia.

Provincia	Farmacias	Presencia de PF	Presencia PF/Farm
Las Tunas	88	76	0.86
Holguín	180	136	0.76
Granma	133	99	0.74
Guantánamo	117	78	0.67
Isla de la Juventud	24	15	0.63
Ciudad de La Habana	376	150	0.40
Santiago de Cuba	156	50	0.32
Villa Clara	158	39	0.25
Camaguey	141	32	0.23
La Habana	138	30	0.21
Cuba	2 099	444	0.21
Cienfuegos	83	16	0.19
Ciego de Ávila	93	18	0.19
Matanzas	144	16	0.11
Pinar del Río	132	14	0.10
Sancti Spiritus	136	9	0.06

PF: Profesional farmacéutico

En la figura 8 se representa la versión cartográfica de la presencia del PF, mediante el indicador municipal, PF/10 000 habitantes (AE-10) y se puede apreciar el predominio de extensas zonas geográficas con muy baja disponibilidad de farmacéuticos por habitantes, sólo tres provincias: Ciudad de la Habana, Sancti Spiritus y Holguín, cuentan con PF en todos sus municipios. En 20 municipios no hay farmacéuticos vinculados a las FC. Santiago de Cuba no se incluyó en el análisis, por las razones anteriormente explicadas y los 15 municipios de la provincia Ciudad de La Habana se analizan en el epígrafe III.1.3.2.

El PF/habitantes y por farmacia tienen correlaciones altamente significativas (AE-8), lo que presupone que los servicios se incrementan a medida que crece la población, con independencia de la ley de referencia (Ordenación Farmacéutica de Cantabria, 2003), ya que a escala nacional existen 1,95 veces más habitantes por farmacia que lo establecido por la misma.

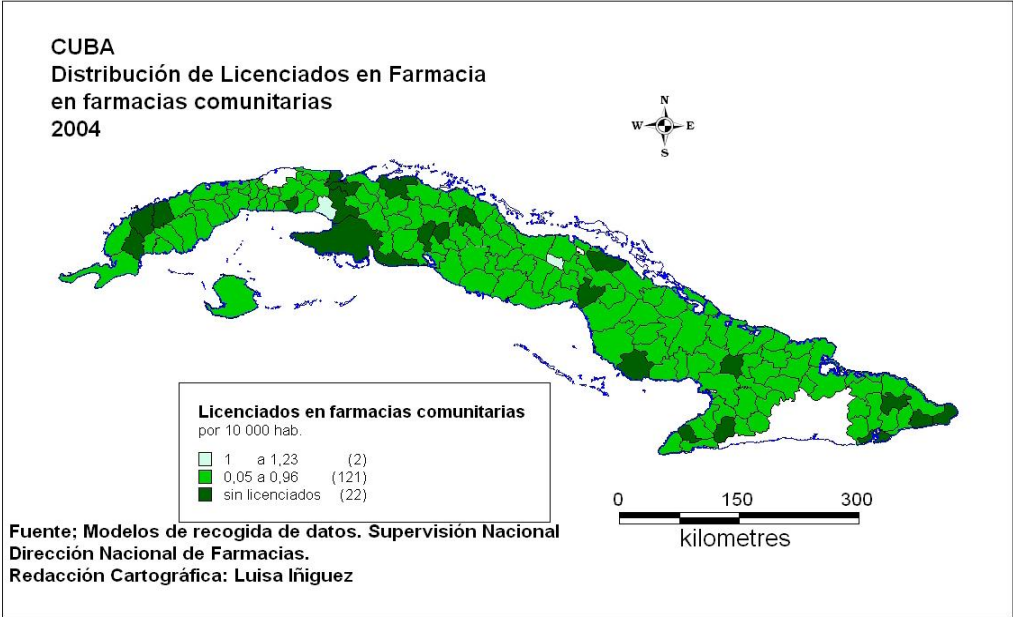


Figura 8. Presencia de PF. Indicador PF/10 000 habitantes por municipios, 2004.

III.1.3.2. PF/habitantes en municipios de Ciudad de La Habana.

En el análisis de la situación de los municipios de Ciudad de La Habana, la tabla XI muestra que los municipios con mayor cantidad de PF son Diez de Octubre, Plaza y Centro Habana, pero si se analiza la presencia del farmacéutico por el indicador de PF/10 000 habitantes, el mejor comportamiento corresponde al municipio Cotorro, debido a que aunque Diez de Octubre tiene mayor cantidad de PF, su población prácticamente es cuatro veces la del Cotorro, seguido por Regla y Plaza. Los municipios La Lisa y Marianao tienen los indicadores más bajos. Al explorar la distribución territorial del indicador (Figura 9) (AE-12), se pudo constatar un comportamiento bastante regular, observándose que la mayor parte de las AS (52), sin distinción de municipios, se encuentran en el rango (0.24 - 0.99), o sea, no llega a un PF para 10 000 habitantes, situación compleja, debido al rol fundamental que corresponde al farmacéutico en los SF y en la prestación de la AF (Fernández-Llimós F., 2002; Correr CJ., 2004).

Tabla XI. Presencia del PF. Indicadores municipales PF /10 000 habitantes. Ciudad de La Habana.

Municipio	Profesional farmacéutico	Población	PF / 10 000 habitantes
Playa	12	184 155	0,65
Plaza	17	166 402	1,02
Centro Habana	15	158 559	0,95
Habana Vieja	8	96 575	0,83
Regla	7	42 825	1,63
Habana del Este	14	164 889	0,85
Guanabacoa	10	106 527	0,94
San Miguel del Padrón	11	148 346	0,74
10 de octubre	18	235 943	0,76
Cerro	13	131 341	0,99
Marianao	6	137 542	0,44
La Lisa	5	119 417	0,42
Boyeros	9	187 839	0,48
Arroyo Naranjo	11	213 812	0,51
Cotorro	12	67 004	1,79
Ciudad de La Habana	168	2 161 176	0,78

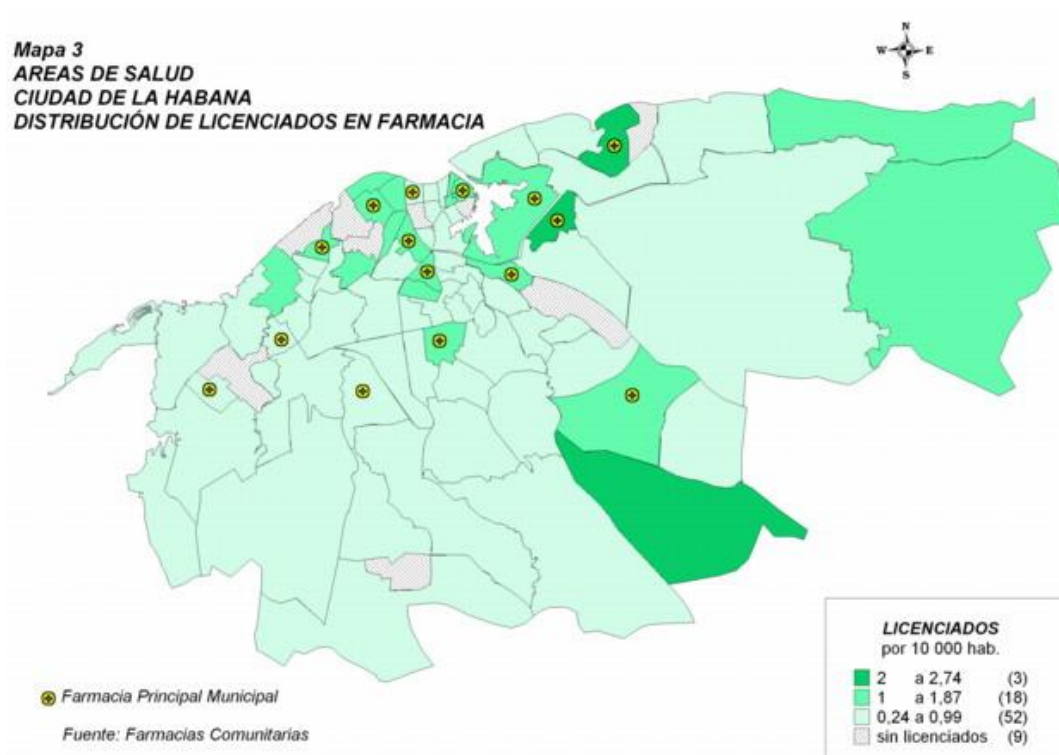


Figura 9. Presencia del PF. Indicador PF 000 habitantes por AS. Ciudad de La Habana, 2004.

PF: Profesional farmacéutico, licenciado en C. Farmacéuticas

Sólo tres AS tienen un comportamiento aceptable (representado en el mapa por el verde más intenso): Cuatro Caminos en el Cotorro, Docente de Alamar en Habana del Este y Policlínico docente de Guanabacoa. (Ver AE-14).

Resulta interesante señalar que existen nueve AS en las que este indicador es cero, y están ubicadas en los municipios Playa, La Lisa, Centro Habana, Habana Vieja, San Miguel del Padrón, Habana del Este y Boyeros.

Se estableció la correlación entre la población y los PF, utilizando como unidad de observación las AS (Figura 10). En el mismo se puede notar la dispersión de puntos, lo que se corresponde con el cálculo del coeficiente de correlación obtenido $r = 0.381$ ($p > 0,05$) el cual es muy bajo y demuestra que no hay relación entre los PF y la población que atienden.

Al profundizar en el análisis de las AS, se encuentran grandes contrastes (AE-12): en el municipio de peor comportamiento, La Lisa, se observa gran heterogeneidad ya que en el AS Cristóbal Labra con una población de 38 526 habitantes no existe PF, en tanto el AS Elpidio Berovides tiene 2 PF para 30 833. Una situación similar presenta el municipio Marianao, donde dos AS con un solo PF atienden poblaciones muy diferentes: Ramón González Coro atiende una población de 19 698 y el área Manuel Portuondo atiende más del doble, 41 397.

En los municipios de mejor comportamiento de habitantes por PF se encuentran valores muy dispersos. Se puede citar como ejemplo el municipio Plaza de la Revolución en el que en el AS 19 de Abril, con una población de 26 705 no tiene ningún PF y el área Moncada, con una población similar 26 898 existen cinco. El municipio con mejor comportamiento y mayor homogeneidad en sus AS en cuanto a este parámetro es el Cotorro.

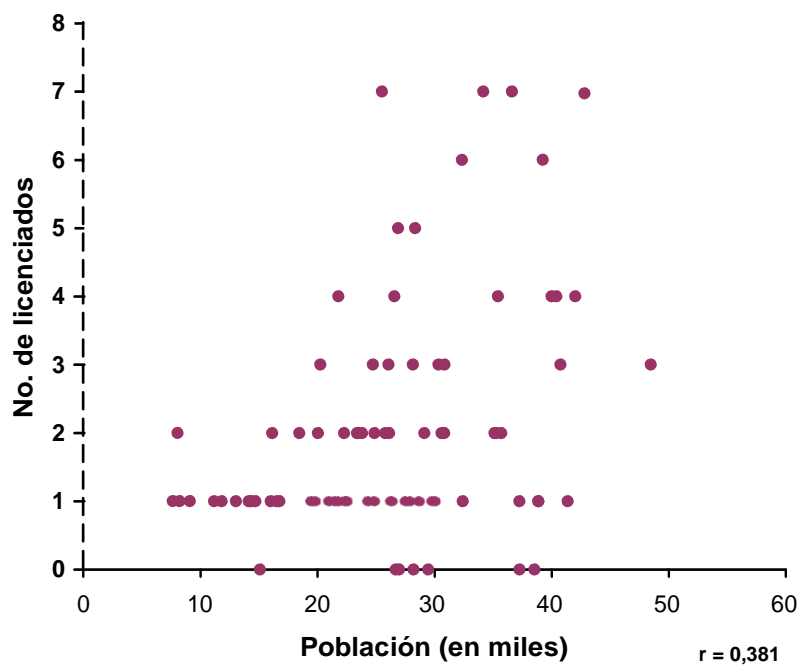


Figura 10. Relación Habitantes/PF por AS. Ciudad de La Habana, 2004.

La figura 11 muestra el comportamiento de la relación PF/farmacia en los municipios, puede decirse que no existe en la provincia Ciudad de la Habana un municipio con, al menos, un PF en cada farmacia, lo cual demuestra la falta de leyes que regulen la obligatoriedad del PF al frente de la dirección técnica de la farmacia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Rodríguez MA., 2004; Consultoría Antares, 2007; Crovetto JC., 2007; Ley 10606, 2007).

Los municipios con las mejores relaciones son: Regla y Cotorro y los mas críticos: La Lisa y Marianao. Es necesario destacar la coincidencia entre los municipios Marianao y La Lisa, que tienen la menor cantidad de PF por farmacia y sin embargo exhiben la mayor cantidad de habitantes por farmacia, lo cual quiere decir que estos municipios no sólo tienen acumulación de población en sus farmacias, sino también que no existe un profesional para realizar trabajo asistencial con estas poblaciones.

III.1.4. Tipos de Farmacia.

Según la información obtenida de la Supervisión nacional a FC sobre la composición de los SFC en las provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud en el 2004, se encontró que en todos los territorios, están presentes los cuatro tipos de FC y que hay correspondencia entre el número de FPM y cantidad de municipios por provincia, como establece la Resolución Ministerial 219/96 (MINSAP, 1996).

En el análisis de la información relacionada con la clasificación de las FC (Tabla XII), es evidente el predominio, por amplio margen, de las FCN con un valor de 1 091 que representa el 59,5 % del total, seguidas en orden descendente de las FCEAS (19,7%), las FPM (8,9%) y por último las FCAH (3,9%). Un grupo de 147 farmacias aparecen "Sin Información", en este caso

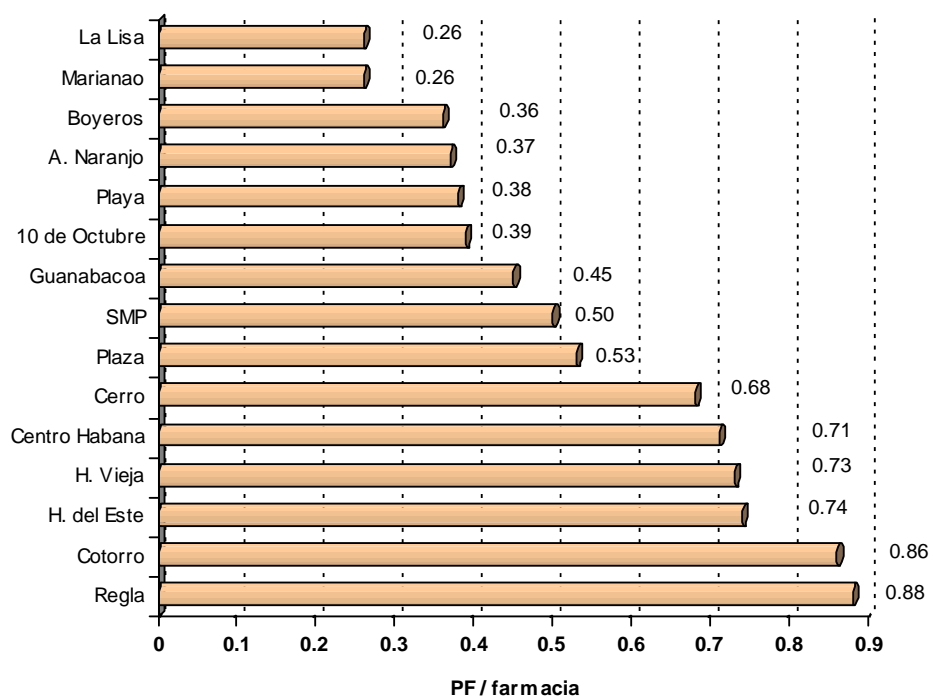


Figura 11. PF/farmacia por municipio. Ciudad de La Habana, 2004.

por diferentes causas como: no dominio de los responsables técnicos y/o administrativos de la categoría a la que pertenece la unidad subordinada; el no registro o ilegibilidad en el instrumento de recogida de datos; o la ambigüedad que se presentaba en algunas FC entre las características y funciones que desarrollaba y las establecidas en la clasificación oficial vigente.

Tabla XII. Clasificación de las FC, 2004.

Provincia	Tipo de farmacia											
	FPM		FCEAS		FCAH		FCN		Sin información		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pinar del Río	14	11	21	16.5	5	3.9	78	61.4	9	7.1	127	100
La Habana	18	12.9	30	21.5	2	1.4	84	60.4	5	3.6	138	100
C. de La Habana	15	4.1	77	21.0	26	7.1	241	65.7	8	2.2	367	100
Matanzas	17	12.3	33	23.9	4	2.9	83	60.1	1	0.7	139	100
Villa Clara	12	7.6	34	21.5	5	3.2	90	57.0	17	10.8	158	100
Cienfuegos	8	9.8	12	14.6	4	4.9	54	65.9	4	4.9	82	100
S. Spiritus	7	5.7	17	13.8	4	3.3	82	66.7	13	10.6	123	100
Ciego de Ávila	10	12.7	19	24.1	2	2.5	47	59.5	1	1.3	79	100
Camagüey	16	13.2	23	19.0	2	1.7	80	66.1	0	0	121	100
Tunas	8	9.2	17	19.5	3	3.4	47	54.0	12	13.8	87	100
Holguín	16	9.0	41	23.0	8	4.5	94	52.8	19	10.7	178	100
Granma	11	9.2	11	9.2	5	4.2	66	55.5	26	21.8	119	100
Guantánamo	10	10.3	24	24.7	2	2.1	33	34.0	28	28.9	97	100
Isla de la Juventud	1	5.0	3	15.0	0	0	12	60.0	4	20.0	20	100
Total	163	8.9	362	19.7	72	3.9	1091	59.5	147	8.0	1 835	100

Para garantizar un buen funcionamiento de la Red de Farmacias es importante que exista una adecuada relación entre las FPM y el total de FC, por lo que el comportamiento esperado debe ser que a medida que aumente el valor de la relación exista un mejor funcionamiento de las FPM y de los SF en su conjunto (MINSAP, 1996).

En todas las provincias la relación mencionada se encuentra por debajo del 20%, con un valor máximo de 13,2 % para Camagüey y un valor mínimo de

4,1% para Ciudad de La Habana. Teniendo en cuenta la reglamentación vigente y los criterios de especialistas de la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica, se considera que la relación entre estos tipos de farmacia debe encontrarse entre el 10 y 15%, para que la FPM pueda atender adecuadamente a las unidades subordinadas y desarrollar las funciones gerenciales, docentes e investigativas para las que fue diseñada (MINSAP, 1996; Faife V., 2006).

III.1.5. Condiciones físicas de la FC para la implementación de la AF.

La identificación de la variable “Posibilidades de instalación”, está basada en parámetros elementales como el estado constructivo del inmueble de la farmacia, adecuada estructuración de las principales áreas de la misma, y que alguna de ellas, reúna las condiciones mínimas para la prestación del servicio de AF, con un mínimo de recursos y con el empeño y creatividad de los farmacéuticos.

En la tabla XIII se resume la información procesada por provincia, que permite plantear que el 81,3% (1 942) de las farmacias fueron evaluadas por los inspectores con “Posibilidades físicas de la instalación” para el servicio de AF, en 189 no se cumplían los requisitos mínimos (10,29 %) y en 154 (8,39 %) esta variable se registró “sin información” por causas similares a las expuestas en los epígrafes anteriores.

Al realizar la comparación entre las provincias, se encontró que Camagüey, Ciego de Ávila, La Habana y Ciudad de La Habana, son las provincias con porcentajes más favorables; mientras que Isla de la Juventud, Granma y Sancti Spíritus, muestran menor cantidad de FC con posibilidades en sus instalaciones para brindar atención personalizada al paciente. En el resto de las

provincias, entre el 73% y 87% de sus farmacias tienen condiciones en sus instalaciones que le permitan asumir la AF.

Tabla XIII. Posibilidades físicas de instalación de las farmacias por provincia, 2004.

Provincia	Farmacias	Con posibilidades de instalación (%)	Sin posibilidades de instalación	Sin información
Pinar del Río	127	103 (81,1)	5	19
La Habana	139	106 (88,3)	18	15
C. de La Habana	367	324 (88,2)	24	19
Matanzas	138	112 (81,1)	5	21
Villa Clara	158	123 (77,8)	21	14
Cienfuegos	82	60 (73,1)	15	7
S. Spiritus	123	88 (71,5)	22	13
Ciego de Avila	79	73 (92,4)	3	3
Camagüey	121	117 (96,6)	3	1
Las Tunas	87	76 (87,3)	10	1
Holguín	178	146 (82,0)	23	9
Granma	119	85 (71,4)	28	6
Guantánamo	97	71 (73,1)	12	14
Isla de la Juventud	20	8 (40)	0	12
Total	1 835	1 492 (81,3)	189	154

Las correlaciones encontradas altamente significativas con las variables provincia ($p=0.000$); región y municipio ($p=0.000$) (AE-8) sugieren que en las farmacias de las provincias y municipios orientales, hay menor número de farmacias con posibilidades dentro de sus áreas para ofrecer AF.

III.1.6. Existencia del Formulario Nacional de Medicamentos (FNM).

El Formulario Nacional de Medicamentos (FNM) (Guía Farmacoterapéutica del 2003, vigente en el país en la etapa de la investigación) es una herramienta básica para el trabajo asistencial de la farmacia, pues el mismo constituye el documento bibliográfico oficial para la información terapéutica de los medicamentos en el país y por tanto una herramienta útil al farmacéutico para la labor asistencial.

De las 1 835 farmacias evaluadas, 1 309 (71, 33%) disponían del FNM y 104 fueron reportadas "sin Información". En este último caso se encuentran

aquellas farmacias que durante la supervisión, no fue posible comprobar la presencia física del FNM en la farmacia, pero los responsables afirmaban que sí disponían del mismo, y que por motivos varios estaba fuera de la unidad. Además en este grupo también se incluyen aquellas donde no se registró información en el Instrumento de recogida de datos o resultaba ilegible. En el análisis de esta variable, Ciudad de la Habana, Las Tunas, Guantánamo y Sancti Spíritus muestran los mejores valores (Figura 12), con un porcentaje de existencia del FNM por encima de 90%.

Para la existencia del FNM se encontró una correlación altamente significativa con relación a la región ($p = 0.002$) y tipo de farmacia ($p = 0.000$), (AE-8), interpretada como que en las regiones central y oriental y a su vez, en las FCAH y FCN disminuye, o no hay existencia del FNM y por tanto en estas farmacias no se cuenta con el respaldo bibliográfico mínimo indispensable de información farmacoterapéutica (Fernández-Llimós F., 1999^a).

III.1.7. Existencia del Manual de Normas y Procedimientos para Farmacias Comunitarias (MNP).

La presencia del MNP en la farmacia es un elemento esencial para el óptimo funcionamiento de los SF, reconocido incluso en las Buenas Prácticas de Farmacia, como una necesidad de contar con procedimientos estandarizados para cada una de las áreas y procesos farmacéuticos. Este documento regulador para la FC, tiene carácter metodológico-legislativo.

La valoración de la existencia del MNP en las FC, tal y como aparece reflejado en la figura 13, indica un comportamiento satisfactorio con relación a las otras variables analizadas, lo que es corroborado con los resultados de las correlaciones encontradas (AE-8). Todas las provincias, a excepción de

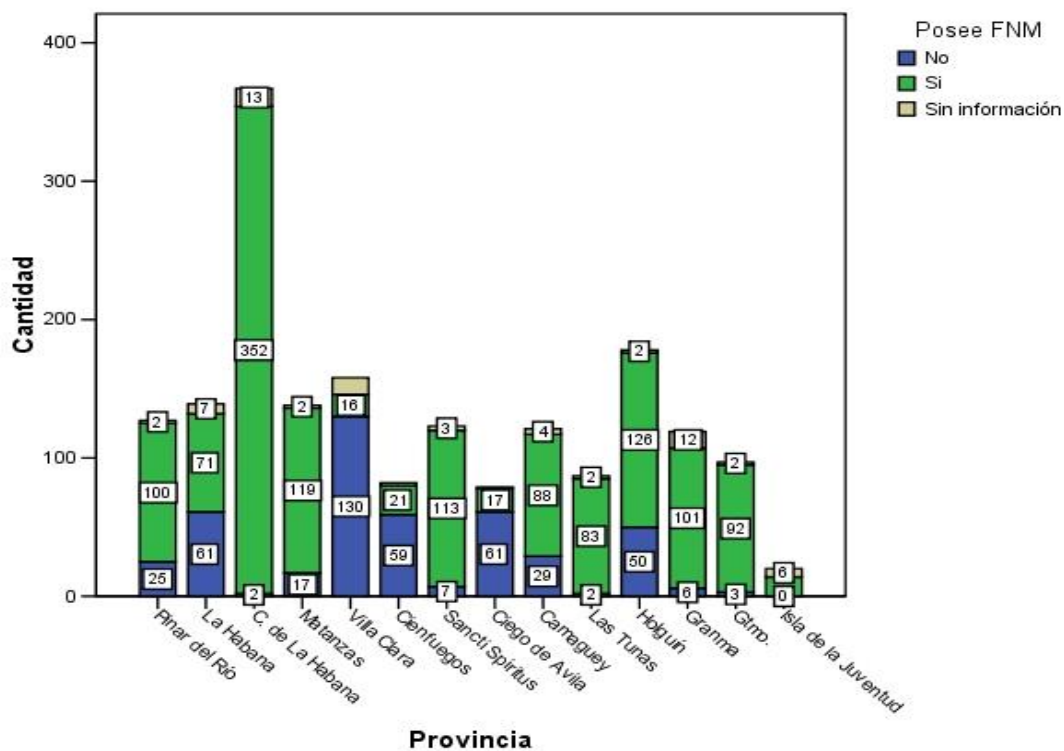


Figura 12. Disponibilidad del FNM en las FC, 2004.

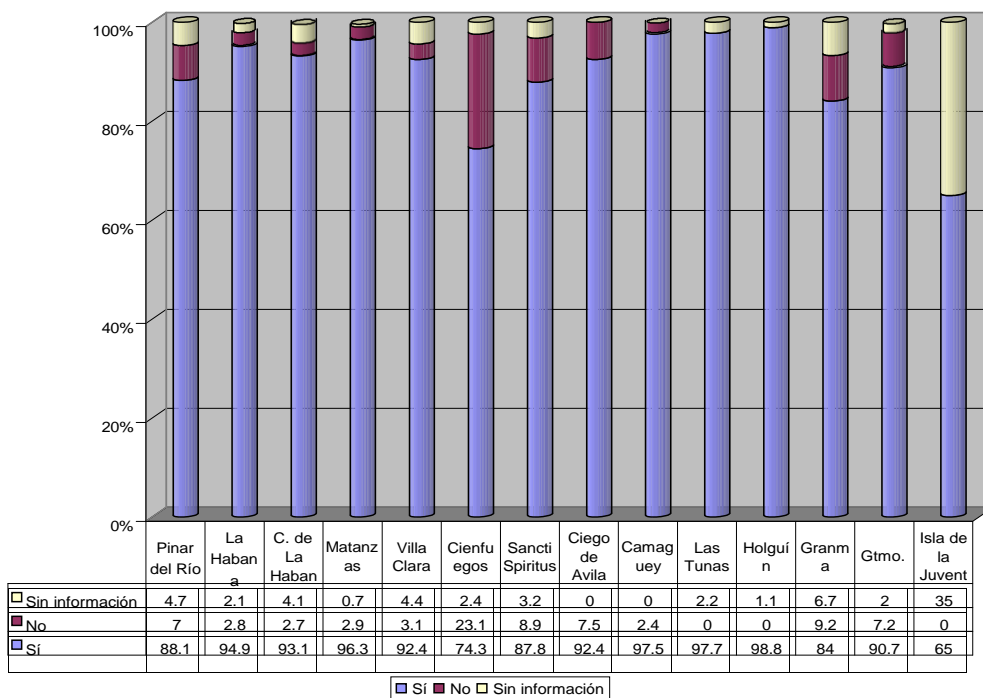


Figura 13. Existencia del Manual de Procedimientos en las farmacias, 2004.

Cienfuegos y el municipio especial Isla de la Juventud muestran un completamiento de la red con este documento técnico-metodológico superior al 80%, incluso en varias de ellas se registran cifras igual o superiores al 90 %, como es el caso de La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas, Villa Clara, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Holguín y Guantánamo, aunque debido al diseño del Instrumento de recogida de datos no fue posible medir el cumplimiento o implementación de las normativas establecidas en el MNP.

Sin embargo, el MNP disponible en el año 2004 (edición del 2001), respondía más a exigencias formales que a servir como documento normativo de consulta necesaria para la ejecución de cada una de las actividades y procesos que se realizan en la farmacia. De hecho se pudo comprobar, en muchas ocasiones, que el mismo permanecía archivado y prácticamente no había sido objeto de uso por los trabajadores de la farmacia.

III.1.8. Conclusiones parciales.

- ◆ Se identificaron los siguientes puntos críticos de los SFC:
 - ⇒ Índices de distribución territorial de farmacias y profesionales farmacéuticos de las provincias desfavorables en relación con sus pesos poblacionales.
 - ⇒ Relación farmacia/ habitantes deficiente, sin guardar relación con la clasificación y funciones de la FC.
 - ⇒ Ausencia del profesional farmacéutico en el 75% de las FC y municipios sin farmacéuticos.
- ◆ Todas las provincias y municipios del país cuentan con SFC, correspondiendo a los territorios más poblados, mayor cantidad de FC.

- ◆ La mayoría de las farmacias presentan condiciones adecuadas en su instalación para la atención individualizada al paciente y cuentan, al menos con el FNM.

III.2. Bases operacionales de la implementación de la AF en los SFC.

A partir de los hallazgos del diagnóstico realizado a las FC del país, y teniendo en cuenta que no se ha diseñado una metodología para el ejercicio de la AF con posibilidades de aplicación, acorde a las características de los SFC en cualquier región del país, se exponen a continuación las bases del servicio de AF en los SFC que consta de:

- A) La propuesta de un programa de AF que se adecue a las características de las FC, y la aplicación parcial del mismo en dos municipios del país, para demostrar la factibilidad de su implementación.
- B) La elaboración de una normativa para la apertura-cierre de las FC y la actualización del MNP, como respaldo metodológico al programa.

III.2.1. Programa de Atención Farmacéutica.

La concepción del programa de AF, como base operacional de la implementación de este servicio, es servir de orientación al farmacéutico comunitario. La adecuación del programa a las condiciones de la FC y la población que ésta atiende, permitirá al farmacéutico:

- Contribuir a la garantía de la calidad de los medicamentos en la farmacia.
- Coadyuvar a la solución de los problemas asociados al uso inadecuado de los medicamentos por el paciente, mediante la profesionalización del acto de la dispensación, como una vía para elevar la calidad de la farmacoterapia.

- Lograr su integración activa al equipo de salud y el reconocimiento de los SFC como centros sanitarios.

III.2.1.1. Diseño y elaboración del programa.

El ejercicio de la AF es una actuación sanitaria que debe ser realizada por el farmacéutico, por esta razón el programa diseñado, tiene como premisa la necesaria presencia del farmacéutico en la farmacia y que la AF sea un servicio al paciente. Los resultados del diagnóstico sobre la existencia del profesional farmacéutico en las FC, se constituye por tanto en un factor que potencialmente limitaría su implementación progresiva en las FC del país, al menos a corto plazo.

En el programa están implícitas acciones directas orientadas a la “Atención integral a la salud individual, familiar y comunitaria”, la “Vigilancia en salud y protección de la salud de la población” y la “Investigación en salud”, que forman parte de las estrategias proyectadas por el MINSAP hasta el 2015, en la que se incorporan los SFC (MINSAP, 2007); de forma indirecta también se vincularían a la “Gestión y formación de Recursos Humanos” y a la “Gestión de la información y el conocimiento” que están en plena concordancia con la finalidad del programa de AF propuesto.

La relación directa con las proyecciones del MINSAP y los SFC, está dada por los elementos fundamentales del servicio de AF que define como funciones del farmacéutico:

- La responsabilidad en la toma de decisiones y en la calidad de los resultados de la farmacoterapia del paciente.
- Los cuidados dirigidos y enfocados al paciente, con compromiso sobre el bienestar de éste.

- Los resultados definidos, debido a que el farmacéutico deja de ser un sujeto pasivo en la información post - dispensación, por el contrario, establece para el paciente y con su colaboración, los objetivos de la terapéutica y el procedimiento para alcanzarlos, así como las medidas de evaluación y corrección.
- La ampliación de la actuación profesional relacionada con los medicamentos más allá de la terapéutica medicamentosa, hacia un concepto que incluya aspectos como formas de administración, información, monitorización, sin olvidar los factores inherentes al paciente que puedan afectar a la utilización de fármacos.
- La contribución a la calidad de vida del paciente como objeto fundamental, que trasciende la simple relación curación/no curación, desde el paciente con un proceso agudo hasta el portador de enfermedad crónica y/o terminal.
- La proyección, desarrollo y participación en investigaciones en salud relacionada con uso de los medicamentos.

La relación indirecta del programa a las proyecciones del MINSAP, está dada por la necesidad permanente de formación continuada del farmacéutico en el ejercicio de la AF, para actualizar sus conocimientos y enfocarlos hacia el área de trabajo asistencial en la FC, enmarcándola en una dinámica de mejora continua, complementada con la auto-superación y la colaboración en la formación e información a otros profesionales y a los pacientes, así como la participación en la docencia para contribuir con las universidades y el MINSAP en la formación de nuevos farmacéuticos.

En el proceso de elaboración del programa se tuvieron en cuenta las propuestas de los talleres independientes (Etapa 2, Epígrafe II.2.1.1.) las propuestas de ambos grupos de expertos coincidieron en la importancia de considerar de forma más explícita, las acciones del farmacéutico relacionadas con el medicamento en sí y la educación sanitaria (por la posibilidades de realizarla colectiva e individualmente) como parte del proceso de AF.

Las propuestas fueron incorporadas al programa y fue sometido nuevamente a discusión y evaluación (Etapa 3), con la participación conjunta de los expertos, con un 92% de aceptación del programa propuesto.

III.2.1.2. Análisis del programa.

III.2.1.2.1. Objetivo.

Proporcionar una guía al farmacéutico comunitario de las etapas o fases del conjunto de las prestaciones farmacéuticas orientadas a conseguir mejores resultados en el uso de los medicamentos en el tratamiento de los pacientes.

III.2.1.2.2. Adecuación del programa a los SFC.

En cuanto a las potencialidades de los SFC cubanos que le permitan implementar el programa, se consideraron la estructura y organización (Fundación Pharmaceutical Care España, 1999), de las FC en el país. Entendiendo por estructura, las circunstancias personales y materiales bajo los cuales se debe desarrollar esta actividad asistencial, y por organización las actividades que permitan prestar el servicio de AF.

Estructura

En las circunstancias personales, se debe tener en cuenta la presencia, formación y la disponibilidad de tiempo del farmacéutico en la farmacia.

En el diagnóstico a los SFC (Epígrafe III.1.3.), se detectó que solamente el 21% de las farmacias cuentan con PF y por tanto sólo éstas, si además cumplen con los requisitos de posibilidades en su instalación y el FNM, podrían implementar el programa, pero es necesario señalar que la creación de la Facultad de Tecnólogos de la Salud está formando profesionales con especialización en los Servicios Farmacéuticos, que contribuirá a incrementar el arsenal de especialistas, que conjuntamente con los egresados de las facultades y/o Departamentos de Farmacia de las Universidades del país contribuirán a mejorar la desfavorable situación actual. Por otra parte, existe un notable incremento de Cursos, Diplomados, Maestrías y programas de Doctorado orientados a la especialización profesional en el área asistencial.

Otro elemento a favor de la factibilidad de implementación del programa en los SFC, es la aprobación, por el consejo de dirección del Ministerio de Salud Pública el 30 de junio de 2004, de la plaza de “Especialista en Atención Farmacéutica” para el farmacéutico vinculado a los servicios farmacéuticos, como parte de la “Estrategia de capacitación y superación para las farmacias y droguerías”, presentada por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica (MINSAP, 2004^a).

Las circunstancias materiales, referidas a las posibilidades de instalación de las farmacias para ofertar AF (Epígrafe III.1.5.), se cumple en más del 80% de las FC (Tabla XIII), no obstante la falta de espacio físico, no excluye el cumplimiento de la AF, tal y como se señala en las Normas de correcta Atención Farmacéutica (Perfil de la Farmacia Española, 2003).

El respaldo bibliográfico es otro recurso material fundamental en todo el proceso de AF, representado básicamente en las FC del país, por la existencia

del FNM (lo que resuelta insuficiente); no obstante puede considerarse un punto a favor, que aproximadamente el 71% de las FC del país lo posee (Epígrafe III.1.6.). Si bien es cierto que el ejercicio de la AF requiere que el farmacéutico disponga de otras fuentes de información (Fernández E., 2000; Rosell A., 2005; Sedeño C., 2005), afortunadamente los farmacéuticos comunitarios tiene las posibilidades de contactar con los Centros de Información de Medicamentos de alcance nacional o regional (Servicio de Información de Medicamentos del Instituto de Farmacia y Alimentos, UH; Centro de Estudios, Documentación e Información de Medicamentos de Villa Clara, Centro de información de Tóxicos y Medicamentos de Santiago de Cuba, Centro de Información de Medicamentos del CDF, etc.), o también acceder a la información necesaria a través de la red telemática de Infomed. En este caso cabe destacar que aunque no se contara en algunos municipios rurales o con menor flujo de comunicación de servicios de INTRANET, los accesos pueden procurarse en otras instituciones del sector salud o de otros sectores, así como en los Joven Club de computación que funcionan en todos los municipios.

Organización.

La organización del servicio de AF debe estar fundamentada en la existencia de una guía que le permita al farmacéutico desarrollar y mantener, junto al equipo de salud, los procedimientos para ejecutar la prestación farmacéutica. Este aspecto se cumplimentará con las modificaciones realizadas y aprobadas al Manual de Normas y Procedimientos de la Farmacia Comunitaria y el Programa de AF elaborado.

III.2.1.2.3. Etapas de programa.

El programa (Anexo 1) se estructuró en dos etapas o niveles de AF. En la primera se incluyeron las actividades relacionadas con el medicamento, que por su repercusión en los resultados de la farmacoterapia, forman parte de la atención al paciente, y actuaciones farmacéuticas que pueden realizarse de manera individual o colectiva, como es la educación sanitaria. La segunda etapa, quedó constituida por el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como nivel superior de la AF, en la que es indispensable la individualización del paciente y exige una preparación profesional del farmacéutico y la necesaria relación interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, principalmente el médico.

A) Atención Farmacéutica Primaria.

A.1) Relacionada con el medicamento. Se propone la inclusión de la adquisición, custodia, almacenamiento y conservación de los medicamentos, como parte de la AF primaria, si bien los métodos más conocidos que abordan el tema (Faus MJ., 1999; Fundación Pharmaceutical Care España, 1999; Oliveira AB., 2005; Machuca M., 2006), no consideran las actividades del farmacéutico relacionadas con el medicamento parte de la AF, en el ámbito latinoamericano, existen algunas tendencias a reconsiderar este aspecto (Paura A., 2005^a).

La inclusión de las actividades relacionadas con el medicamento como parte de la AF se fundamenta en que la adquisición, custodia, almacenamiento o conservación de los medicamentos de manera inadecuada, pueden tener implícitas alteraciones en éstos, que impliquen problemas relacionados con su efectividad y seguridad, dos categorías de PRM (Anexo 1, Apéndice 5),

establecidas por el Segundo Consenso de Granada (Panel de Consenso, 2002). De esta forma, todas las acciones del farmacéutico para garantizar la calidad del medicamento, a partir de la llegada de éste a la farmacia, deben formar parte de la actividad asistencial y por tanto de la AF.

A.2) Relacionada con el paciente.

Dispensación. El objetivo es conseguir, en la medida de lo posible, prevenir y evitar PRM. Para ello es necesario establecer un sistema de trabajo que permita realizar la educación sanitaria para el buen uso de los medicamentos.

La FC ha de promover cambios en su organización que posibiliten la prestación de este nuevo servicio adecuándolo a las necesidades de la población de su área y a los recursos disponibles. El servicio prestado, no debe ser la simple “venta” del medicamento solicitado (con o sin prescripción facultativa), sino la entrega que facilite el uso seguro y eficaz de los medicamentos.

Aunque el Consenso de Atención Farmacéutica (Grupo de expertos, 2001), identifica esta actuación dentro de la AF como “dispensación activa”, en el programa se propone simplemente “dispensación”, debido a que la evolución de la asistencia sanitaria exige a los farmacéuticos un mayor compromiso con el paciente, lo que demanda de la FC:

- Identificar los problemas de la población a la que atiende.
- Establecer un orden de prioridades.
- Fijar objetivos para tratar de resolver los problemas identificados.
- Concebir y poner en marcha programas para responder a estos objetivos.

El adecuado acto de dispensación del medicamento, puede y debe conducir a otras fases, como es la educación sanitaria y a la AF secundaria, entendida como el SFT.

Consulta farmacéutica. Considerada en el programa como parte de la AF primaria, es una prestación farmacéutica que en el contexto nacional ha perdido vigencia y que debe ser rescatada por el farmacéutico comunitario, ya que es considerada elemento vital en el servicio de AF (Barbero JA., 2003). En Cuba, la mayoría de las consultas de la población son de tipo administrativo, relacionadas con la localización de medicamentos. El farmacéutico comunitario necesitará mayor formación en este aspecto y mejorar su labor en este sentido, pero sin perder de vista su función, que no es la del médico.

Existen una serie de programas que establecen guías para orientar al farmacéutico en esta actividad asistencial (Sánchez AM., 2001), pero en esta primera versión del programa se ha preferido enfocar solamente la pertinencia de la consulta farmacéutica, como parte de la AF, y enunciar los temas más comunes de consultas por parte del paciente, para que puedan ser identificadas por el farmacéutico.

Educación sanitaria. La AF también conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades, y la educación sanitaria se orienta en torno a la prevención, que es además uno de los principios del SS cubano en torno a la APS (Navarro G., 2003; Los Principios Rectores del Sistema Nacional de Salud Cubano, 2005).

El programa orienta al farmacéutico comunitario los campos de actuación que le permitan cubrir la creciente demanda de información y educación de la comunidad y el paciente.

La FC por su ubicación estratégica, puede potenciar la labor educativa mediante el impulso de la participación activa de la población, de manera que los individuos sean educados para decidir positivamente en todos los aspectos

que mejoren su calidad de vida, la manera de cambiar hábitos y estilos de vida es potenciando a los individuos, en sí mismos, para que sean capaces de tomar decisiones y desarrollar actitudes apropiadas para llegar al mayor grado posible de bienestar.

B) Atención Farmacéutica Secundaria.

Seguimiento farmacoterapéutico (SFT).

Se propone como una etapa superior del servicio de AF, ya que para poder realizar esta actividad clínica, que es el SFT, el farmacéutico, además de tener conocimientos específicos sobre medicamentos, debe estar en condiciones de poder realizar el servicio.

El Documento de Consenso (Grupo de expertos, 2001) en su definición de SFT, enfatiza que se trata de una “práctica profesional”, no de un mero trabajo técnico, lo que significa que implica *la toma de decisiones y asumir responsabilidades*. Tomando este criterio en consideración, se propone un diseño con objetivos bien definidos hacia la actividad asistencial, (independientemente de que el farmacéutico pueda desarrollar algún protocolo de investigación, con un grupo determinado de pacientes), y tratando de simplificar el servicio en comparación con métodos tradicionales, para que pueda instrumentarse en cualquiera de las FC, independientemente de su tipificación, siempre que cuente con la presencia del farmacéutico que cumpla los requerimientos expresados anteriormente (Fundación Pharmaceutical Care España, 1999; Grupo de investigación, 2003; Jiménez NV., 2003; Cipolle RJ., 2004; Climente M., 2005).

Se establece una secuencia de actividades a partir de la identificación de necesidades del paciente que pueden dar lugar al SFT, mediadas o no por

etapas primarias de AF como la dispensación y la consulta farmacéutica. El farmacéutico deberá establecer un mecanismo para ofertar el servicio a pacientes concretos.

En las diferentes fases no se establecen criterios rígidos, sino que se realizan sugerencias de tipo metodológico, en el ofrecimiento del servicio y de la documentación a utilizar. Se define con claridad que la oferta de servicios no puede ofrecerse a todos los pacientes, sino a aquellos que más lo necesiten o se beneficien, y se especifica la necesidad de cumplir con el principio ético de la autonomía del paciente y su derecho a estar informado, como premisa para recibir el servicio (Anexo 1, Apéndice 2). Si bien el consentimiento informado es una práctica más común en las investigaciones clínicas, fundamentalmente los ensayos con medicamentos, se ha ido introduciendo como un requerimiento de la práctica habitual, por lo que se propone como un requisito en la oferta del SFT (CIOMS, 2005).

En la primera entrevista se especifica la importancia de garantizar la confidencialidad al paciente y se sugieren los tipos de preguntas que permitirán obtener la mayor información posible acerca de su estado y problemas de salud y se propone un modelo (Anexo 1, Apéndice 3), como posible guía para la historia farmacoterapéutica del paciente.

Se especifica que en esta etapa, el farmacéutico no tiene elementos que le permitan ofrecer consejos al paciente. Para el análisis documentado de los problemas de salud se propone un modelo resumido (Anexo 1, Apéndice 4), que permite establecer de forma sencilla la posible relación de los PS detectados con los PRM y la farmacoterapia. Se propone utilizar la clasificación de PRM establecida en el Segundo Consenso de Granada (Anexo 1, Apéndice

5), por su enfoque estructura-proceso-resultado (Panel de Consenso, 2002), así como una secuencia de análisis para facilitar la clasificación de los PRM detectados.

La intervención tiene dos objetivos concretos: solucionar los PRM detectados y/o prevenir nuevas situaciones de riesgo, y es el momento de comunicarse con el médico, si fuera necesario.

Como el SFT debe ser un servicio sistemático, no termina con la intervención, sino que debe continuar el seguimiento al paciente y/o médico para conocer la aceptación de la intervención farmacéutica, la evolución del PS y cualquier sospecha de nuevo PRM.

Finalmente se adiciona un glosario con 66 términos más comunes utilizados en el ámbito de la Atención Farmacéutica.

III.2.1.3. Consideraciones generales del programa.

Al integrar las actividades relacionadas con el medicamento al ejercicio de la AF, el programa contribuye a la prevención de los problemas derivados del estado y características del medicamento antes de ser utilizado por el paciente, además de la inclusión de las actividades de educación sanitaria que no están registradas en los programas reportados en la literatura.

El programa ha sido diseñado en función de la estructura y organización de los SFC cubanos, para facilitar su adecuación e implementación.

La estructura por etapas pretende favorecer la implementación del programa, aunque sea de forma parcial, teniendo en cuenta que la alta relación habitantes/farmacia encontrada en el diagnóstico (Epígrafe III.1.2), no favorece la atención individual especializada y sistemática que demanda el SFT.

Por el carácter asistencial del programa se recomienda su actualización periódica, acorde a las nuevas tendencias en la AF, un ejemplo es la evolución del concepto de PRM y el surgimiento del concepto de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), que no fueron incluidos en el programa debido a que su diseño y elaboración transcurrió en el año 2005 (FORO, 2006; Comité de Consenso, 2007).

III.2.1.4. Evaluación del programa.

La evaluación final del programa por el comité de 47 expertos, resultó ser muy favorable (Tabla XIV), si se tiene en cuenta los valores medios obtenidos para todas las preguntas, incluso en la pregunta cuatro relacionada con las condiciones de las FC con vistas a la implementación del programa, aunque recibió la puntuación media más baja. La calificación otorgada por los expertos, permite considerar el programa adecuado para su aplicación.

Tabla XIV. Evaluación del programa de Atención Farmacéutica por expertos.

Experto	N	P ₁	P ₂	P ₃	P ₄	P ₅	P ₆	P ₇	P ₈	P ₉	P ₁₀
Farmacéuticos	20	5,0 (0)	4,2 (0,6)	4,1 (0,7)	4,0 (0,7)	4,2 (0,9)	4,0 (0,9)	4,1 (0,7)	4,2 (0,7)	4,4 (0,8)	4,7 (0,5)
Médicos	18	4,9 (0,2)	4,7 (0,5)	4,6 (0,7)	4,3 (0,8)	4,3 (0,9)	4,5 (0,6)	4,5 (0,6)	4,7 (0,6)	4,4 (0,9)	4,7 (0,8)
Funcionarios	9	4,7 (0,7)	4,1 (1,2)	4,6 (0,5)	4,0 (0,9)	4,2 (0,7)	3,9 (1,2)	4,6 (0,7)	4,6 (0,7)	4,1 (1,2)	4,8 (0,4)
Total	47	4,9 (0,4)	4,4 (0,7)	4,4 (0,7)	4,0 (0,8)	4,3 (0,8)	4,1 (0,9)	4,3 (0,7)	4,4 (0,7)	4,3 (0,7)	4,7 (0,6)

Datos expresados como media (DE)

N: Número de expertos

P: pregunta

III.2.2. Propuesta de Instrumento Metodológico para la apertura y cierre de farmacias.

Resulta evidente la necesidad de regular la apertura o cierre de farmacias con el propósito de lograr mayor equidad distributiva de éstas y propiciar el ejercicio de la AF que permita al farmacéutico desarrollar las actividades relacionadas con este servicio.

La propuesta de Instrumento Metodológico, (AE-15) se redactó en forma de Circular Técnica Farmacéutica o Circular TF, las cuales son utilizadas para informar el establecimiento, modificación o supresión de Metodologías, Procedimientos, Normas y Sistemas (MINSAP, 1975). Quedó estructurado en siete acápite: 1) Introducción, 2) Aspectos Generales, 3) Requerimientos Estructurales, 4) Requerimientos Materiales, 5) Personal, 6) Cierre de unidades, 7) Procedimiento.

La propuesta fue aprobada oficialmente por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica del Ministerio de salud pública y entró en vigor, el primero de junio de 2005 con la denominación, "Circular TF-03". A partir de esta fecha la Dirección Nacional de farmacia y Óptica inició el proceso de instrumentación de esta normativa en todos los SFC del país.

III.2.2.1. Análisis de la propuesta.

III.2.2.1.1. Aspectos generales.

Se definen los tres parámetros básicos que podrían determinar la apertura de una FC:

- Núcleos poblacionales de 4 000 o más habitantes.
- Distancia entre farmacias igual o superior a dos kilómetros.
- Presencia de asistencia médica.

Además se deja espacio a otras situaciones que pudieran encontrarse en el terreno lo que garantizaría una mejor adaptación de los Servicios Farmacéuticos a las condiciones concretas de cada territorio y población.

La identificación de la cifra de 4 000 habitantes, como norma para establecer una FC, se realizó en base a las media nacional y provinciales obtenidas del diagnóstico nacional 2004 (Epígrafe III.2.1.1), superiores a los 5 000 habitantes, las referencias de otros países encontradas en la bibliografía, (Raigordosky G., 1990; OMS, 2001; Farmacia en España, 2003); y los resultados de los criterios aportados por el comité de especialistas (Epígrafe II.3.1.1).

Como es la primera vez que se realiza una propuesta para normar la apertura de FC en Cuba, teniendo en cuenta un indicador demográfico concreto (Habitantes/Farmacia), la misma se considera una cifra conservadora, sin renunciar al desarrollo que necesariamente deben propiciar los documentos normativos y metodológicos. La propuesta de 4 000 Habitantes/Farmacia, aunque discreta, implicaría la factibilidad de apertura de aproximadamente 700 nuevas farmacias.

La definición de un indicador de distancia entre farmacias en el documento metodológico propuesto, está encaminada esencialmente a proteger las áreas rurales (zonas montañosas, de difícil acceso, etc.) relacionado con la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos y evitar grandes desplazamientos de la población para acceder a los servicios y a la AF. Las referencias encontradas en la bibliografía, están dirigidas fundamentalmente a dictar distancias mínimas entre farmacias, para evitar concentraciones

innecesarias de los SF en las zonas urbanas (Alba S., 1997; Farmacia en España, 2003)

La inclusión de elementos de prestación de asistencia médica como parte de una norma para la apertura de farmacias, está dada por la particularidad del sistema de prescripción-expendio-dispensación de medicamentos en Cuba, en las que más del 90 % de los medicamentos disponibles en el CBM, requiere de receta médica para su adquisición, por tanto la funcionalidad de una FC en una comunidad carente de asistencia médica sistemática se vería seriamente comprometida.

También se refleja la necesidad de coordinación con las autoridades locales, de definición de las estructuras de subordinación organizativa-administrativas y de caracterización epidemiológica general de la población a atender lo que contribuiría a una óptima inserción de la farmacia dentro del SS y la comunidad.

III.2.2.1.2. Requerimientos estructurales.

En estos requerimientos se disponen condiciones de accesibilidad física para las personas, flujos operacionales, compartimentación, dimensiones y condiciones de las áreas de la farmacia.

Los elementos más álgidos son las dimensiones para la farmacia y sus áreas interiores. En el caso de las dimensiones generales de la farmacia se establece un mínimo de 35 m² de superficie útil (no incluye servicios sanitarios ni clóset) para una FCN que no disponga de dispensario ni otros servicios adicionales, es decir, una farmacia que solo realice los procedimientos de almacenamiento y dispensación, esencialmente contará con las dos áreas respectivas: Almacén y Área de Dispensación o de Atención a la Población.

En la revisión bibliográfica solo se encontró una cita internacional al respecto, aportada por las Normas de Correcta Atención Farmacéutica del Colegio Farmacéutico de Madrid que propone una superficie útil mínima de 75 m² para una OF (Perfil de la Farmacia Española, 2003). Debe tenerse en cuenta que en otros países se ofertan en las farmacias otros artículos además de medicamentos, y que las técnicas de mercadotecnia empleadas para la promoción de productos sin receta, generan la ubicación de zonas de libre acceso al público, lo que demanda de un área mayor para facilitar el flujo de las personas que acuden a la farmacia, que no es la realidad de las FC insertadas en el SNS.

De las superficies internas de la farmacia solo se identifican dos, el Área de Atención a la Población con una dimensión no menor de 20 m², y la otra el Dispensario, con un área mínima de 10 m², en correspondencia con los reportes del ámbito nacional (Decreto N° 689, 1944; Dirección de Farmacia y Óptica, 1994). Si bien las superficies de la propuesta expresadas en la Circular TF-3, lo hacen bajo la condición de mínimos, se especifica, que las dimensiones de la farmacia y de sus áreas estarán en correspondencia con el número de servicios y volumen de actividad que tenga, lo que ha de ser analizado por los responsables de emitir los dictámenes técnicos, antes de la apertura de una FC como queda reflejado en el acápite 6 (Procedimiento), así como la consideración del área de AF. El resto de los Requerimientos Generales se enfocan a garantizar las condiciones laborales, de protección física e higiénico – sanitarias fundamentales.

III.2.2.1.3. Requerimientos materiales.

Delimita el tipo de recursos materiales que se consideran imprescindibles para el desarrollo de una farmacia, que incluye: el equipamiento de refrigeración, el mobiliario general y el específico para el almacenamiento y dispensación de medicamentos, los servicios telefónicos o vía de comunicación expedita, así como la documentación normativa requerida para la apertura de una farmacia:

- MNP vigente
- Listado oficial de precios
- FNM
- Cuadro básico de medicamentos
- Legislación actualizada (Resoluciones, Normas, Procedimientos, Circulares Vigentes y metodologías referentes al funcionamiento de la farmacia)
- Modelaje técnico y administrativo y Registros Oficiales establecidos

La inclusión de estos dos últimos recursos es una particularidad novedosa puesto que en las regulaciones cubanas precedentes en materia de apertura de farmacia no se recogían. La exigencia de servicios telefónicos no debe tomarse como un requerimiento solo para el funcionamiento administrativo de la farmacia, sino desde la proyección del grupo de prestaciones que pudieran brindarse con la telefonía como son la localización de medicamentos, la farmacodivulgación, información a los pacientes, optimización del suministro de los medicamentos y la futura, pero imprescindible, informatización de la red que permita al farmacéutico tener acceso a información especializada para ofertar AF.

La definición de la documentación imprescindible para la apertura de una farmacia, es una vía para oficializar la existencia de documentos como el FNM

y el MNP y por otra parte garantiza que el personal que labore en la farmacia cuente con la bibliografía básica de consulta para el desempeño de sus funciones, tal y como queda recogido en la Guía para las Buenas Prácticas de Farmacias emitidas por la OMS (OMS/OPS, 1993).

III.2.2.1.4. Personal.

En cuanto al personal, se destaca la referencia a la presencia de un PF en la farmacia, si bien se plantea como: ... *se procurará la existencia y permanencia de al menos un profesional...* debido a la poca presencia de PF en los SFC (Epígrafe III.2.1.3). Para contribuir a salvar esta deficiencia objetiva, en las FC del país (Alba S., 1997; OMS 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Rodríguez MA., 2004;), se inserta un párrafo que aboga por la designación de un profesional o técnico farmacéutico perteneciente a otra institución de los SF que se responsabilice por la supervisión y control técnico en aquellas unidades que no dispongan del mismo.

III.2.2.1.5. Cierre de farmacia.

Se relacionan las causas que pudieran justificar el cierre de una farmacia, así como las medidas básicas a adoptar para evitar afectaciones en los servicios y la AF a la población.

III.2.3. Actualización del MNP para Farmacias Comunitarias.

En el diagnóstico desarrollado en el acápite anterior, fue referida la existencia del MNP para la FC (MINSAP, 2001^a), en la mayoría de éstas. Considerado en esta investigación un documento básico en el desarrollo de la AF, la revisión y análisis de su contenido, permitió detectar que no contemplaba aspectos normativos para la ejecución de cada una de las actividades que se realizan en

la farmacia, dentro de las que debe estar considerada la AF, por lo cual se procedió a la actualización del mismo.

Las modificaciones propuestas permitieron elaborar un documento más integrador que los dos precedentes (MINSAP, 1975; MINSAP, 2001^a), pues la versión modificada, con fecha de emisión junio de 2005, como “Manual de Normas y Procedimientos. Farmacia Comunitaria”, recopila un conjunto de disposiciones, vigentes tanto en los aspectos económicos y de administración, como en los procesos técnicos, propios de la actividad farmacéutica. El documento completo se presenta en el AE-16 y fue aprobado oficialmente por el MINSAP en Agosto de 2005, sustituyendo a la edición del 2001.

III.2.3.1. Análisis del manual modificado.

Al comparar la nueva versión del Manual (MNP, 2005), obtenida a partir de las modificaciones propuestas, con el Manual del año 2001 (MNP, 2001), se evidencian diferencias relacionadas con la estructura y el contenido, que se resumen en la tabla XV:

- 1) El MNP, 2001 solo cuenta con 34 páginas y 5 capítulos, mientras que el MNP, 2005 está conformado por dos tomos; el primero con 14 capítulos distribuidos en 171 páginas; el segundo tomo incluye los 30 modelos oficiales fundamentales de la actividad y sus respectivas indicaciones metodológicas.
- 2) Al considerar el MNP, 2005 un documento de referencia y consulta para cualquier trabajador de farmacia: profesional, técnico o personal no calificado; se decidió añadir un primer capítulo denominado, “Aspectos esenciales para garantizar un mejor control técnico y económico” en el que se resumen, en forma de enunciados, los fundamentos vitales del trabajo de una farmacia comunitaria, con el fin de facilitar el dominio de los mismos por cualquier

trabajador; y minimizar las posibilidades de errores técnico - farmacéuticos y/o administrativos.

Tabla XV. Comparación entre el MNP, 2001 y la versión modificada, 2005.

Diferencias	MNP, versión modificada, 2005	MNP, 2001
ESTRUCTURA Y CONTENIDO	1) Dos tomos: Tomo I. 14 capítulos Tomo II. Modelos e instructivos	1) Un tomo: 5 capítulos
	2) Introducción capítulo "Aspectos esenciales para garantizar un mejor control técnico y económico"	2) No cuenta con el capítulo
	3) Capítulo 2 dedicado a Atención Farmacéutica	3) Atención Farmacéutica, como sección 2 del capítulo III
	4) Un capítulo para cada una de las áreas de la farmacia	4) Todas las áreas de la farmacia en un solo capítulo
	5) Introducción de nuevos términos y definiciones	5) No lo contiene
	6) Inclusión de Glosario	6) No lo contiene

MNP: Manual de normas y procedimientos. Farmacia Comunitaria

3) Para facilitar la comprensión y aplicación del MNP, 2005, se dedicó un capítulo independiente a cada una de las áreas de la farmacia. En cada capítulo se profundiza en todas las características estructurales, organizativas y procesos de cada una de las áreas, mientras que en el MNP 2001, las áreas de la farmacia aparecen como secciones del primer capítulo con información limitada.

4) En el MNP, 2005 se ubica la Atención Farmacéutica en el capítulo dos, con un enfoque actualizado y abarcador de los diferentes componentes de este servicio. Esta modificación responde a la concepción del trabajo asistencial, de la farmacia, acorde a las actuales tendencias internacionales y que su desarrollo en Cuba puede verse favorecido dado las características particulares del SNS. De esta forma en el documento rector metodológico del

funcionamiento de la farmacia se sientan las bases hacia la necesidad de que los farmacéuticos y los SF asuman las actividades asistenciales que le corresponden.

5) En el MNP, 2005, se introducen una serie de términos y definiciones relacionadas el funcionamiento de la farmacia, que no aparecen en el MNP, 2001, ejemplo de ellas son: Gestión y aseguramiento de la calidad; Farmacovigilancia; Farmacia Clínica; Procedimiento General para la Elaboración de Medicamentos en los dispensarios; Procedimiento para el Expendio - Dispensación de Medicamentos; Metodología para el cálculo de los Máximos y los Mínimos; Normas técnicas de Almacenamiento; Control de Drogas estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias de efecto semejantes.

6) En el MNP, 2005 se incluye un Glosario para facilitar la identificación expedita de 60 términos imprescindibles en la práctica farmacéutica.

III.2.4. Aplicación parcial del programa de AF.

Fueron incluidos 283 pacientes diabéticos, 104 por la FPM de Guanabacoa (FPM-G) y 179 por la FPM No. 2 de Holguín (FPM-H). Todos recibieron información acerca del estudio y se obtuvo el consentimiento informado por escrito (AE-5).

Los farmacéuticos y estudiantes recibieron preparación especializada en el tema de AF, (un farmacéutico graduado de la Maestría en Farmacia Clínica y otro cursó el Diplomado en Farmacia Asistencial, los dos estudiantes recibieron el módulo de AF del diplomado, en el Instituto de Farmacia y Alimentos de la Universidad de La Habana) y además realizaron entrenamiento en Diabetes Mellitus (DM), con el equipo multidisciplinario de la Clínica del Diabético del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", durante cuatro semanas.

III.2.4.1. Características de los pacientes incluidos.

La figura 14 muestra la distribución de pacientes, por tipo de diabetes de acuerdo a su procedencia, se aprecia que en ambas farmacias el porcentaje por tipo de DM es similar, con mayoría de pacientes portadores de DM tipo 2. Predominó el sexo femenino (Figuras 15-A y 15-B), 65% FPM-G y 67% FPM-H, en correspondencia con lo reportado en la literatura (Harris ML., 1995; Faus MJ, 2001), que plantea el predominio de la población diabética femenina, asociada fundamentalmente a los cambios endocrinos de este sexo a partir de la cuarta década de vida, lo que se corrobora al observar la tabla XVI, en la que el 86% (FPM-G) y 94% (FPM-H) de los pacientes pertenecen a los grupos de 40 años o más.

III.2.4.2. Educación sanitaria.

Para diseñar la actividad de educación sanitaria, de acuerdo a los lineamientos del programa, se tomó en cuenta la evaluación general de las respuestas de los pacientes al cuestionario (AE-6).

Los resultados de la primera aplicación del cuestionario (Figura 16), fueron similares en las dos FPM, con más del 80% de pacientes con evaluación general de regular y mal, lo que indica que estos pacientes, aunque son portadores de una enfermedad crónica, no tienen conocimientos adecuados de la misma, que lógicamente debe repercutir en el auto manejo de sus tratamientos, lo que se convierte en un riesgo potencial para la eficacia y seguridad de los mismos, situación que pudiera mejorar con la educación sanitaria (Higashi T., 2004).

De acuerdo al programa (Anexo 1, Epígrafe I.2.3), se diseñó la estrategia de la actividad de educación sanitaria para estos pacientes:

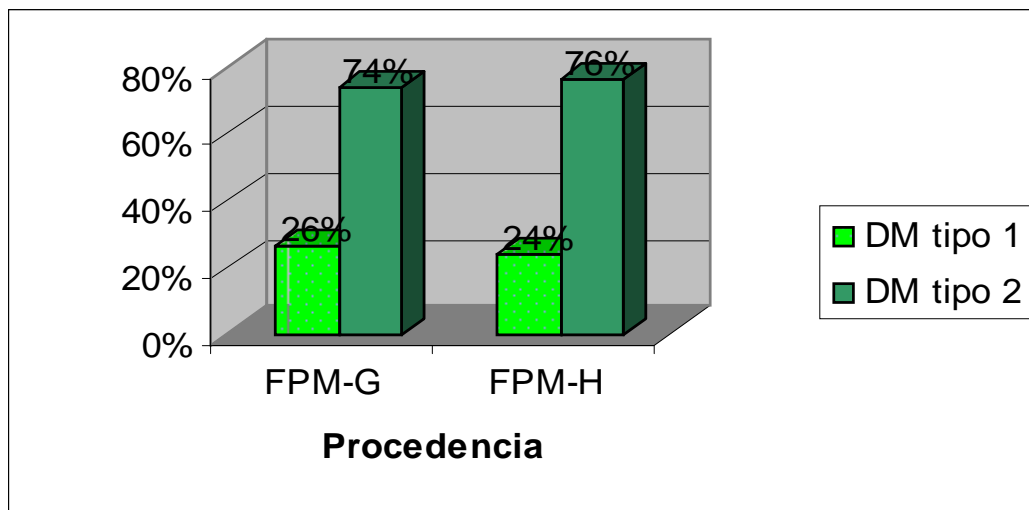


Figura 14. Distribución de pacientes por tipo de diabetes y procedencia.

FPM-G: Farmacia Principal Municipal de Guanabacoa

FPM-H: Farmacia Principal Municipal de Holguín

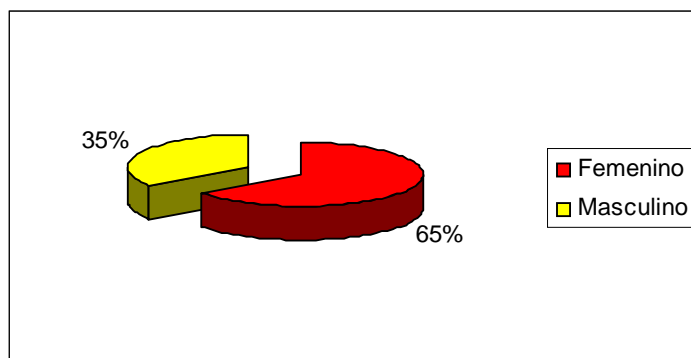


Figura 15-A. Distribución de pacientes por sexo. FPM-G.

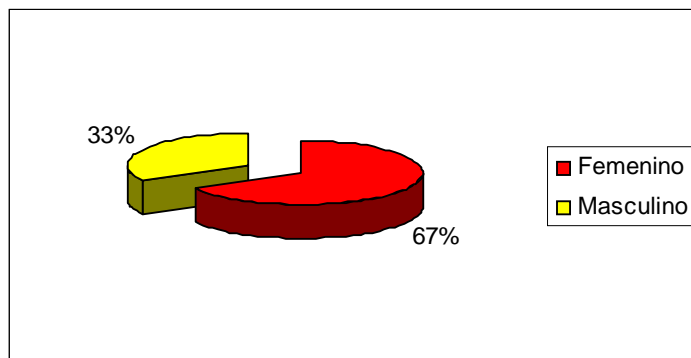


Figura 15-B. Distribución de pacientes por sexo. FPM-H.

Tabla XVI. Distribución de pacientes por grupo de edades.

Grupo de edad (años)	FPM-G (%)	FPM-H (%)
18-39	14	6
40 - 59	42	50
< 60	44	44
Total	104	179

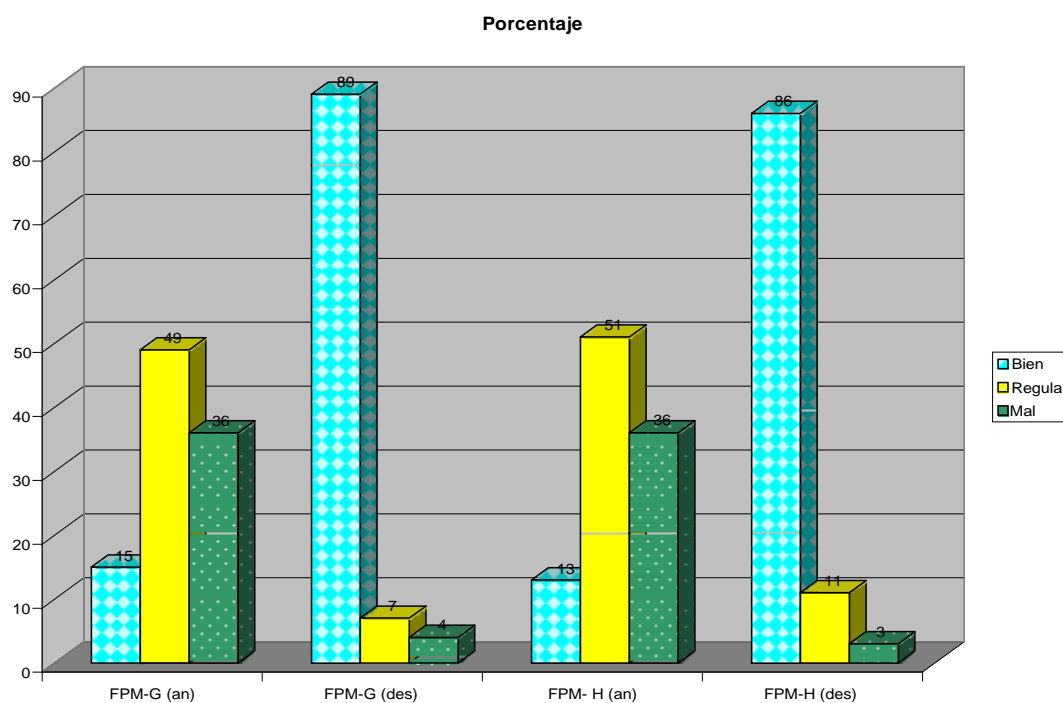


Figura 16. Conocimiento acerca de la enfermedad antes y después de la educación sanitaria.

FPM-G: Farmacia Principal Municipal de Guanabacoa

FPM-H: Farmacia Principal Municipal de Holguín

(an) : Conocimiento sobre Diabetes Mellitus, antes de recibir educación sanitaria

(des): Conocimiento sobre Diabetes Mellitus, después de recibir educación sanitaria

Objetivo: Incrementar el conocimiento de la información acerca de la enfermedad.

Pauta: Ayudar en la toma de decisiones relacionada con el tratamiento de forma individual y colectiva mediante la entrega del material (díptico) de información (AE-7) y el desarrollo de un ciclo de charlas-debates en temas relacionados con DM.

Nivel de educación sanitaria: "Prevención Secundaria", orientada a modificar actuaciones y conductas de los pacientes en el tratamiento de la enfermedad.

Campo de actuación: Educación sanitaria a los pacientes.

Los grupos para la charlas, se establecieron con 30 pacientes aproximadamente, para propiciar el debate del tema escogido en cada una, incluyendo el material entregado (AE-7).

El díptico (AE-7) se entregó a los pacientes, a partir de los reportes de la bibliografía, en los que se plantea que la comunicación didáctica oral debe ser acompañada de material visual (dibujos y textos escritos), para que la persona pueda consultarlo en su hogar cuando tenga dudas y cuantas veces lo necesite. La información impresa asegura que los contenidos sean uniformes y correctos. Los pacientes reciben una información completa, que no depende de la memoria o del tiempo disponible por el informador (Baena I., 2002; Bonal J., 2002; Ewald PA., 2005; Catalán JL. 2006; Carvalho MR., 2007; Chu M. 2007; Loriato-Rodrigues S., 2007).

En las charlas impartidas por los farmacéuticos, se contó con la colaboración con la colaboración de algunos médicos de los CMF a los que pertenecían los pacientes incluidos en la investigación. Los temas tratados (Garber J., 1998; Roca R., 2002; Davis SN., 2006), fueron los siguientes:

Charla 1: Tratamiento de la Diabetes Mellitus. Control de la enfermedad.

Charla 2: Factores de riesgo y complicaciones de la Diabetes Mellitus.

Charla 3: Importancia de la dieta, el ejercicio y adecuados hábitos higiénico-sanitarios en el control de la Diabetes Mellitus.

Los resultados de la segunda aplicación del cuestionario también se muestran en la figura 16, en la que es evidente el incremento del conocimiento del tema por parte de los pacientes, posterior a la intervención de la educación sanitaria, lo que demuestra la efectividad de la misma.

III.2.4.3. Seguimiento farmacoterapéutico.

III.2.4.3.1. Oferta y aceptación del servicio.

A los 283 pacientes incluidos (FPM-G: 104 y FPM-H: 179), se les ofertó el servicio como describe el epígrafe II.4.5 y una vez aceptada la oferta se les solicitó firmar el consentimiento. En este primer contacto con el paciente se concertó la cita para la primera entrevista, y se le explicó que, si era posible, debía presentar la información documentada de enfermedades y/o tratamientos, y fundamentalmente, los medicamentos que estuviera utilizando.

III.2.4.3.2. Primera entrevista.

La entrevista se realizó en un ambiente confortable y con privacidad para el paciente, mostrando una actitud empática, para ganar la confianza del paciente, lograr buena comunicación y tratar de cumplir con la frase sugerida por algunos autores: "intimidad sin intimar". Este aspecto es muy importante, porque tradicionalmente el paciente le cuenta al médico (en el entorno de la consulta en el CMF o el policlínico), sus preocupaciones, pero no está acostumbrado a este tipo de intercambio con el farmacéutico, además en un

entorno diferente al tradicional, el de la farmacia (Faus MJ, 2003; Machuca M., 2006).

Aunque uno de los objetivos era obtener la información para la historia farmacoterapéutica, se estructuró la entrevista según Epígrafe II.1.3.C (Anexo 1). No se limitó al paciente en la exposición de los problemas de salud y al final de la entrevista se hizo una especie de repaso para detectar si el paciente había omitido algo importante. Como promedio las entrevistas se desarrollaron en un lapso de 30 a 45 minutos. No se encontraron reportes en la literatura que limiten el tiempo, de la entrevista, ya que los autores le conceden mayor importancia a la obtención de la información para continuar el SFT.

III.2.4.3.3. Identificación y clasificación de PRM.

Al clasificar los 111 PRM detectados (tabla XVII), se encontró que en los pacientes de ambas farmacias habían problemas asociados al uso de los medicamentos relacionados con la necesidad, la efectividad y seguridad de los mismos y que el mayor porcentaje, en ambos casos corresponden a problemas de seguridad (PRM₅ y PRM₆), seguidos de los PRM₂ y PRM₃, asociados a la necesidad del medicamento y a la efectividad respectivamente.

Para determinar si existía dependencia entre los pacientes con PRM y la procedencia de los mismos, se realizó una tabulación cruzada entre estas variables, cuyos resultados se muestran en la Tabla XVIII.

No se observó dependencia significativa entre las variables (coeficiente de contingencia = 0.011, $p = 0.847$); como se puede apreciar, de los 104 pacientes de la FPM-G, 36 de ellos (34,6 %) presentaban PRM, porcentaje a la FPM-H, donde de los 179 pacientes incluidos en el estudio, 64 presentaban PRM (35,8%).

Tabla XVII. Tipos de PRM.

	FPM-G	FPM-H	Total
Tipo PRM	No. (%)	No. (%)	No. (%)
1	1 (2,4)	2 (2,9)	3 (2,7)
2	5 (12,2)	9 (12,9)	14 (12,7)
3	6 (14,6)	11 (15,7)	17 (15,3)
4	1 (2,4)	2 (2,9)	3 (2,7)
5	13 (31,7)	21 (30,0)	34 (30,6)
6	15 (36,6)	25 (35,7)	40 (36,0)
Total	41	70	111

Tabla XVIII. Presencia de PRM * Procedencia. Tabulación cruzada.

			Procedencia		Total
			FPM-G	FPM-H	
Presencia de PRM	No	Cantidad	68	115	183
		% dentro Presencia de PRM	37.2	62.8	100.0
		% dentro Procedencia	65.4	64.2	64.7
		% del Total	24.0	40.6	64.7
	Sí	Cantidad	36	64	100
		% dentro Presencia de PRM	36.0	64.0	100.0
		% dentro Procedencia	34.6	35.8	35.3
		% del Total	12.7	22.6	35.3
Total		Cantidad	104	179	283
		% dentro total de pacientes	36.7	63.3	100.0
		% dentro Procedencia	100.0	100.0	100.0

III.2.4.3.4. Análisis, documentación y evaluación de los Problemas de Salud (PS) del paciente.

El análisis de la relación de los PS con los PRM se hará global, debido a que se comprobó que no existe dependencia significativa entre los pacientes con PRM y su procedencia.

La mayoría de los PS planteados por los pacientes o detectados por el farmacéutico durante la entrevista, estaban relacionados con la enfermedad de base, la DM, y tenían relación con la farmacoterapia. Se establecieron 4 grupos de PS (Tabla XIX). Las asociaciones más relevantes con la farmacoterapia de la DM fueron:

Glibenclamida:

- Subdosificación (PRM₄): por incumplimiento del paciente o abandono del tratamiento debido a las reacciones adversas, principalmente molestias gastrointestinales y visión borrosa.
- Sobredosificación (PRM₅): Interacción con atenolol, nifedipino o captopril con incremento del efecto hipoglicemiante.

No se detectó PRM asociado al uso de la insulina.

III.2.4.3.5. Intervención.

Hubo intervención farmacéutica (Epígrafe II.2.4.6.) en los 111 PRM detectados con el objetivo de solucionarlos y llegar a resolver los PS de los pacientes, con un promedio de 18% intervenciones directas y en el 82% fue necesaria la comunicación con el médico o intervención indirecta (Tabla XX). Los PRM que pudieron solucionarse sin la intervención del médico fueron del tipo de necesidad (PRM₂) y de seguridad (PRM₅ y PRM₆), [véase Anexo 1, Apéndice 5]. En el caso del PRM₄, debido a problemas de subdosificación de

Tabla XIX. Problemas de salud y relación con PRM.

Problema de salud	Sospecha de PRM
DM	PRM ₁ , PRM ₃ , PRM ₄ , PRM ₅ PRM ₆
DM + HTA	PRM ₁ , PRM ₂ , PRM ₃ PRM ₆
DM + Obesidad	
DM + Complicaciones	PRM ₁ , PRM ₃ , PRM ₅ ,
DM + Otros	PRM ₅ , PRM ₆
Sin relación con la DM	PRM ₁₋₆

DM: Diabetes Mellitus
HTA: Hipertensión Arterial

Tabla XX. Intervenciones

Tipo PRM	PRM Total No.	Intervención directa No.	Intervención indirecta No.
1	3	-	3
2	14	9	5
3	17	-	17
4	3	-	3
5	34	3	31
6	40	8	32
Total	111	20 (18,01%)	91 (81,98%)

la Glibenclamida, el farmacéutico intervino, orientando al paciente, pero fue necesaria la intervención del médico para el ajuste de dosis correspondiente.

Las Figuras 17-A y 17-B, muestran la similitud del tipo de intervenciones realizadas independientemente de la procedencia de los pacientes.

Las intervenciones directas, se relacionaron con el cumplimiento de la farmacoterapia, la información al paciente acerca de las reacciones adversas esperadas de los tratamientos y la importancia de no realizar modificaciones de dosificación, ni de sus intervalos. El 100% de las intervenciones fueron aceptadas por los pacientes.

Las intervenciones indirectas realizadas a través de los médicos, fueron sugerencias documentadas para: suprimir o cambiar, o añadir un medicamento en el tratamiento, modificación de dosis o informar la existencia de una reacción adversa. El 60% de las intervenciones fueron aceptadas por los médicos.

III.2.4.3.6. Seguimiento.

Al cumplirse los 12 meses establecidos para el estudio, período de tiempo en que se realizó el SFT y se continuó con el seguimiento de los pacientes, de acuerdo a su orden de inclusión en el estudio, se solucionaron 84 (75, 7%) de los 111 PRM detectados (Tabla XXI). Este resultado demuestra que la metodología propuesta para el SFT en el programa de AF, en dos FC de diferentes territorios, puede aplicarse con resultados satisfactorios, realizando las adecuaciones pertinentes en base a las características de la FC.

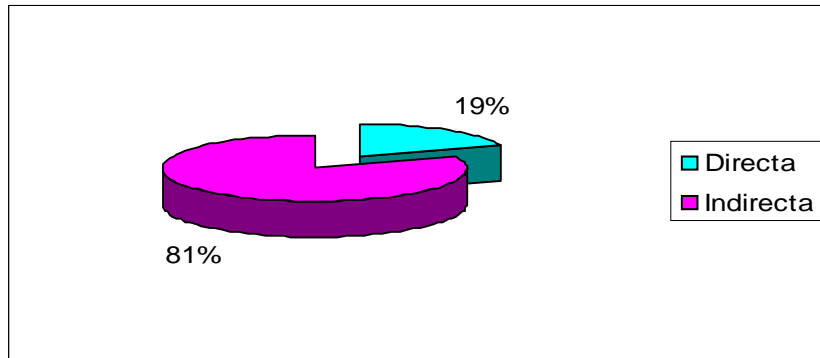


Figura 17-A. Tipo de intervención. FPM Guanabacoa.

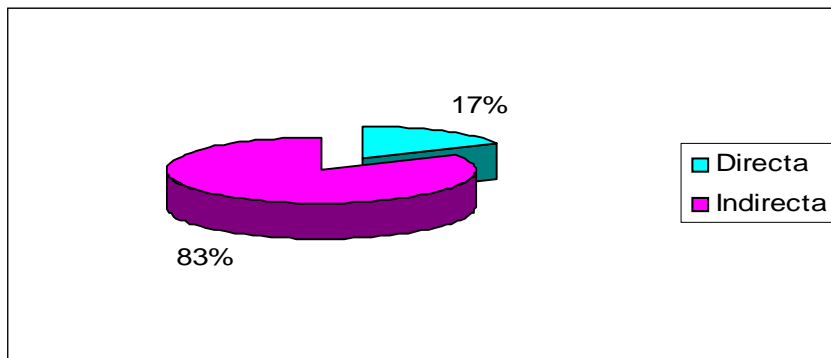


Figura 17-B. Tipo de intervención. FPM Holguín.

Tabla XXI. Seguimiento de los PRM.

	FPM-G	FPM-H	Total
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
PRM resueltos	32 (78)	52 (74,3)	84 (75,7)
PRM no resueltos	9 (22)	18 (25,7)	27 (24,3)
Total	41	70	111

III.2.5. Conclusiones parciales.

- ◆ El programa de AF propuesto integra las actividades asistenciales del farmacéutico al incluir las actividades de control del medicamento en la FC, y establecer las actuaciones farmacéuticas relacionadas directamente con el paciente, favoreciendo el uso adecuado de los medicamentos.
- ◆ Se elaboró un instrumento normativo que establece los requerimientos metodológicos para contribuir a un mejor ordenamiento de la farmacia comunitaria, el cual fue aprobado por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica en el año 2005.
- ◆ Mediante la actualización del Manual de Normas y Procedimientos para farmacias comunitarias, se modificaron un conjunto de disposiciones técnicas, económicas y administrativas de la actividad farmacéutica en los SFC que incluye la AF, aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.
- ◆ El incremento del nivel de conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, debido a la educación sanitaria recibida y la solución de los problemas de salud vinculados con la farmacoterapia a través del SFT, prueba la factibilidad de aplicación del mismo en el ámbito comunitario.

Conclusiones

CONCLUSIONES

1. Los servicios farmacéuticos comunitarios en Cuba tienen una distribución territorial heterogénea, aunque en todas las provincias están presentes los cuatro tipos de farmacias y existe una marcada disparidad entre el tamaño de los grupos poblacionales que atienden.
2. Los indicadores calculados muestran que:
 - La relación farmacia/habitantes por provincia y municipio es muy inferior a los valores reportados internacionalmente.
 - La cobertura de profesionales farmacéuticos es insuficiente en todo el país.
 - La mayoría de las farmacias del país disponen del FNM, el MNP y posibilidades de instalación para ofertar el servicio de Atención Farmacéutica.
3. La propuesta del instrumento para regular la apertura y cierre de las farmacias, constituye un aporte metodológico al ordenamiento de los SFC en el país, lo cual favorecerá la equidad de la relación farmacia/población y por tanto la capacidad de los servicios asistenciales que éstas brindan.
4. Las modificaciones realizadas al Manual de Normas y Procedimientos, contribuyen al perfeccionamiento de este documento y del funcionamiento de las FC, actualiza el concepto de Atención Farmacéutica y reconoce a esta actividad como una función asistencial del farmacéutico en los SFC.

- ① El programa de Atención Farmacéutica diseñado en función de los hallazgos del diagnóstico, integra las actividades asistenciales del farmacéutico y se adapta a las características de los SFC cubanos.
- ① La evaluación del programa de AF, a través de la aplicación parcial del mismo, demostró que es posible implementarlo en el nivel primario de salud.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- Incrementar las vías de captación de profesionales farmacéuticos en la esfera de los servicios comunitarios.
- Diseñar e implementar la especialidad en Atención Farmacéutica, como una necesidad en la formación postgraduada del farmacéutico dedicado al área sanitario – asistencial.
- Favorecer la implementación del programa de Atención Farmacéutica propuesto, como vía para el Uso Racional de los Medicamentos, considerando la necesaria presencia del farmacéutico en los SFC.
- En el perfeccionamiento de la circular “Condiciones y procedimientos para la apertura y/o cierre de FC”, deben tenerse en cuenta nuevos indicadores, adecuados a las distintas unidades territoriales del Sistema de Salud, basados en el Sistema de Asentamiento Poblacionales (SAP).

Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abu Ruz SM., Bulatova NR., Yousef AM. (2006) Validation of comprehensive classification tool for treatment-related problems. *Pharm World Sci*; 28: 222-232.
2. Adachi W., Lodolce AE. (2005). Use of failure mode and effects analysis in improving the safety of I.V. drug administration. *Am J Health Syst Pharm*; 62: 917-20.
3. Alba S. (1997). Ley de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. *Cartas CEDEF España*; II (8): 1-3.
4. Alcover MF: (1997). El futuro de la farmacia comunitaria en la Unión Europea. *Creatividad indispensable. Farm Prof Esp*; 11 (1): 60-61.
5. Amariles P., Fernández-Llimós F., Faus MJ. (2006). Terminology for problems related to drug use. *Am J Health-Syst Pharm*; 63: 616-617.
6. Aronson JK., Ferner RE. (2005) Clarification of terminology in drug safety. *Drug safety*; 28: 851-870.
7. ASHP. (2005) Health-System Pharmacy 2015 initiative: baseline statistics. *Am J Health-Syst Pharm*; 62: 1393 -1397.
8. Aspden P. (Ed.) (2007). Institute of Medicine – IOM. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. *Preventing medication errors*. Washington, DC.: National Academics Press: 244.

9. Asua J. (2005). Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit*; 19(1): 65-60.
10. Atención Farmacéutica. (2005). [online]. Disponible en [URL: http://www.pharmaceutical-care.org/leyes/ley_aragon_4_1999.html](http://www.pharmaceutical-care.org/leyes/ley_aragon_4_1999.html)
Fecha de consulta: 13-Abril-2005.
11. Badía X. (2000). Investigación de resultados de salud. *Med Clin*; 114(3): 1-7.
12. Baena I., Calleja MA., Durán C., Eguilleor A., Andrés J., López-Caser A. (2002). La colaboración interprofesional obtenida en las iniciativas de la Atención Farmacéutica. Conclusiones de la mesa redonda en el Segundo Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp*; 4: 52-54.
13. Baena MI., Faus MJ., Fajardo PC., Luque FM., Sierra F., Martínez-Olmos J. (2006). Medicine-related problems resulting in emergency department visits. *Eur J Pharmacol*; 62: 387-393.
14. Barbera T., Avellana JA., Moreno L. (2007). Are benzodiazepines correctly used in the elderly? *Rev Clin Esp*; 207(3): 138-140.
15. Barbero JA. (2001). Detección de PRM en la farmacia comunitaria: usuarios registrados versus usuarios no registrados. *Pharm Care Esp*; 3(3): 204 – 215.
16. Barbero JA., Alfonso MT. (2003). Organización de una farmacia comunitaria. Dispensación de medicamentos. En: Herrera J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Editorial Elsevier España, S.A. Madrid, España, 439-452.

17. Barris D., Faus MJ. (2003). Iniciación a la Metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharm*; 44(3): 225-237.
18. Bergaman A., Olsson J., Carlsten A., Waern M., Fastbom J. (2007). Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. *Scand J Prim Health Care*; 25(1): 545-553.
19. Bermúdez A., Sedeño C., Fernández E. (2001). Uso de combinaciones medicamentosas interactuantes en el Infarto Agudo del Miocardio. *Rev OFIL*; 11 (3): 71-77.
20. Bisson MP. (2007). *Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica*. 2^{da} Ed. Editora Manole, Brasil.
21. Bonal J., García L. (2002). *Atención Farmacéutica. 100 preguntas más frecuentes*. Ed. EDIMSA, Barcelona, España.
22. Brodie DC. (1966). *The challenge to pharmacy in times of change. Report of the Commission on Pharmaceutical Services to Ambulant Patients by Hospital and Related Facilities. Pt6*. Washington DC: American Pharmaceutical Association and American Society off Hospital Pharmacists.
23. Brodie DC. Parish PA., Poston YW. (1980). Societal needs for drugs and drugs-related services. *Am J Pharm Educ*; 44: 276 – 278.
24. Carvalho Garbi MR., Oliverira M. (2007). *Atenção farmacêutica e a promoção do uso racional de medicamentos em idosos. Cap. 9*. En: Carvalho Garbi Novaes MR (organizadora). *Assistência Farmacéutica ao idoso. Uma abordagem multiprofissional*. Thesaurus Editora de Brasilia Ltda. Brazil, ISBN 978-85-7062-642.4: 155-165.

25. Catalán JL. (2006). Integración de niveles asistenciales. Atención Primaria. En: Jiménez Torres NV (ed). Calidad farmacoterapéutica. Publicacions de la Universitat de València, España; 273-284.
26. Chu M. (2007). Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Curso Precongreso. VI Congreso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, 7-9 de Junio, Goiania, Brasil.
27. Chui WK., Li SC. (2005). Advice-giving on self-medication: perspectives of community pharmacists and consumers in Singapore. J Clin Pharm Ther; 30: 225-31.
28. Ciero M., Fernández E., Fernández F. (2005). Propuesta de un Programa de Atención Farmacéutica según método Dáder para gestantes con enfermedad hipertensiva. Tesis de Maestría. Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. Cuba.
29. CIOMS. (2005). Council for International Organizations of Medical Sciences. Guías éticas internacionales para la investigación biomédica que involucra seres humanos. [online]. Disponible en URL : <http://cioms.ch>. Fecha de consulta: 2-Mayo-2005.
30. Cipolle RJ., Strand LM., Morley PC., Frakes J. (2000). Resultados del ejercicio de la atención farmacéutica. Pharm Care Esp; 2(2): 94-106.
31. Cipolle RJ., Strand LM., Morley PC. (2004). Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. Second Edition. Ed. Mc Graw-Hill/Companies, Inc, USA. ISBN 0-7-136259-2: 1-355.
32. Climente M., Jiménez NV. (2005). Manual para la Atención Farmacéutica. Edición Especial. Ed. AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, España: 7-87.

33. Coelho JMF., Marcopito LF., Castelo A. (2004). Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saud Pub; 38(4): 557-64.
34. COFV. (2007). Un nuevo informe reclama para Europa el modelo español de farmacia. Acta sanitaria. [online]. Disponible en URL: http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=4346 Fecha de consulta: 04-Julio-2007.
35. Comité de Consenso. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la medicación (RNM). Ars Pharm; 48 (1): 5-17.
36. Consultoría Antares. (2007). Estudio Eurofarma: Comparativa de las políticas farmacéuticas de la Unión Europea. Asociación para la promoción de la asistencia farmacéutica (APROAFA). Madrid. [online]. Disponible en URL: http://www.cofares.es/renderChannel.aspx?idChannel=30141&idNode=97421_2&s=em2fgw45ytzcup451h1wgfmg Fecha de consulta: 21-Marzo-2007.
37. Correa V., Armando P., Solá N. (2003). Información sobre medicamentos y su relación con el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico. Rev OFIL; 13(1): 51-56.
38. Correr CJ., Rossignoli P., Souza RA., Pontarolo R. (2004). Perfil de los farmacéuticos e indicadores de estructura y proceso en farmacias de Curitiba, Brasil. Seguim Farmacoter; 1: 37-45.
39. Cortes españolas. (1997). Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicio de las Oficinas de Farmacia. BOE; 100: 13450-13452.

40. Costa MR. (2005). A propaganda de medicamentos de venda livre: estratégias discursivas. [online]. Disponible en URL: http://www.projedoradix.org/Artigos/comsaudeVI/artigos/qt6c_propaganda.pdf. Fecha de consulta: 26-Junio-2005.
41. Crovetto JC. (2007). El farmacéutico y la comunidad en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Boletín Farmacéutico de la Asociación Farmacéutica Dominicana Inc. 2007; No. 3 Enero – Marzo: 10-11.
42. Cueto M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. Amer J Public Health; 94(11): 1864-74.
43. Daniel GW., Malone DC. (2007). Characteristics of older adults who meet annual prescription drug expenditure threshold for medicare medication therapy management programs. J Manag Care Pharm; 13(2): 142-154.
44. Davis SN. (2006). Insulin, oral hypoglycemic agents and the pharmacology of the endocrine pancreas. Chapter 60. En: Goodman E Gilman's. The Pharmacological Bases of Therapeutics. Ed. Laureau L. Brunton, PhD. 11na. Ed. Mc Graw-Hill. Toronto. ISBN 0-07-142280-3: 1613-1645.
45. Debesa García F. (2006). El farmacéutico y la salud pública. Rev Cub Far; 40(1): 47-53.
46. Declaración de Almaat. (2005). Declaración del Alma Ata 12 de septiembre de 1978. [online]. Disponible en URL: <http://www.femeba.org.ar/fundacion /DECLARACION DE ALMAAT. PDF/> Fecha de consulta: 28-Abril-2005.
47. Decreto N° 689. (1944). Gaceta Oficial de la República de Cuba. 24 de Marzo; 4741-4756.

48. De Dios R., Franco A., Chamorro L., Navas A., García J. (2001). Vías Clínicas en Atención Primaria. *Aten Primaria*; 28: 69-73.
49. Delgado G., Carreño R., Barreto L., Hernández M. (2004). Atención Farmacéutica. Una propuesta metodológica de aprendizaje para la práctica de Atención Farmacéutica en Farmacias de la comunidad. Ed. Nedagraf. Lima, Perú: 12-23; 131-182.
50. Detweiler MB., Kalafat N., Kim NY. (2007). Drug-induced movement disorders in older adults: an overview for clinical practitioners. *Consult Pharm*; 22(2): 149-165.
51. Dirección de Farmacia y Óptica. (1985). Proyecto de Farmacia para 3000 habitantes. Departamento de Proyectos-MINSAP. Archivos de la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica.
52. Dirección de Farmacia y Óptica. (1990). Anteproyecto Ley de Farmacia. Archivos de la Dirección de Farmacia y Óptica. Junio 1990.
53. Dirección de Farmacia y Óptica. (1994). Metodología para la apertura de unidades de Servicios de Farmacia. Archivos de la Dirección de Farmacia y Óptica –MINSAP. 11 de Abril 1994.
54. Dirección Nacional de Farmacia y Óptica. (2004). Informe de la reunión de análisis del plan sin falta de medicamentos y del programa de recuperación de los servicios farmacéuticos. MINSAP, mayo 2004.
55. Espejo J., Fernández F. (2002). Problemas relacionados con los medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de la Atención Primaria de la WONCA. *Pharm Care Esp*; 4: 122-127.

56. Ewald PA., Oliveira MD. (2005). Mídia farmacéutica: sociedade de consumo e fabricação da loucura. [online]. Disponible en: <http://www.projedoradix.org/Artigos/comsaudeVII/artigos/gt6/4.htm>.
Fecha de consulta: 26-Junio-2005.
57. Fagundes MJD., Gonçalves CS., Silva Junior LRF. (2005). Projeto de monitoração de propaganda e publicidade de medicamentos. [online]. Disponible en URL: http://www.projedoradix.org/Artigos/comsaudeVI/artigos/gt6a_propaganda.pdf. Fecha de consulta: 19-Septiembre-2005.
58. [Faife V. \(2004\)](#). Desafíos para una Asistencia Farmacéutica Integral. [online]. Disponible en URL: <http://www.opas.org.br/medicamentos/html/seminar2.htm> Fecha de consulta: 21-Octubre-2004.
59. Faife V. (2006). Comunicación personal. Especialista principal de la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica. MINSAP. Fecha: 12- Mayo-2006.
60. Farmacia en España. (2003). [online]. Disponible en URL: <http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomía/general/gp000031/index.html>.
Fecha de consulta: 27-Febrero-2003.
61. Faus MJ., Martínez F. (1999). La Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharm Care Esp; 1: 52-61.
62. Faus M.J. (2001). Tratamiento, control y seguimiento farmacoterapéutico del paciente diabético. Pharm Care Esp; 3(4): 240-247.

63. Faus MJ., Fernández Llimós F., Machuca M. (2003). Seguimiento farmacoterapéutico. En: Herrera J. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Editorial Elsevier España, S.A. Madrid, España: 451-470.
64. Faus MJ. (2004). Morbidity and Mortality Associated with Pharmacotherapy. Evolution and Current Concept of Drug-Related Problems. *Current Pharm Design*; 10: 3947-3967.
65. Fernández E., Hernández L., Licea M E., Cuba MM., Hernández L., Sedeño C. (2000). Logros del servicio de información de medicamentos en Cuba. *Rev. O.F.I.L.*; 1(1): 31-38.
66. Fernández-Llimós F., Martínez F., Faus MJ. (1999). Problemas relacionados con la medicación. Conceptos y sistemática de clasificación. *Pharm Care Esp*; 1: 279-288.
67. Fernández-Llimós F. (1999^a). La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*; 1: 90-96.
68. Fernández-Llimós F., Faus MJ., Caelles N., Espejo J., Gastelurrutia MA., Ibáñez J., Machuca M., Tuneu L. (2002). Seguimiento Farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp*; 4(3): 178-185.
69. Fernández-Llimós F., Tuneu L., Baena MI., García-Delgado A., Faus MJ. (2004). Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. *Curr Pharm Desing*; 10: 3947-3967.
70. Fernández-Llimós F., Faus MJ., Gastelurrutia MA., Baena MI., Martínez F. (2005). Evolución del concepto de problemas relacionados con los

medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma.

Seguim Farmacoter; 3: 167-188.

71. Ferner RE., Aronson JK. (2006). Clarification of terminology in medications errors. Definitions and classification. Drug safety; 29: 1011-1022.
72. Fialová D. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patient in Europe. JAMA; 293(11): 333-338.
73. Fink A., Kosecoff J., Chassin M., Brook RH. (1984). Consensus method: characteristics and guide-lines for use. Am J Pub Health; 74: 979-83.
74. Font I., Climente M., Jiménez NV. (2002). Validación de los procedimientos para la práctica clínica orientada a problemas farmacoterapéuticos. Calidad Asistencial; 17: 449-459.
75. FORO. (2006). Documento sobre PRM y RNM: conceptos y definiciones. Farmacéuticos; 315: 28-29.
76. Fundación Pharmaceutical Care España. (1999). Manual de procedimientos en Atención Farmacéutica. Primera edición, Barcelona, España. ISBN: 84-699-1180-5.
77. Gallagher P., Barry P., O'Mahony D. (2007). Inappropriate prescribing in the elderly. J. Clin Pharm Ther; 32(2): 113-121.
78. Garber J. (1998). Diabetes Mellitus. En: Stein JH. International Medicine. 4^{ta} Edición. Ed. Mosby Year Book. St Louis: 671-83.
79. García M., García E., Tena M., Urbon A. (2002). Seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias de los Colegios Farmacéuticos de Aragón (1): Implantación de la metodología Dáder. Pharm Care Esp; 4: 231-241.

80. García A., Gerardo A. (2006). Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cub Salud Pub; 32(2) [online]. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es&nrm=iso Fecha de consulta: 25-Septiembre-2007.
81. Gastelorrutia MA. (2002). Morbilidad por medicamentos: ¿qué conocemos hoy? El farmacéutico; 278: 42-51.
82. Gené J. Catalán A., Martín A., Cano JF. (2003). Utilización de medicamentos en Atención Primaria. En: Martín A., Cano JF eds. Atención primaria. Conceptos. Organización y práctica. 5ª ed. Madrid.
83. Goodman CM. (1987). The Delphi technique: a critique. J Adv Nurs; 12: 729-34.
84. Gómez V., Candás MA., Fidalgo S., Armesto J., Calvo MJ., Caldentey C. (2000). Análisis del Consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. Aten Primaria: 9: 46-60.
85. González BE. (2004). Caracterización de las sospechas de reacciones adversas medicamentosas mortales. Un enfoque económico. Cuba 2002-2003. Rev Cub Farm; 38: 75.
86. Gra G., Fernández SA., Fernández E., Licea ME. (2004). El adulto mayor y las interacciones medicamento-alimento. Rev Cub Far; Número especial ISBN 959-7164-66-3.
87. Grupo de expertos. (2001). Consenso sobre Atención Farmacéutica. MSC 2001. [online]. Disponible en URL:

<http://www.redfarmaceutica.com/atencion/consenso/indice.cfm>. Fecha de consulta: 2-Abril-2004.

88. Grupo de investigación en Atención Farmacéutica. (2003). Programa Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Ed. Grupo MSD. Universidad de Granada, España.
89. Harris ML. (1995). SWO. Second Report on Diabetes Mellitus. Geneva (Technical Report Series); 142: 1-5
90. Healthy people 2010. (2004). Challenges, opportunities and a call to action for America's pharmacists. White paper. Pharmacotherapy; 24(9): 1241-1294.
91. Hepler CD. (1987). The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement. Am J Pharm Ed; 51: 369-385.
92. Hepler CD., Strand LM. (1990). Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm; 47: 533-543.
93. Herrera J. (2001). Aspectos éticos de la Atención Farmacéutica desde la perspectiva de la cadena terapéutica del medicamento. Pharm Care Esp; 3: 223-226.
94. Herrera J. (2003). Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia clínica. Atención farmacéutica. En: Herrera J. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Editorial Elsevier España, S.A. Madrid, España: 1-17.
95. Higashi T., Shekelle P., Solomon D. (2004). The quality of pharmacologic care for vulnerable order patients. Ann Interne Med; 140: 714-720.
96. Instituto de Estudios Farmacéuticos. (2003). Población y distancia entre oficinas, criterios de apertura de farmacias en la Unión Europea. [online].

Disponible en URL:
http://www.inesfar.com/secciones/noticias/notas_prensa_ief.asp/ Fecha
de consulta: 8-Abril -2003.

97. International Pharmaceutical Federation. (2006). Statement of principle self-care including self-medication. The professional role of the pharmacists. [online]. Disponible en URL:
<http://www.fip.org/www2/statements/indexphp>. Fecha de consulta: 5-Mayo-2006
98. Iñesta A. (2001). Atención Farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. Rev Esp Salud Pública; 75(4): 285-290.
99. Jiménez NV., Font I., Climente M. (2003). Problemas farmacoterapéuticos. Guía para su prevención y resolución. Ed AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, España: 3-44; 105-134.
100. Ketchum K., Grass CA., Padwojski A. (2005). Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. AJN; 105(1): 78-85.
101. Knapp KK., Okamoto MP., Black BL. (2005). ASHP survey of ambulatory care pharmacy practice in health system-2004. Am J Health-Syst Pharm; 62: 274-284.
102. Lampela P., Hartikainen S., Sulkava R., Huupponen R. (2007). Adverse drug effects in elder people- a disparity between examination and adverse effects self-reported by the patient. Eur J Clin Pharm; 63(5): 509-515.

103. Lara MC., Couting G., Cires M. (2004). Consumo y costo de medicamentos utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial, el asma y la diabetes mellitus en Cuba. 1974 a 2004. *Rev Cub Far*; 38(2): 244
104. Leape LI., Berwick DM., Bares DW. (2002). What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patients' safety. *JAMA*; 288: 501-507.
105. Levenson SA., Saffel D. (2007). The consultant pharmacist and the phiscian in the nursing home: roles relationships and recipe for success. *Consult Pharm*; 22(1): 71-82.
106. Ley 10606. (2007). Título I. Capítulo I. El Senado y Cámara de diputados de la Provincia de Buenos Aires. [online]. Disponible en URL: www.colfar.org.ar/legislacion Fecha de consulta: 6-Agosto-2007.
107. Lizán L, Reig A. (2002). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*; 29(6): 378-84.
108. Loriato-Rodrigues S., Heliodoro NM. (2007). Atenção Farmacêutica: Diagnóstico das barreiras para sua implantação nas farmácias maistras de Vitória (ES). *Rev SBRAFH*; Año III (14): 44. ISSN 1808-4540.
109. Los Principios Rectores del Sistema Nacional de Salud Cubano. (2005). [online]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos15/sistema-nacional/sistemanacional.shtml> Fecha de consulta: 8-Abril-2005.

110. Lourenço RA., Martins CSF., Sanchez MA., Veras RP. (2005). Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Ver da Saúde de Saúde Pública*; 39 (62): 311-318.
111. Lourenço E., Ramalho-de Oliveira D., Perini E. (2006). Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? *Acta Farm. Bonaerense*; 25 (3): 447-53.
112. Lyra DP. Jr., Prado MC., Abriata JP., Pelá IR. (2004). Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados con medicamentos. *Seguim Farmacoter*; 2(2): 86-96.
113. Llambias J. (2003). Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado. *Rev Cub Salud Pub*; 29(3): 236-45.
114. Machuca M., Minué S. (2001). Relación médico-farmacéutico. Taller de trabajo. Fórum 10 años de Atención Farmacéutica, 17- 19 de mayo 2001, Granada, España.
115. Machuca M., Oñate MB., Gutiérrez-Aranda L., Machuca MP. (2004). Cartera de servicios de una farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter*; 2(1): 50-53.
116. Machuca M. (2006). Calidad en servicios farmacéuticos ambulatorios. Curso pre-Congreso. XII Congreso Internacional de O.F.I.L. Cartagena, Colombia, junio 2006.
117. Manasse HR., Thompson KK. (2005). Medication Safety: A Guide for Health Care Facilities. U.S.A, American Society of Health System Pharmacist.

118. Manno MS., Hayes DD. (2007). Best-Practice interventions: how medication reconciliation saves lives. [online]. Disponible en URL: <http://www.nursing2006.com> Fecha de consulta: 28-Marzo-2007.
119. Marco JL., Bosca B. (2002). Ingresos hospitalarios por problemas reacionados con la medicación en el Hospital General de Requena. Pharm Care Esp; 4: 286-289.
120. Marques SB., Dallari SG. (2007). Garantia do direito social à assistência farmacéutica no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública; 41(1): 101-107.
121. Martín MJ., Pérez C., La Casa C. (2003). Organización de una farmacia comunitaria. Dispensación de medicamentos. En: Herrera J. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Editorial Elsevier España, S.A. Madrid, España, 419-438.
122. Martínez AM, Lores D, Aguilera E. (2003). ¿A qué población vamos a proveer Atención Farmacéutica? Pharm Care Esp; 5(1): 39-44.
123. Martínez DA., González AP., Álvarez de Toledo SF., Parejo MIB., Olmos MJ., Ormaetxe GI. (2007). Risk indicators of preventable morbidity related to drug utilization. Gac Sanit; 21(1): 29-36.
124. Martínez F. (1996). Atención Farmacéutica. Un gran compromiso. Farm Prof Esp; 10 (5): 62-67.
125. Martínez-Olmos J., Baena MI. (2001). La Atención Farmacéutica, requisito para conseguir una atención sanitaria de calidad y basada en la evidencia científica. Ars Pharm; 42(1): 39-52.
126. Mateu L., González HM., Sedeño C. (2004). Superación profesional del farmacéutico, estudio preliminar para el desarrollo de un

- observatorio. Tesis de Maestría. Instituto de Farmacia y Alimentos, Universidad de La Habana. Cuba.
127. Mayoral RJF., Fernández LJ., Rubio LFJ. (2006). Current research status in pharmaceutical care. *Fram Hosp*; 30(1): 113-121.
128. Mikeal RL., Brown TP., Lazarus HL., Vinson MC. (1975) Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm*; 32: 567-574.
129. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones Sanitarias.
130. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Formación continuada. [online]. Disponible en URL: <http://www.msc.es/profesional/formacioncontinuada> Fecha de consulta: 1- Diciembre-2005.
131. MINSAP. (1975). Manual de Normas y Procedimientos de unidades minoristas de Farmacia. Departamento de Normas y Supervisión.
132. MINSAP. (1991). Programa Nacional de Medicamentos. Ministerio de Salud Pública. Cuba. *BOE*; 280: 41442-58.
133. MINSAP. (1996). Resolución Ministerial 219/96. Reglamento Funcional y Estructural de la Farmacia Principal Municipal.
134. MINSAP. (1999). Programa para el uso racional de los medicamentos de Cuba. PURMED. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.
135. MINSAP. (2001). Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Febrero 2001: 1-3.

136. MINSAP. (2001^a). Manual de Procedimientos. Farmacia Comunitaria. Cap. III. Dirección de Farmacia y Óptica. Ciudad de La Habana. Cuba
137. MINSAP. (2004). Aspectos generales del Sistema Nacional de Salud. [online]. Disponible en URL: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/aspectos.html Fecha de consulta: 24-Junio-2004.
138. MINSAP. (2004^a). Estrategias de capacitación y superación para las farmacias y droguerías. Presentado por la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica al Consejo de Dirección del Ministerio de Salud Pública, 30 de junio de 2004.
139. MINSAP. (2005). Centro para el desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Farmacia Comunitaria. [online]. Disponible en URL: <http://www.cdf.sld.cu/pnmactvi.htm/> Fecha de consulta: 10-Julio-2005.
140. MINSAP. (2006). Registros de la Red de Farmacias y Recursos Humanos. Archivos de la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica.
141. MINSAP. (2007). Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana, Febrero de 2006. [online]. Disponible en URL: <http://www.cub.ops-oms.org/Proyecciones%20para%20el%2015.pdf> Fecha de consulta: 25-Septiembre-2007.
142. MINSAP. Carpeta metodológica. (2007). El servicio farmacéutico como parte del desarrollo de la atención primaria. [online]. Disponible en URL: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/servicio.pdf> Fecha de consulta: 25-Septiembre-2007.

143. MINSAP/MINBAS. (2001). Curso nacional de actualización para profesionales farmacéuticos. Ciudad de La Habana.
144. Miranda M, Nieto OM. (2001). El Sistema de Suministros en los Servicios Farmacéuticos. Ed. Félix Varela, La Habana; 25-47.
145. Montilla JC. (2003). Desarrollo de la carrera profesional farmacéutica. *El Farmacéutico*; 292: 68-70
146. Navarro G., Martín N. (2003). Atención Farmacéutica: Educación sanitaria. En: Herrera J. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Editorial Elsevier España, S.A. Madrid, España: 491-506.
147. Neto JNR. (2005). A necessária profilaxia dos erros de propaganda e marketing em medicina. *Etica Rev Brasilia*; 3: 19
148. Oliveira AB., Oyakawa CN., Miguel MD., Zanin SMW., Montrucchio DP. (2005). Obstáculos da atenção farmacéutica no Brasil. *Rev Bras Ciências Farm*; 41(4): 409-413.
149. Oliveira M. (2007). Impacto Clínico da Atenção Farmacêutica em Grupos de Riscos. Curso Precongreso. VI Congreso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, 7-9 de Junio, Goiania, Brasil.
150. OMS/OPS. (1990). Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud. Los medicamentos esenciales. Washington D.C.
151. OMS. (1998). Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Guía de la buena prescripción. Organización Mundial de la salud. Ginebra
152. OMS. (1999). Informe de la reunión de la OMS en Tokio, Japón, 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud. *Pharm Care Esp*; 1: 207-211.

153. OMS. (2001). Effective Drug Regulation, A multicountry study. Essential Drugs and Medicines Policy Unit EDM. WHO.
154. OMS. (2003). Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. [online] Disponible en URL: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en. Fecha de consulta: 1-Diciembre-2003.
155. OMS. (2004). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Organización Mundial de la Salud. [online] Disponible en URL: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/ Fecha de consulta: 1-Abril-2004.
156. OMS. (2007). Fifty-eight World Health Assembly Agenda item 13.15, 25 de mayo de 2005. [online]. Disponible en URL: www.who.int/media-centre/events/2005/wha58/en/. Fecha de consulta: 25-Febrero-2007.
157. OMS/OPS. (1993). Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos. Declaración de Tokio. Federación Internacional Farmacéutica. OPS/HSS/HSE/95.01
158. OMS. (1995). Informe de Tokio sobre el papel de Farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm*; 36: 285-292.
159. OMS/OPS. (2005). Consejo directivo No. 44. Sesión del Comité Regional No. 55. Resolución CD44.R6. Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. [online]. Disponible en URL:

- http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/aps_resolucion.htm Fecha de consulta: 27-Enero-2005.
160. OPS. Doc. 22A. (2005). Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Cuba. [online]. Disponible en URL: [http://www.cub.opsoms.org/boletines/SERIADOS/SDROPS/Doc_22A.SDR%20ATENCIÓN%20Primaria.doc./](http://www.cub.opsoms.org/boletines/SERIADOS/SDROPS/Doc_22A.SDR%20ATENCIÓN%20Primaria.doc/) Fecha de consulta: 28-Abril-2005.
161. OPS. Doc. 569. (2005). La Salud en las Américas. Publicación No.569, 1998. [online]. Disponible en URL: http://www.cub.opsoms.org/boletines/SERIADOS/SDROPS/Doc_569.SDR%20ATENCIÓN%20Primaria.doc./ Fecha de consulta: 28-Abril-2005.
162. Ordenación Farmacéutica de Cantabria (2003). Ley 7/2001, de 19 de diciembre. 2001: 6 - 14. [online]. Disponible en URL: <http://www.todalaley.com/mostrarLey1597p7tn.htm>. Fecha de consulta: 20-Mayo-2003.
163. Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde. (2006). Avaliação da Assistência farmacéutica no Brasil: Estrutura, Processo e resultados. [online]. Disponible en URL: <http://www.bra.opsoms.org/informes/>. Fecha de consulta: 2-Marzo-2006.
164. Otero-López MJ. (2006). Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp*; 30(3): 81-87.
165. Panel de consenso ad hoc. (1999). Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp*; 1: 107-112.

166. Panel de Consenso. (2002). Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharm*; 43: 175-184.
167. Paura A., Branvatti S., Gurisatti C., Negrino S., Pott E. (2005). La Atención Farmacéutica en la Provincia de Buenos Aires (Argentina): su papel y contexto de aplicación. *Acta Farm. Bonaer*; 24 (4): 598-600.
168. Paura A., Consolini A., Filingher E. (2005^a). Introducción a la Atención Farmacéutica. Actualización profesional por gestión a distancia. Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires. La Plata. 1^{ra} Edición. ISBN: 987-21022-7-9.
169. Perfil de la Farmacia Española. (2003) [online]. Disponible en URL:
<http://www.correofarmacéutico.com/edición/noticia/0.2458,422052,00.htm>
Fecha de consulta: 8-Diciembre-2003.
170. Porta B., Jiménez V., Merino M., Jiménez NV. (2006). Diseño de estudios de investigación en Atención Farmacéutica. En: Jiménez Torres NV (ed). *Calidad farmacoterapéutica*. Publicacions de la Universitat de València, España: 451-474.
171. Prieto L., Badía X. (2001). Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Aten Primaria*; 28: 201-209.
172. Programa Nacional de Medicamentos, 2001. (2005). [online] Disponible en URL:
<http://www.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/programanac/pdf/>
Fecha de consulta: 10-Julio-2005.

173. Raigordosky G. (1990). Análisis comparativo de la Red de Farmacias y Recursos Humanos con otros países. Dirección de Farmacia y Óptica. MINSAP. Archivos de la Dirección Nacional de Farmacia y Óptica. MINSAP.
174. Roca R., Smith V., Paz E., Losada J., Serret B., Llamas N. (2002). Diabetes Mellitus. En: Temas de Medicina Interna. 4^{ta} Edición. ECIMED. La Habana: 211-252.
175. Rodríguez O., Fernández E., Fernández SA., Sánchez R., Gazapo R., Cutié E. (2001). Pregestational and gestational factors which influence ferropenic anaemia in pregnancy. Rev Cub Far; 35: 317-319.
176. Rodríguez O., Fernández SA., Gazapo R., Fernández E., Rodríguez T., Sánchez R. y col. (2002). Factores que inciden en la anemia ferropénica de la embarazada. Rev Cub Far; 36 (3): 176 -181.
177. Rodríguez MA., Rodríguez A., García E. (2004). Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el Programa Dáder en dos farmacias rurales. Seguir Farmacoter; 2(2): 286-290.
178. Rodríguez M, Escarcena V, Martín M. (2006). Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado. Farm Aten Prim; 4(3): 78-84.
179. Rojas F. (2005). Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cub Med Gen Integr; 19(1) [online]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi10103.htm Fecha de consulta: 27-Enero-2005.

180. Rojas F. (2006). La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. Rev Cub Med Gen Integr; 18 (5). [online]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0152002.htm Fecha de consulta: 2-Marzo-2006.1104-1107.
181. Romero AF., Henriques RD. (2002). Los medicamentos, las empresas transnacionales y los derechos de propiedad intelectual. Implicaciones para las sociedades de los países en desarrollo. En: Editor Científico Acosta J.R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Anuario; 563-582.
182. Rosell A. (2005). Centro de Información del Medicamento: la información para la Red Nacional de Farmacoepidemiología de Cuba. ACIMED; 13(2). [online]. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_2_05/aci13_05.pdf . Fecha de consulta: 20-Diciembre-2005.
183. Rosholm JU., Holm EA. (2007). Polypharmacy in elderly patients – the eternal problema. Ugeskr Laeger; 169(12): 1104-1107.
184. Sánchez AM., Creis J., Arreaza M. (2001). Análisis de las consultas al farmacéutico de los usuarios de las farmacias de Ciudad Real. Pharm Care Esp; 3: 106-121.
185. Sedano E. (2005). El farmacéutico de atención primaria. Un nuevo ejercicio profesional que requiere la creación de un título de especialista. [online]. Disponible en URL: <http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/expertos/aprimaria/index.html> Fecha de consulta:13-Abril-2005.

186. Sedano E. (2006). El farmacéutico comunitario y las actividades preventivas. [online]. Disponible en URL: <http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/expertos/comunitarios/index.html/> Fecha de consulta: 22-Mayo-2006.
187. Sedeño C., Fajardo D., Herrera A., Mateu L., Sánchez A., Hernández M. (2005). La información farmacoterapéutica al paciente ambulatorio, vía fundamental para garantizar el uso racional de medicamentos en atención primaria de salud. *Acta Farm Bonaer*; 24(4): 585-9.
188. Segú JL., Casain T., Gilabert A., Madrideojos R., March M., Prats M. (2000). Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Análisis de la situación y líneas estratégicas. *Pharm Care Esp*; 2: 223-258.
189. Spath PL. (2003). Using failure mode effects analysis to improve patient safety. *AORNJ*; 78: 16-37.
190. Solá N., Correa V., Uema S., Vega E. (2000). Propuesta docente para integrar conocimientos teóricos sobre Atención Farmacéutica en la práctica profesional. *Pharm Care Esp*; 2: 170-176.
191. Soto J. (2005). Investigación de resultados en salud: el conocimiento del valor terapéutico añadido de los medicamentos. *Pharmacoeconomics-Spanish Research Articles*; 2: 111-115.
192. Strand LM., Morley PC., Cipolle RJ., Ramsey R., Lamsam GD. (1990). Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm*; 24: 1093-7.

193. University of Massachusetts of Medical School. (2007). Utilization Review Program. [online]. Disponible en URL: <http://www.umassmed.edu/dur/>. Fecha de consulta: 23-Marzo-2007.
194. Vidal MC. (1999). El desarrollo y planificación de la atención farmacéutica en España. Rev OFIL; 9(3): 22-32.
195. Vieira FS. (2007). Possibilidades de contribuição do farmacêutico da saúde. Ciênc. Saúde Coletiva; 12(1): 231-220.
196. Wagner EH. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. BJM; 320: 569-572.
197. Westerund T. (2001). A National Pharmacy Chain. Pross and Cons of the Swedish System. J Managed Pharm Care; 1(1): 83-88.
198. Wilson IB., Schoen C., Neuman P., Strollo MK., Rogers WH., Chang H., Safran DG. (2007). Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. J Intern Med; 22(1): 6-12.
199. Wledemeyer K., Summers RS., Mackle CA., Gous AG., Everard M. (2006). Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Part I. Pharmacists in the health care team: a police perspective. Ed. OMS e International Pharmaceutical Federation. Geneva, Suiza; 1-47.
200. Yu KH., Nation RL., Dooley MJ. (2005). Multiplicity of medication safety terms, definition and functional meanings: when is enough enough? Qual Saf Health; 14: 358-63
201. Zurro A., Cano JF. (1994). Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª Ed. Editorial Mosby/Doyma Libros, Barcelona, España: 3-6; 14-8; 220-35.

Índice Anexos Electrónicos

ÍNDICE DE ANEXOS ELECTRÓNICOS

No. Anexo	Título
AE- 1	Factores que influyen en la Atención Farmacéutica.
AE- 2	Instrumento de recogida de datos. Supervisión nacional FC.
AE- 3	Información seleccionada del Instrumento recogida de datos.
AE- 4	Cuestionario para la evaluación del programa de AF.
AE- 5	Consentimiento informado.
AE- 6	Cuestionario de conocimientos sobre diabetes.
AE- 7	Material educativo. Diabetes Mellitus.
AE- 8	Coefficiente de correlación de Spearman. Diagnóstico 2004.
AE-9	Farmacias/100 000 habitantes y habitantes/farmacia/ países.
AE-10	Farmacias, presencia PF indicadores municipales. Cuba, 2004.
AE-11	Indicador Farmacias/10 000 habitantes municipal/provincia.
AE-12	Farmacias y PF por Áreas de salud. Ciudad de La Habana.
AE-13	Correlación entre habitantes, farmacias y AS. Ciudad Habana.
AE-14	Áreas de salud de Ciudad de La Habana.
AE-15	Circular TF 03. Apertura y/o cierre de farmacias comunitarias.
AE-16	Manual de Normas y Procedimientos. FC, 2005.

Glosario

GLOSARIO

Atención Farmacéutica: Provisión responsable de farmacoterapia con el objetivo de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Farmacia Comunitaria de Atención a Hospitales: Dispone de medicamentos del cuadro básico para uso ambulatorio, que correspondan con las especialidades del Hospital y otros que garanticen la atención al paciente asistido por Urgencias (acordados por el Comité de Fármaco- terapéutica y aprobado por la Dirección Provincial de Salud.)

Farmacia Comunitaria Especial de Área de Salud: Dispone de medicamentos imprescindibles controlados por tarjeta; estupefacientes y psicotrópicos sujetos a control; medicamentos del cuadro básico que aseguren los servicios del Policlínico y otras unidades que se vinculen.

Farmacia Comunitaria Normal: Incluye las farmacias urbanas, rurales y las vinculadas a los policlínicos, dispone de medicamentos imprescindibles, definidos para la comunidad en que se encuentre ubicada.

Farmacia Principal Municipal: Unidad rectora de la red de farmacias del territorio. Mantiene existencias de medicamentos del cuadro básico para uso ambulatorio; para enfermedades que causan ingreso en el hogar; para enfermedades crónicas (control por tarjetas); drogas, estupefacientes y psicotrópicos; preparaciones dispensariales y medicamentos de producción local, así como fitofármacos y apifármacos.

Problema Relacionado con el Medicamento (L. Strand y col. 1990): Experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados del paciente.

Problema Relacionado con el Medicamento. Primer Consenso de Granada 1998. (Panel de consenso ad hoc., 1999): Problema de salud vinculado con la farmacoterapia y que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en el paciente.

Problema Relacionado con el Medicamento. Segundo Consenso de Granada. (Panel de Consenso, 2002): Problema de salud, entendido como resultado clínico negativo, derivado de la farmacoterapia que, producido por diversas causas, conduce a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.

Problema Relacionado con el Medicamento. Tercer Consenso de Granada. (Comité de Consenso, 2007): Aquella situación que en el proceso de medicamentos causa o puede causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

Problema de Salud: Todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte de los agentes de salud, incluido el propio paciente.

Profesional Farmacéutico: Licenciado en Ciencias Farmacéuticas.

Resultado Negativo asociado a la Medicación: Resultado en la salud del paciente no adecuado al objetivo de la farmacoterapia y asociado al uso o fallo en el uso de medicamentos.

Servicios Farmacéuticos: Grupo de prestaciones relacionadas con el medicamento, destinadas a apoyar las acciones de salud que demanda la comunidad, a través de una atención farmacéutica que permita la entrega

expedita y oportuna de los medicamentos a pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Servicios Farmacéuticos Comunitarios: orientados fundamentalmente a la atención farmacéutica del paciente a través del acto de la dispensación del medicamento, la información al paciente dirigida a promover el cumplimiento de la terapia y a orientar una automedicación responsable y educación al paciente y a la comunidad a fin de promover el uso racional de los medicamentos.

Uso Racional de Medicamento: Utilización del medicamento adecuado a las necesidades clínicas del paciente, a la dosis precisa, según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para él y la comunidad.

Abreviaturas

ABREVIATURAS UTILIZADAS

Abreviatura	Significado
AE	Anexo electrónico
AF	Atención Farmacéutica
APS	Atención Primaria de Salud
AS	Área de Salud
ASHP	American Society of Health-System Pharmacist
CDF	Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología
CMF	Consultorio Médico de Familia
COFV	Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia
DM	Diabetes Mellitus
FC	Farmacia Comunitaria
FCAH	Farmacia Comunitaria de Atención a Hospitales
FCEAS	Farmacia Comunitaria Especial de Área de Salud
FCN	Farmacia Comunitaria Normal
FNM	Formulario Nacional Medicamentos
FPM	Farmacia Principal Municipal
FPM-G	Farmacia Principal Municipal del municipio Guanabacoa
FPM-H	Farmacia Principal Municipal del municipio Holguín
MINBAS	Ministerio de la Industria Básica
MINSAP	Ministerio de Salud Pública

MNP	Manual de Normas y Procedimientos
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
OF	Oficina de Farmacia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Profesional Farmacéutico
PNM	Programa Nacional de Medicamentos
PRM	Problema Relacionado con los Medicamentos
PS	Problema de Salud
RNM	Resultado Negativo asociado a la Medicación
SF	Servicios Farmacéuticos
SFC	Servicios Farmacéuticos Comunitarios
SFT	Seguimiento Farmacoterapéutico
SS	Sistema de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
TOM	Therapeutic Outcomes Monitoring (Monitorización de Resultados Terapéuticos)
UE	Unión Europea
URM	Uso Racional de Medicamentos

Producción Científica

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Profesor Auxiliar (1998).

Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Universidad de La Habana, 1976.

Master en Farmacia Clínica, 1995.

PUBLICACIONES.

1. E. Fernández Manzano. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Perspectivas de su implantación en Cuba. Rev Cub Farm **2002**; Vol 36, Suplemento Especial No. 1 (ISSN 0034-7515).
2. E. Fernández Manzano, SA. Fernández Monagas, D. D'Alerta. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes diabéticos. Rev Cub Farm **2002**; Vol 36, Suplemento Especial No. 1 (ISSN 0034-7515).
3. E. Fernández, S. Fernández, B. Carrasco, D. D'Alerta. Atención Farmacéutica en pacientes diabéticos. Rev Cub Farm **2003**, Vol. 37 No. Especial. http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol37_s_03/r_taller_c.pdf
4. C. Sedeño, E. Fernández. Atención farmacéutica: ejercicio del profesional que contribuye al uso racional de los medicamentos en la sociedad. Academia, **2003** ; Vol.3 No.1: 15 -17.
5. E. Fernández Manzano, RD. Henriques Rodríguez, L. Iñiguez Rojas, SA. Fernández Monagas, LI. González Quezada. Programa de Atención Farmacéutica Comunitaria en Cuba. Caracterización de los Servicios Farmacéuticos. Rev O.F.I.L., No. Extraordinario – Mayo **2004**; Vol. 13: 37 (Comunicación breve).
6. E. Fernández Manzano, SA. Fernández Monagas, LI. González Quesada, RD. Henriques Rodríguez, L. Iñiguez Rojas. Exploración de la disponibilidad de los servicios farmacéuticos comunitarios cubanos. Rev O.F.I.L. **2005**, vol.15 no.1: 21-27.
7. E. Fernández Manzano, SA. Fernández Monagas, V. Faife Pérez, GM. Castillo Quiel, L. Iñiguez Rojas, RD. Henriques Rodríguez. Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en las regiones central y oriental de Cuba. Rev Cub Far **2006**; 40 (1).
8. E. Fernández Manzano. El farmacéutico y la atención al paciente diabético. Boletín Farmacéutico. Asociación Farmacéutica Dominicana, Inc. Mayo **2006**: 5. También se encuentra en la página Web oficial del Colegio de Químicos Farmacéuticos de Perú: <http://www.cqfperu.org/revista/boletines/BolAFD200605.pdf>
9. E. Fernández Manzano. Atención Farmacéutica: Un servicio de excelencia al cliente. Boletín Farmacéutico. Asociación Farmacéutica Dominicana, Inc. Octubre – Diciembre **2006**: 2. También se encuentra en la página Web oficial del Colegio de Químicos Farmacéuticos de Perú: <http://www.cqfperu.org/revista/boletines/BolAFD200610.pdf>
10. E. Fernández Manzano, SA. Fernández Monagas, V. Faife Pérez, RD. Henriques Rodríguez, L. Iñiguez Rojas, D. Hernández Fonseca. Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en la región occidental de Cuba, 2004. Rev Cub Far **2006**; 40 (3).

11. Edita Fernández Manzano. Valoraciones éticas en la práctica farmacéutica. Boletín Farmacéutico de la Asociación Farmacéutica Dominicana Inc. **2007**; No. 3 Enero – Marzo: 12. También se encuentra en la página Web oficial del Colegio de Químicos Farmacéuticos de Perú <http://www.cqfperu.org/revista/boletines/BolAFD200701.pdf>
12. E. Fernández Manzano. Información de medicamentos: una herramienta del farmacéutico. Boletín Farmacéutico de la Asociación Farmacéutica Dominicana, Inc. **2007**; No. 4 (Abril – Junio) :10. También se encuentra en la página Web oficial del Colegio de Químicos Farmacéuticos de Perú: <http://www.cqfperu.org/revista/boletines/BolAFD200704.pdf>
13. E. Fernández Manzano, S. Moure Lorenzo, L. Iñiguez Rojas, JS. Pérez Piñero, SA. Fernández Monagas, RD. Henriques Rodríguez. Distribución y accesibilidad de las farmacias comunitarias: un acercamiento a la atención farmacéutica. Latin American Journal of Pharmacy (formerly Acta Farmacéutica Bonaerense) **2007**; 26 (3): 435-41.
14. Moure Lorenzo Sonia, Iñiguez Rojas Luisa, Fernández Manzano Edita, Pérez Piñero Julia. La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública, ene.-mar. **2007**, vol.33, no.1, p.0-0. ISSN 0864-3466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100004&lng=es&nrm=iso
15. E. Fernández Manzano. Importancia de la comunicación farmacéutico – paciente. Boletín Farmacéutico de la Asociación Farmacéutica Dominicana, Inc. **2007**; No. 5 (Julio – Septiembre) .También se encuentra en la página Web oficial del Colegio de Químicos Farmacéuticos de Perú: <http://www.cqfperu.org/revista/boletines/BolAFD200707.pdf>
16. S. Moure Lorenzo, E. Fernández Manzano, J. Pérez Piñero, R. Henriques Rodríguez, L. Iñiguez Rojas. Caracterización del Servicio Farmacéutico Comunitario. Ciudad de La Habana. [online]. Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/sonia_moure_lorenzo_tesis.pdf
17. E. Fernández Manzano. La farmacia comunitaria y la atención primaria de salud. Boletín Farmacéutico de la Asociación Farmacéutica Dominicana, Inc. **2007**; No. 6 (Octubre – Diciembre) (en imprenta).

EVENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

1. IV Jornada de Farmacia Clínica CIMEQ. La Habana, Cuba. Mayo 2002. “Relación farmacéutico-paciente-médico, un reto de la Atención Farmacéutica” (C).
2. CUBAFARMACIA 2002, La Habana, Cuba. Octubre 2002. “Programa Dáder de seguimiento del tratamiento Farmacológico. Perspectivas de su implementación en Cuba” (C). “Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes diabéticos” (Tema libre oral).
3. II Conferencia Interamericana de Farmacia y Nutrición. La Habana, Cuba. Marzo 2003. “Atención Farmacéutica en pacientes diabéticos” (C). Centros de Información de Medicamentos y la calidad en el ejercicio de la Atención Farmacéutica” (Mesa redonda).
4. I Encuentro UH-ELAM-Sociedad Cubana de investigaciones Filosóficas. La Habana, Cuba. Abril 2003. “Atención Farmacéutica: ejercicio profesional que contribuye al Uso Racional de Medicamentos” (C).

5. III Jornada Provincial de Medicamentos. La Habana, Cuba. Noviembre 2003. "Exploración de los Servicios Farmacéuticos en el municipio Plaza de la Revolución" (Tema libre oral).
6. XVIII Congreso de la Federación Panamericana de Farmacia y del XXVIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Ciencias Farmacéuticas. Santo Domingo, Rep. Dominicana. Noviembre 2003. "Atención Farmacéutica en Cuba" (C). "Ética y Bioética profesional farmacéutica" (C). "Bases para la implementación de un programa de Atención Farmacéutica" (Cartel).
7. XI Congreso Internacional de la Organización de Farmacéuticos Ibero-latinoamericanos (OFIL). Guatemala. Mayo 2004. "Programa de Atención Farmacéutica comunitaria en Cuba. Caracterización de los Servicios Farmacéuticos" (Cartel).
8. XV Forum de Ciencia y Técnica y V Jornada Científica. Clínica Internacional de Varadero, Matanzas, Cuba. Junio 2004. "Identificación de Problemas Relacionados con los Medicamentos. Programa Dáder" (C).
9. CUBA FARMACIA-ALIMENTOS 2004. La Habana, Cuba. Junio 2004. "Un reto de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios: Atención Farmacéutica al paciente ambulatorio" (C). "Resultados Preliminares de la aplicación de un programa de Atención Farmacéutica" (C).
10. Segunda Jornada de Tecnólogos de la Salud. La Habana, Cuba. Julio 2004. "Atención Farmacéutica. Enfoque actual de la farmacia asistencial" (C). "Resultados preliminares de la aplicación de un programa de Atención Farmacéutica" (Cartel).
11. XIX Congreso Nacional de Ciencias Químicas y Farmacéuticas y XIII Expofarma. El Salvador. Noviembre 2004. "Bases metodológicas y operacionales para un Programa de Atención Farmacéutica" (C).
12. VI Congreso Farmacéutico Nacional. Sto. Domingo, Rep. Dominicana. Marzo 2005. "La Atención Farmacéutica en el sistema nacional de salud. Exigencias bioéticas de la profesión farmacéutica" (C). "Atención Farmacéutica en el sistema de salud Latinoamericano. Uso Racional de Medicamentos" (Foro). "Algunos indicadores vinculados a la implementación de la Atención Farmacéutica en los Servicios Farmacéuticos Comunitarios" (Cartel).
13. Taller de Armonización Curricular de la Universidades de República Dominicana. Santo Domingo, Rep. Dominicana. Marzo 2005. "Atención Farmacéutica" (C).
14. IX Encuentro OFIL América – España. León, España. Abril 2005. "Atención Farmacéutica en Cuba en el ámbito de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios" (C).
15. FARMACIENCIA 2005. Holguín, Cuba. Septiembre 2005. "¿Es posible desarrollar la Atención Farmacéutica en la región oriental Cuba?" (C).
16. Jornadas Farmacéuticas de la Federación Panamericana de Farmacia y la Asociación Farmacéutica Dominicana, Santo Domingo, Rep. Dominicana. Noviembre 2005. "Atención Farmacéutica en la comunidad" (C).
17. IV Jornada Provincial de Medicamentos. La Habana, Cuba. Noviembre 2005. "Actuación profesional farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico" (C).
18. XXIX Congreso de la Federación Farmacéutica Centroamericana y El Caribe y IX de la Sociedad Cubana de Ciencias Farmacéuticas. La

- Habana, Cuba. Noviembre-Diciembre 2005. "Funciones asistenciales de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios relacionados con la Atención Farmacéutica" (C).
19. VII Congreso Nacional y II Congreso de la Industria Farmacéutica Dominicana. Sto. Domingo, Rep. Dominicana. Mayo 2006. "Atención Farmacéutica: herramienta del Uso Racional de los Medicamentos en los Servicios Farmacéuticos" (C).
 20. XII Congreso de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos, Cartagena, Colombia. Mayo-Junio 2006. "La Farmacia de Atención Primaria en Cuba" (C). "Experiencias en AF en Cuba" (C).
 21. XXI Congreso Nacional de Ciencias Químicas y Farmacéuticas y XV EXPOFARMA 2006, El Salvador, 25-27 de Octubre de 2006. "Contribución de la Atención Farmacéutica al uso correcto de los medicamentos" (C).
 22. XIX Congreso Panamericano de Farmacia, México DF, 14-17 de Noviembre de 2006. "Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria en Cuba" (C). "Atención Farmacéutica a pacientes diabéticos de Ciudad de La Habana" (Cartel).
 23. XVIII Encuentro de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.) en República Dominicana, 6 y 7 de Marzo de 2007. "Estrategias para establecer Atención Farmacéutica integrada a los Sistemas de Salud" (C). "Calidad en los servicios asistenciales en la Farmacia Comunitaria" (C).
 24. VI Congreso de la Sociedad Brasileña de Farmacia Hospitalaria, Goiania, Brasil, 7 – 9 de Junio de 2007. "Ferramentas da comunicação eficiente entre farmacêutico e paciente" (C).
 25. IV Encuentro de Bioética en la Educación Superior, 26-27 Septiembre 2007. "Responsabilidades bioéticas en la Atención Farmacéutica" (Cartel).
 26. XXII Congreso Nacional de Ciencias Químicas y Farmacéuticas y XVI EXPOFARMA 2007, El Salvador, 23-25 de Octubre de 2007. "Presente y futuro de la Atención Farmacéutica" (C).
 27. Seminario Científico de la Asociación Salvadoreña de Químicos y Farmacéuticos Hospitalarios: El Salvador, 26 de octubre de 2007. "Evolución de la Atención Farmacéutica, su relación con los Consensos de Granada: PRM RNM" (C).
 28. XXX Congreso de la Federación Farmacéutica Centroamericana y El Caribe, Panamá, 28 Nov – 1 Diciembre de 2007. "Atención Farmacéutica como modelo de autogestión calidad de vida del paciente ambulatorio" (C).

CURSOS Y TALLERES IMPARTIDOS.

1. "Modelos de Atención Farmacéutica". VII Congreso SCCF, Octubre 1998. (Curso pre- Congreso).
2. "Actualización terapéutica en DM tipo 2". Curso Nacional a endocrinólogos, convocado por la Sociedad Cubana de Endocrinología. Junio 2001.

3. "Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria". I Congreso de la OFIL, capítulo ecuador, Julio 2001. (Curso pre-Congreso).
4. "Polifarmacia en DM tipo 2". VI Congreso Cubano de Diabetes, II Simposio cubano de inmunología de la Diabetes, Octubre 2002.
5. "Atención Farmacéutica". XVIII Congreso de la Federación Panamericana de Farmacia (FEPAFAR) y XXVIII Congreso de la Federación Farmacéutica Centroamericana y El Caribe (FFCC), Noviembre 2003. Rep. Dominicana. (Curso pre-Congreso).
6. Taller de "Atención Farmacéutica" Hosp. Hnos. Ameijeiras, Diciembre 2004.
7. Taller Seguimiento Farmacoterapéutico en la práctica médica de excelencia", Instituto Nacional de Gastroenterología, Marzo 2005.
8. "Atención Farmacéutica en los servicios comunitarios y hospitalarios". Asociación Farmacéutica Dominicana, Sto. Domingo, Rep. Dominicana, Noviembre 2005.
9. "Atención Farmacéutica comunitaria y hospitalaria" XIX Congreso de la Federación Farmacéutica Centroamericana y El Caribe, La Habana, Diciembre 2005. (Curso Post- Congreso).
10. "Taller integrador de la actividad asistencial del profesional farmacéutico" en Pinar del Río, Marzo 2006.
11. "Curso Multidisciplinario de Actualización para Farmacéuticos", AFD en Sto. Domingo, República Dominicana, Abril 2006.
12. "Atención Farmacéutica en el Taller de Armonización Curricular", convocado por las Facultades de Farmacia de Universidades Dominicanas, Sto. Domingo, Rep. Dominicana, Mayo 2006.
13. "Atención Farmacéutica en el ámbito hospitalario". XIX Congreso de FEPAFAR, México, Noviembre 2006.
14. "Actualización farmacéutica". Asociación Farmacéutica Dominicana, Rep. Dominicana, Marzo 2007.
15. "Actualización en farmacia comunitaria", Universidad Autónoma de Sinaloa, México, Agosto 2007.

DIRECCIÓN DE TESIS RELACIONADAS CON LA TEMÁTICA.

Tesis de Diploma.

1. Seguimiento farmacoterapéutico al paciente diabético con la aplicación de la Metodología Dáder. Pacientes ambulatorios. (2002).
2. Seguimiento farmacoterapéutico al paciente diabético con la aplicación de la Metodología Dáder. Pacientes hospitalizados. (2003).
3. Disponibilidad de los Servicios Farmacéuticos cubanos. Estudio preliminar. (2003).

4. Algunos indicadores relacionados con el perfeccionamiento de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios de la Empresa de Medicamentos del Este de Ciudad de La Habana. (2004).
5. Atención Farmacéutica a pacientes diabéticos en el nivel primario de salud. (2004).
6. Determinación y evaluación de indicadores de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios en el Centro y Oriente de Cuba. (2005).

Tesis de Maestría.

1. Diseño de un programa de Atención Farmacéutica en la Farmacia Universitaria Alexander Fleming, Puebla. (2003).
2. Propuesta de un Programa de Atención Farmacéutica según el Método Dáder para gestantes con enfermedad hipertensiva. (2005).
3. Caracterización de los Servicios Farmacéuticos Comunitarios. Ciudad de La Habana, 2003. (2005).
4. Servicios Farmacéuticos Comunitarios Cubanos. Consideraciones para su perfeccionamiento. (2006).
5. Propuesta de un programa de Atención Farmacéutica para pacientes con Leucemia Aguda y Transplante de médula ósea. (2007).