

ARTÍCULO ORIGINAL

## **Sistema organizativo para implementar el ejercicio de la atención farmacéutica hospitalaria en Santiago de Cuba**

### **Organizational system for implementation of the pharmaceutical care practice at hospital in Santiago de Cuba province**

**Ivette Reyes Hernández,<sup>I</sup> Isis Beatrís Bermúdez Camps,<sup>II</sup> Silvia Storpirtis,<sup>III</sup> Silvia Cruz Baranda,<sup>I</sup> Eduardo Fernández Sánchez<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias Naturales. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. Cuba.

<sup>II</sup> Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Facultad de Ciencias Farmacéuticas. Universidad de São Paulo, Brasil.

---

#### **RESUMEN**

**Introducción:** a partir de 1990 se han desarrollado programas de Atención Farmacéutica en ambiente hospitalario, centrando su atención en el Seguimiento farmacoterapéutico, sin embargo, la comunidad científica internacional farmacéutica visualiza problemáticas como la ausencia de un ejercicio sistematizado, continuo y permanente.

**Objetivo:** diseñar un sistema organizativo para implementar el ejercicio de la atención farmacéutica como práctica profesional, en el ámbito hospitalario cubano, específicamente en la provincia Santiago de Cuba.

**Métodos:** para el diseño del sistema se aplicaron herramientas del método sistemático; se definieron: partes componentes, principios, estructura y representación gráfica, así como, características y enfoque.

**Resultados:** se propuso un sistema organizativo complejo, dinámico, probabilístico, adaptable e inestable, dependiente de la integración de factores interactuantes que son: sistema de relaciones esenciales, estructura, proceso y resultado; aplicable a cualquier actividad farmacéutica hospitalaria orientada a la clínica, bajo los conceptos de la atención farmacéutica.

**Conclusiones:** la implementación del sistema propuesto se podrá constituir en elevada contribución para la atención farmacéutica hospitalaria en Cuba, en la medida en que las recomendaciones puedan ser adoptadas por las autoridades sanitarias cubanas.

**Palabras clave:** atención farmacéutica, servicios farmacéuticos hospitalarios, enfoque sistemático.

## ABSTRACT

**Introduction:** starting from 1990, several pharmaceutical care programs have been developed at the hospital setting, focused on the pharmacotherapeutic follow-up of the patient. However, the international scientific community of pharmacists has envisaged some problems such as the lack of systematic, continuous and permanent implementation.

**Objective:** to design an organizational system to support the pharmaceutical care as a professional practice at the Cuban hospital settings, particularly in Santiago de Cuba province.

**Methods:** the systemic method tools were used for the system design and the components, the principles, the structure and the graphic presentation as well as the characteristics and the approach were all defined.

**Results:** a complex, dynamic, probabilistic, adaptive and unstable system was put forward, which will depend on the integration of interacting factors as the following: System of essential relationships, Structure, Process and Result will be applicable to any clinic-oriented pharmaceutical activity at hospital under the concepts of the Pharmaceutical Care.

**Conclusions:** the implementation of the suggested system could represent a significant contribution to the pharmaceutical care at hospital in Cuba as long as the Cuban health authorities adopt the recommendations made in this respect.

**Keywords:** pharmaceutical care, Pharmaceutical Hospital Services, systemic approach.

---

## INTRODUCCIÓN

En 1990 Charles Hepler y Linda Strand publicaron el artículo *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*<sup>1</sup>; iniciándose un movimiento mundial relacionado al ejercicio profesional del farmacéutico y la atención farmacéutica (AF) que desplazó el centro de atención del medicamento al paciente.<sup>2-7</sup>

A partir de este momento fueron numerosos los programas de AF desarrollados a nivel hospitalario; se reforman procedimientos estandarizados para prestar AF en Estados Unidos,<sup>8</sup> Canadá<sup>9</sup> y Australia.<sup>10</sup> Asimismo, programas desarrollados en ambiente hospitalario en Estados Unidos<sup>8,11</sup> y en España,<sup>12-14</sup> además de métodos para realizar seguimiento farmacoterapéutico (SFT): Pharmacotherapyworkup,<sup>15</sup> *Soap approach*,<sup>16</sup> método Dáder<sup>13</sup> y el método IASER,<sup>14</sup> basados en la responsabilidad que incide en los farmacéuticos de implantarlo, para el cuidado individual de pacientes.

Estos programas y métodos centraron su atención en el SFT con el objetivo de detectar, prevenir y solucionar problemas relacionados con los medicamentos (PRM); sin embargo, la comunidad científica internacional farmacéutica visualiza problemáticas, entre las que se encuentran: 1) amplia variabilidad en la metodología para investigar en AF; 2) falta de normalización de los procedimientos de registro, tipificación y asignación del origen de los PRM; 3) aplicación de forma indistinta de los métodos mencionados anteriormente, sin tener en cuenta las realidades de los sistemas de salud, para adaptarlos a ellos;<sup>4,14</sup> 4) la práctica mantiene el centro de la actividad en el medicamento y su dispensación;<sup>17-20</sup>

y 5) ausencia de un ejercicio sistematizado, continuo y permanente.<sup>21</sup> Todo lo anterior trae consigo el no poder hacer comparaciones de los resultados, ni metaanálisis lo que explica el retraso en la aceptación universal, por los diferentes profesionales sanitarios, de los programas de AF.<sup>14</sup>

Esta misma situación se revela en las instituciones hospitalarias cubanas,<sup>21</sup> en las que además el ejercicio de las funciones de farmacia clínica (FC) y de la AF es limitado,<sup>22</sup> pues a pesar de existir un acercamiento a la concepción de estas funciones, en el *Manual de procedimientos para farmacias hospitalarias (MNPFH)* vigente,<sup>23</sup> no se precisa un modelo que guíe su práctica bajo los conceptos actuales de la AF que permita la organización, planificación y control de dichas actividades.

El presente trabajo tiene como objetivo demostrar la necesidad de aplicar el método sistémico al análisis de las problemáticas que se implican en el ejercicio de la AF para implementarlo como práctica profesional, en el ámbito hospitalario cubano, específicamente en la provincia Santiago de Cuba.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud con base en el método sistémico, partiendo del análisis de problemáticas que se implican en el ejercicio de la AF a nivel hospitalario en el ámbito internacional y nacional.

Para establecer la propuesta del sistema organizativo para implementar la atención farmacéutica hospitalaria (AFH) se tuvieron en consideración dos momentos: análisis documental y diseño del sistema.

### ANÁLISIS DOCUMENTAL

Se realizó un análisis documental de la literatura internacional<sup>1-20,22,24-30</sup> y nacional<sup>31-42</sup> con un período de circulación de 10 años, relacionada con la filosofía y la práctica de la FC y la AF.

Posteriormente se procedió al análisis del actual MNPFH,<sup>23</sup> identificando las funciones relacionadas con el ejercicio de la FC y la AF; se analizó además el modelo conceptual de la calidad de Donabedian.<sup>43</sup>

### DISEÑO DEL SISTEMA

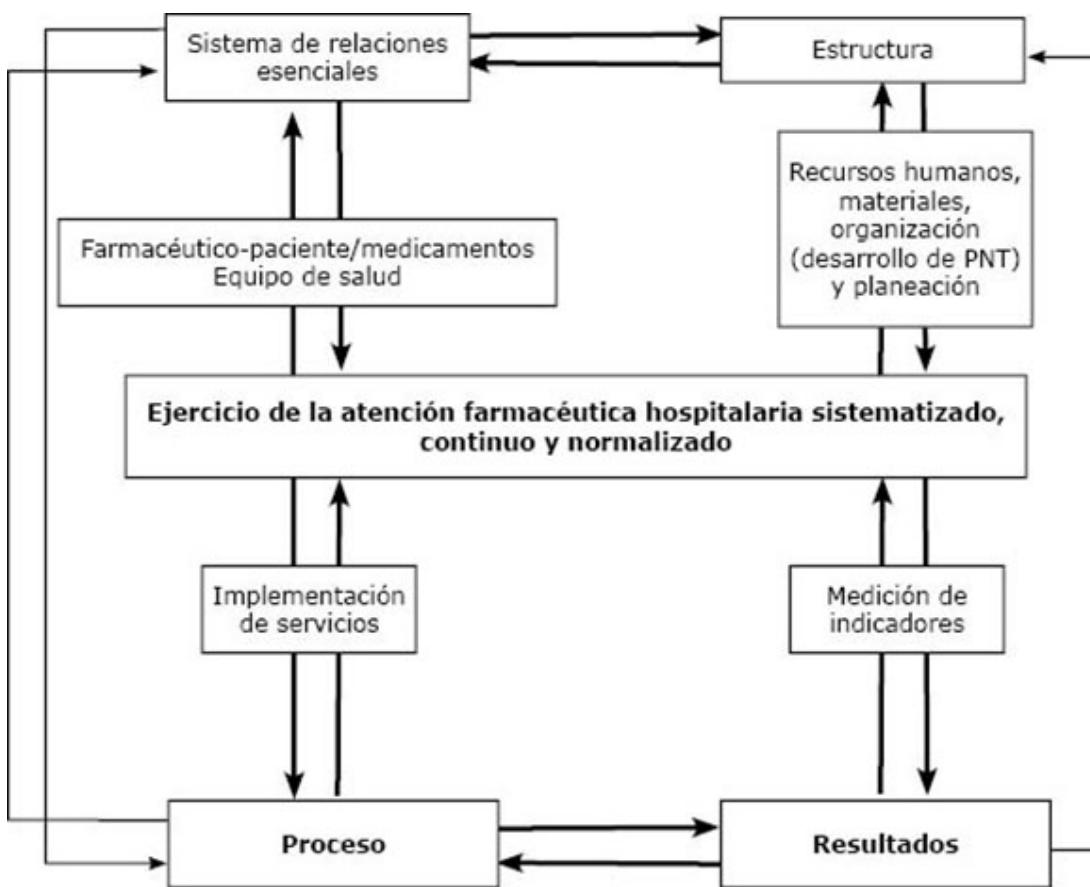
Sobre la base del análisis documental y el diagnóstico realizado en las instituciones hospitalarias estudiadas, se diseñó el sistema atendiendo a los principios del método sistémico.<sup>44,45</sup> Para ello se definió:

- Sistema y partes componentes.
- Principios
- Estructura: representación gráfica.
- Características y enfoque

## RESULTADOS

### DISEÑO DEL SISTEMA

Con base en el análisis documental y aplicando el método sistémico<sup>44,45</sup> se propone un sistema organizativo para lograr la implementación de la AFH (Fig.). Este sistema constituye una herramienta para organizar las actividades enfocadas a la clínica, bajo los principios de la AF, de cualquier SFH. Esto significa identificar sus partes componentes claves para garantizar el funcionamiento dinámico e integrado entre ellas, de forma que el ejercicio de la AF se constituya en un sistema.



**Fig.** Interrelación sistémica para lograr la implementación de la AFH.

El diseño propuesto parte de considerar que: "el ejercicio de la AF en el hospital es un sistema complejo, dinámico, probabilístico, adaptable e inestable, dependiente de la integración de diversos factores interactuantes (partes componentes del sistema) que son: sistema de relaciones esenciales, estructura, proceso y resultado; el nexo entre estos componentes es estrecho y sustancial por lo que la modificación de uno de ellos, fuera de ciertos límites, puede provocar la modificación de los otros y por tanto de todo el sistema."

## PRINCIPIOS DEL SISTEMA, CARACTERÍSTICAS PARTICULARES Y ENFOQUE

Partiendo del análisis del método sistémico se reconocen como principios del sistema, la integratividad, conservación y relatividad.<sup>45</sup>

Asimismo el sistema diseñado parte de considerar los principios del sistema de salud cubano,<sup>46</sup> así como caracterizarse por ser orientador y flexible. Se definen dos enfoques: el de calidad de los servicios y el de proceso.

## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe de la Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud plantea la necesidad de incorporar el pensamiento sistémico a los sistemas de salud, pues reconoce que estos carecen de capacidad para medir o entender sus debilidades y limitaciones, esto hace que las intervenciones, a menudo no consigan sus objetivos; reconoce que esto no se debe necesariamente a una falla intrínseca de la intervención, sino más bien al comportamiento por lo general impredecible del sistema. Por tanto, indica la necesidad de conocer el sistema para fortalecerlo, y a partir de esa base diseñar mejores intervenciones y evaluaciones.<sup>44</sup>

Para adentrarse en el conocimiento del sistema propuesto es oportuno analizar que su complejidad parte del análisis siguiente: si se denota por  $n$  el número de partes componentes del sistema y  $m$  el número de relaciones entre dichas partes, se demuestra matemáticamente que  $n \leq m \leq n(n-1)$ , es decir, la complejidad de este tiende a ser mayor a medida que aumenta el número de componentes y de relaciones entre ellos.

Así mismo, su dinamismo viene dado por poseer parámetros que varían en función del tiempo, y su carácter probabilístico porque sus variables o eventos poseen cierta probabilidad de cumplimiento. También se considera adaptable por reaccionar a los cambios del medio exterior y adaptar su funcionamiento a dichos cambios, e inestable porque ante pequeños cambios de las variables de entrada se producen grandes cambios en las variables de salida.

El sistema se considera orientador porque reconoce la necesidad de PNT que guíen cada una de las actividades que se realicen. Como resultado de la aplicación del sistema se particulariza en un PNT para SFT.<sup>47</sup>

Es flexible porque su definición como un todo y de las partes componentes, se identifican como necesarias para implementar cualquier servicio de FC en el hospital: educación a pacientes, farmacocinética clínica, comité de farmacia y terapéutica, toxicología clínica, mezclas intravenosas, nutrición enteral y parenteral, información de medicamentos o cualquier otro servicio brindado.

Los servicios de AF que se implementen, deberán funcionar de forma sistematizada y continua como cualquier otro servicio de la institución, como premisa para brindar servicios de calidad.

El sistema identifica cuatro componentes: sistema de relaciones esenciales, estructura, proceso y resultados. La selección de estos parte de considerar las experiencias desarrolladas que aparecen reportadas en la literatura.<sup>1,43</sup>

Investigaciones sobre percepciones de profesionales de la salud, pacientes y farmacéuticos sobre la AF en Santiago de Cuba<sup>9,34,35</sup> muestran que los factores de mayor influencia en la práctica de la AF, enfocan a nivel psicosocial, la actitud y la integración al equipo de salud.

Si bien en muchos ambientes tanto nacionales como internacionales no es percibido, ni reconocido el ejercicio de la AF de forma continua, sistematizada y normalizada, la literatura muestra importantes investigaciones alrededor de la temática.<sup>5,10-14,32-40,48</sup>

Esta aparente contradicción indica que las investigaciones se han desarrollado gracias a la integración de los farmacéuticos, médicos, enfermeras, pacientes y otros miembros del equipo de salud para la realización de la pesquisa, integración que se interrumpe cuando termina el experimento, lo cual hace pensar por una parte, en qué factores hacen que esto suceda y, por otra, en el carácter esencial de todos estos participantes; es por ello, que el sistema diseñado identifica como componente el sistema de relaciones esenciales formado por: el binomio paciente/medicamento, farmacéutico y miembros del equipo de salud. Este componente incluye al paciente como principal beneficiario de las acciones del equipo de salud; el cual asume responsabilidades relacionadas con sus medicamentos, pactadas con el farmacéutico, para alcanzar los objetivos farmacoterapéuticos.

El farmacéutico se convierte en el prestador de servicios de AF, de esta forma realiza las funciones clínicas, de ahí la fusión de las filosofías de la FC y de la AF. Esto significa que el farmacéutico provee cuidados al paciente que optimizan la terapia medicamentosa, promueve la salud, el bienestar y previene las enfermedades haciendo uso de, conocimientos especializados en terapéutica, la experiencia y el juicio profesional<sup>49</sup> para detectar, prevenir y solucionar los PRM y los resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

El equipo de salud incluye al médico, enfermera, nutriólogo, psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, u otros, que interactúan desde sus objetos con el paciente, el medicamento y el farmacéutico; todos en función de garantizar el diagnóstico, alivio, curación, ralentización de un proceso patológico y/o prevención de las enfermedades, bajo la óptica de la integralidad de las acciones de salud, dando continuidad en la farmacia comunitaria a los servicios brindados en el hospital, una vez que el paciente egresa de la institución, para garantizar la obtención de resultados definidos y mesurables, encaminados a elevar la calidad de vida del paciente.

En la actualidad, los servicios farmacéuticos hospitalarios (SFH) han expandido sus funciones hacia la actividad centrada en el paciente apegándose a los principios de la AF.<sup>31</sup>

Como líderes en la temática se apuntan los Estados Unidos de América, Canadá y países de Europa, en los que la Farmacia Hospitalaria (FH) se mueve hacia el reconocimiento de la necesidad de que los farmacéuticos trabajen estrechamente con el resto de los miembros del equipo de salud, para dar solución a las necesidades de los pacientes.<sup>25-28</sup>

Sin embargo, investigaciones realizadas en Canadá muestran que si bien se observan altos porcentajes en áreas relacionadas con el uso de la tecnología para garantizar la seguridad de las terapias (89 % de los hospitales tienen registro electrónico de historia clínica), el uso de sistemas de distribución de medicamentos en dosis unitarias (76 % de los hospitales), el desarrollo e implementación de

---

protocolos terapéuticos basados en la evidencia clínica (85 % de los hospitales), en el SFT y en la educación a pacientes hospitalizados y ambulatorios, no se alcanzan hasta la fecha, los estándares propuestos.<sup>27</sup>

En Europa existe un farmacéutico de hospital por cada 226 camas, con España ocupa el cuarto puesto, con una relación de 142 camas por farmacéutico, y el país mejor dotado lo constituye el Reino Unido, con aproximadamente un farmacéutico por cada 51 camas.<sup>28</sup> Finlandia, Alemania y Eslovaquia le siguen con uno por cada más de 300 camas. En contraposición, Dinamarca presenta la situación más desfavorable, con un farmacéutico por cada 410 camas.

En Europa el farmacéutico se desplaza a las unidades clínicas y visita a pacientes de forma ocasional, por lo que no resulta ésta una práctica habitual *per se*; se destaca como excepción la actuación clínica del farmacéutico en el Reino Unido, lo que pudiera estar relacionado con la baja relación de camas por farmacéutico que tiene este país, que es la más baja de Europa<sup>28</sup> así como una consecuencia de la práctica anglosajona, donde el farmacéutico forma parte del equipo asistencial que visita al paciente y se responsabiliza de su tratamiento.<sup>28</sup>

España todavía está por debajo de la media europea (6,3 frente al 17,4 %), aunque esta es una actividad en expansión y que, en este momento, puede encontrarse limitada por la dotación de personal de los servicios de farmacia, además del cierto "miedo" o "respeto" a asumir esta responsabilidad.<sup>28</sup>

Por otra parte, en algunos países de América Latina la estructura física (recursos humanos y materiales) es insuficiente, no existen formas homogéneas de realizar dichas actividades y las leyes y resoluciones no amparan este ejercicio profesional.<sup>17,18,29,30</sup>

Otro elemento es el desempeño de las funciones asistenciales, lo que está íntimamente relacionado con las competencias (capacitación del recurso humano) necesarias para el ejercicio de la AF y la formación de pregrado y postgrado; un estudio realizado en el 2009<sup>41</sup> mostró que un elevado porcentaje de los profesionales que laboran en los SFH no cuentan con las habilidades y competencias necesarias para la práctica de las funciones clínicas y de AF, pues en gran medida fueron formados bajo planes de estudios sin objetivos delineados para la formación de habilidades y competencias relacionadas con la actividad clínico asistencial.

Los antecedentes mostrados indican que, con independencia del nivel de desarrollo de los países, la estructura fundamentalmente relacionada al recurso humano no es suficiente, en cantidad y competencias para el ejercicio de la AF y que las funciones clínicas no están generalizadas como forma de actuación del profesional farmacéutico en la mayoría de estos países, todo lo cual hace identificar el componente estructura como esencial para implementar el ejercicio de la AF a nivel hospitalario.

La estructura se presenta a través de los recursos humanos (disponibilidad y competencia) y materiales (apoyo material para el desarrollo del servicio), así como los elementos organizacionales que guían las actividades, haciendo énfasis en el desarrollo de procedimientos normalizados de trabajo (PNT), y en las estrategias para la planificación de servicios de AF.

El análisis de la literatura permite señalar que en Brasil, Argentina, Venezuela y México, se observa que en los últimos años la FH ha tenido un crecimiento y desarrollo, donde los servicios de farmacia tratan de racionalizar y optimizar al

---

máximo las decisiones terapéuticas y reconocen la necesidad de que el farmacéutico trabaje menos en las actividades gerenciales en la farmacia y apoye más al equipo de salud en la atención al paciente.<sup>17,18,29,30</sup>

Se perciben avances en la implantación de las funciones clínicas del farmacéutico, con énfasis en la creación de sistemas de farmacovigilancia, función clínica más avanzada, teniendo en cuenta el nivel de generalización y en la adopción del ejercicio de la AF con aplicaciones aisladas del SFT, como actividad más estrechamente ligada al concepto de AF.<sup>17,18,29,30</sup>

En Cuba, en ambiente hospitalario, se informan estudios sobre la calidad asistencial de los SFH, pero esta no incluye el concepto de la AF<sup>31</sup> y son escasas las investigaciones sobre esta temática. Los trabajos encontrados se refieren a programas de SFT en pacientes ambulatorios con prótesis valvulares mecánicas anticoagulados con warfarina sódica<sup>32</sup> y aislados informes de investigaciones relacionados con el SFT en el país.<sup>33,36,37</sup> Es decir, solo se aborda la AF desde el ejercicio del SFT, sin identificar otras actividades que de él se derivan, pero que también pueden realizarse de forma independiente como servicios asistenciales (educación sanitaria, información de medicamentos, farmacovigilancia).

Todo lo anterior evidencia la necesidad de la concepción del proceso como un componente esencial del sistema, materializando el enfoque de proceso,<sup>53</sup> que se refiere a la implementación de los servicios, que permitirán dar salida a las funciones clínicas del farmacéutico, a través de servicios que operen de forma sistematizada, continua y normalizada (SFT, farmacovigilancia, educación sanitaria, información de medicamentos, entre otros). Asimismo concibe la interrelación entre los diferentes servicios de AF, permitiendo cada uno de los servicios la prestación de los otros y a la vez identificándose ellos por sí mismos (identidad de cada servicio) pudiendo existir todos o algunos, según las características estructurales y organizativas de las instituciones donde se implementen.

Está bien reconocer que el proceso asistencial al paciente, engloba el tratamiento farmacológico y la cadena de procesos que constituyen el manejo de medicamentos para garantizar la eficiencia terapéutica, donde el farmacéutico, desde la asunción de la AF, está comprometido con este proceso y por ende, con la efectividad, seguridad y calidad de vida del paciente.

La investigación en Cuba<sup>38-44</sup> se limita al reporte de estudios relacionados con el desarrollo de programas y métodos aplicables fundamentalmente en la atención primaria de salud de forma aislada, sin evidencias de estudios encaminados al desarrollo de modelos que guíen este ejercicio profesional en el ámbito hospitalario, adaptados al sistema de salud cubano, sustentados en principios de calidad, teniendo en cuenta las buenas prácticas de farmacia (BPF) y de AF, que permitan organizar, planificar y controlar dichas actividades. De ahí el enfoque de calidad que incluye el sistema propuesto.

Este enfoque establece la necesidad de aplicar las buenas prácticas de AF, es decir, establecer un conjunto de PNT, basados en criterios uniformes, para la realización de las actividades clínicas.<sup>14</sup> Este elemento permitirá la mejora continua de los servicios que se pretenden prestar a los pacientes y profesionales del equipo de salud, a través de la definición de indicadores fácilmente medibles y representativos de la actividad que se realiza.

El sistema está pensado además teniendo en cuenta los cuatro principios fundamentales establecidos en la guía para las BPF aprobada por el Consejo de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP):<sup>50</sup>

---

1. Que la primordial preocupación del farmacéutico sea el bienestar de los pacientes en todas las circunstancias: este principio se manifiesta a través del reconocimiento del paciente como elemento esencial del sistema y por la necesidad de obtención del consentimiento de los pacientes para recibir los servicios prestados por el farmacéutico, así como, el pacto entre el farmacéutico y el paciente para alcanzar los objetivos propuestos en función de las necesidades y preocupaciones del paciente.
2. Que la esencia de la actividad farmacéutica sea el suministro de medicamentos y otros productos para el cuidado de la salud, la información y el asesoramiento adecuado de los pacientes, y la observación de los efectos de su uso: este principio se manifiesta partiendo de reconocer que dicho sistema es a la vez un subsistema de un sistema mayor, que son los servicios farmacéuticos (SF) y de la importancia de las funciones de suministro dentro del SF como parte esencial para poder prestar otros servicios más especializados.
3. Que una parte integral de la contribución del farmacéutico, sea la promoción de una forma de prescribir racional y económica, y el uso adecuado de los medicamentos: este principio se manifiesta al reconocer la necesidad de implementar servicios de FC como forma de garantizar el uso racional de los medicamentos en el hospital.
4. Que el objeto de cada elemento del SF sea relevante para el individuo, que esté claramente definido y que sea eficazmente comunicado a todos los involucrados en el tema: este principio se manifiesta a través del reconocimiento del papel esencial de los pacientes, farmacéuticos y resto de los miembros del equipo de salud para el funcionamiento del sistema y de la percepción de ellos acerca de los servicios recibidos, a través de la medición de indicadores de satisfacción.

El último componente establecido se refiere al resultado, el cual parte de analizar la necesidad de evaluar el sistema completo. Estudios informados señalan la evaluación de la AF desarrollada pero sin enfoque de sistema, en los que se evalúan los resultados del SFT en cuanto a estructura, proceso y resultados;<sup>14</sup> sin embargo, los indicadores no contemplan elementos esenciales de la estructura (por ejemplo capacitación) y los resultados (por ejemplo la satisfacción de los usuarios y proveedores del servicio); de ahí que se propone la implementación de un conjunto de indicadores de estructura, proceso y resultados que permitan evaluar todos los componentes del sistema así como todas las actividades clínicas.

En otras palabras, el sistema debe de ser capaz de aprender de sus resultados y modificarse oportunamente; en ese cambio puede variar cualquier parte componente atendiendo al desarrollo social de la ciencia y la técnica.

Es oportuno plantear que la implementación adecuada del sistema propuesto deberá cumplir con principios de un sistema. Entiéndase el ejercicio de la AF como un subsistema del SFH y las partes componentes como sistemas potenciales, de ahí la su relatividad.

La integratividad significa que para que el farmacéutico incorpore a su práctica habitual este ejercicio profesional, se deberán integrar cada uno de los elementos de sistema de relaciones esenciales como un todo, tener en consideración los elementos necesarios de la estructura (recursos humanos y materiales), así como las estrategias de planificación y control de las actividades a realizar; implementar las funciones a través de servicios que operen de forma sistematizada y continua y además controlar los servicios realizados a través de indicadores de estructura, proceso y resultados.

El trabajo en equipo multidisciplinario centrado en el paciente es reconocido como elemento esencial en los programas y servicios de AF, sin embargo, no se integra de forma sistemática a la estructura, el proceso y los resultados.

Un ejemplo de integración analizado en el sistema es la reconocida necesidad de capacitación continua de los farmacéuticos como parte de la estructura, necesaria para el desarrollo de los servicios de AF. Otro ejemplo es la relativa al proceso partiendo del principio de la toma del consentimiento del paciente antes de incluirlo en los programas y/o servicios clínicos que oferte el SF, el reconocimiento de su papel activo en el cuidado de la farmacoterapia y el desarrollo de capacidades cognoscitivas acerca de esta, de forma que mejore la adherencia terapéutica y se consigan los resultados esperados en salud.

Relacionada al resultado se deriva la concepción de medidores que revelen cómo se ha integrado el equipo en función del paciente y con el paciente. El comportamiento de los entes del sistema de relaciones esenciales, podrá monitorearse a través de los indicadores de satisfacción de los pacientes y profesionales.

Otro elemento de integración de la concepción desarrollada es la adecuación a las características del sistema de salud al que se insertará dicha filosofía de trabajo. Por ejemplo, en Cuba, las acciones realizadas por el sistema de relaciones esenciales, dentro del marco de cualquier actividad o proceso clínico, conllevarán a la prevención de enfermedades causadas por medicamentos así como su uso irracional. La contemplación de la estructura como parte componente permitirá la necesaria aplicación de los adelantos de la ciencia y la técnica para lograr servicios de calidad.

La concepción del sistema se adapta a cualquier tipo de hospital, lo que permitirá la participación de la comunidad e intersectorialidad, de forma accesible y gratuita.

La necesidad de desarrollar PNT para cada una de las actividades clínicas que se concibían, facilitará la centralización normativa y a su vez la evaluación de los resultados en función de las particularidades de cada entorno asistencial propiciando la descentralización ejecutiva.

La aplicación de los principios del sistema diseñado se verá favorecida por el carácter estatal y social del sistema de salud cubano a la vez que permitirá perfeccionarlo.

La AF ha sido reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de asistencia sanitaria accesible, sostenible, abordable y equitativo, que asegura la eficacia, la seguridad y la calidad de los medicamentos,<sup>51</sup> por tanto, todos los elementos son válidos para su perfeccionamiento y fortalecimiento como parte del sistema de salud de cualquier país.

Finalmente, se considera que los hospitales constituyen un escenario ideal para el desarrollo de la AF, teniendo en cuenta el carácter integrador de la asistencia.

Es oportuno destacar que existe voluntad política y un escenario adecuado en Cuba para el desarrollo de la AF en el ámbito hospitalario, fundamentado en los principios del Sistema Nacional de Salud y el reconocimiento por parte de la Universidad y de las organizaciones profesionales no gubernamentales, de la necesidad de desarrollar la práctica de la AF; es entonces responsabilidad de todos los profesionales farmacéuticos cubanos, trabajar por alcanzar niveles superiores a través del desarrollo de investigaciones científicas y la superación continua, para incorporar este ejercicio profesional a la práctica habitual del farmacéutico.

---

La implementación del sistema propuesto se podrá constituir en elevada contribución para la AFH en Cuba, en la medida en que las recomendaciones puedan ser adoptadas por las autoridades sanitarias cubanas, lo que puede dar origen a nuevas discusiones sobre la AF en América Latina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47(3):533-43.
  2. Faus M, Amariles P, Martínez F. Atención Farmacéutica: servicios farmacéuticos orientados al paciente. En: Faus M, Amariles P, Martínez F. Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Editorial ERGON; 2008. p. 98-103.
  3. Ramalho de Oliveira D. Atenção Farmacêutica como construção da realidade. *Rev Racine.* 2009 [citado 2009 jul 7];109:94-102. Disponible en: <http://www.racine.com.br/portal-racine/atencao-farmaceutica/conceito/atencao-farmaceutica-como-construcao-da-realidade>
  4. Pereira ML, Ramalho de Oliveira D, Tirado MGA, Frade JCPQ. Da Teoria à Prática: Relatos da Experiência de Implantação da Clínica de Atenção Farmacêutica em Minas Gerais, Brasil. *Lat Am J Pharm.* 2009; 28(6):869-75.
  5. Ramalho de Oliveira D. The reality of pharmaceutical care-based medication therapy management: patients', pharmacists' and students' perspectives. Köln, Germany: Lambert Academic Publishing; 2010. p. 382.
  6. American Pharmacists Association. Medication therapy management digest: perspectives on 2009: a year of changing opportunities. Washington, DC: American Pharmacists Association; 2010.
  7. Tarbes LMS, Perini E, Profeta ZL, Modena CM. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev Bras Farm.* 2012; 93(1):10-6.
  8. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the clinicians guide. New York: McGraw Hill; 2004. p. 202-76.
  9. Naumann T, Tsuyuki R. Documentation of Pharmaceutical Care. *Can J Hosp Pharm.* 1994; 47(5):223-7.
  10. Simioni D, Brien J. Implementation of Pharmaceutical Care Plans in a Hospital Ward. *Aust J Hosp Pharm.* 1996; 26:221-6.
  11. Cornelli R, Kradjan W, Koda-Kimble MA, Young L, Guglielmo BJ, Alldredge B. Assessment of Therapy and Pharmaceutical Care. Applied therapeutics. The clinical use of drugs. 8th ed. Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1-22.
  12. Carmona PM, García E, Lacruz P, Font I. Evaluación de un programa de Atención Farmacéutica en unidades de hospitalización con dispensación individualizada de medicamentos en dosis unitarias. *Farm Hosp.* 2001; 25(3):156-63.
  13. Silva-Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del Método Dáder. *Seguim Farmacoter.* 2003; 1(2):73-81.
-

14. Climente M, Jiménez NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Edición Especial. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia: Editorial AFAHPE; 2005. p. 7-87.
  15. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, Frakes MJ. Resultados del Ejercicio de la Atención Farmacéutica. *Pharm Care España*. 2000;2(2):94-106.
  16. Kradjan W, Koda M, Young L, Guglielmo B. Assessment of Therapy and Pharmaceutical Care. En: Koda-Klimbe M, Young L. *AppliedTherapeutics. The Clinical Use of Drugs*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
  17. Bernabei V. La farmacia hospitalaria en Argentina. *Farm Hosp*. 2006;30(3):139-41.
  18. Carvalho MR. La farmacia hospitalaria en Brasil: estrategias y desafíos. *Farm Hosp*. 2006;30(5):265-8.
  19. Cuba M, Sedeño C, Hernández L, Pérez M. La farmacia hospitalaria en Cuba. Evolución y perspectivas. *Farm Hosp*. 2008;32(1):1-3.
  20. Baena MI. Comentarios sobre la investigación en atención farmacéutica. [Carta al director]. *Farm Hosp*. 2006;30:59-63.
  21. Reyes IH, Bermúdez IBC, Castro LIP, Brice MAM, Marín JM. Caracterización de la práctica de la Atención Farmacéutica en instituciones hospitalarias de Santiago de Cuba. *Rev Cubana Farm*. 2012 Oct-Dic; 47(4).
  22. Ramalho de Oliveira D, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. *Braz J Pharma Sci*. 2008;44(4):763-72.
  23. MINSAP. Manual de Normas y Procedimientos para Farmacia Hospitalaria. Tomo I. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública, 2006.
  24. Baena M, Calleja M, Martínez F, Faus. De la Farmacia Clínica a la Atención Farmacéutica ¿Cambio o continuación? Formación Continuada en Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid: Ediciones Mayo S.A.; 2000. [citado 2010 mar 3]. Disponible en: <http://www.sefh.es>
  25. Attendees of the Global Conference on the Future of Hospital Pharmacy. *Am J Health-SystPharm*. 2009;66(3):6-8.
  26. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm*. 1995;52:2711-7.
  27. Bornstein C. Hospital Pharmacy in Canada. 2009. [citado 2012 abr 12]. Disponible en: [http://www.csph-bc.com/events/csph2015/Lilly\\_Survey\\_CSHP\\_2015.pdf](http://www.csph-bc.com/events/csph2015/Lilly_Survey_CSHP_2015.pdf)
  28. Tamés MJ, Echarri E. La farmacia hospitalaria española en relación con la del resto de Europa. La farmacia de hospital en Europa. Barcelona: SEFH, Ediciones Mayo, SA; 2002. p.1-17.
  29. Ortiz T. La farmacia hospitalaria en Venezuela. *Farm Hosp*. 2007;31(6):326-8.
  30. Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria. México: Editora Secretaría de Salud de México; 2010. p. 10-30.
  31. Cuba M, Pérez M, Sedeño C. Caracterización de los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios Cubanos. Parte I. *Rev Cubana Farm*. 2006;40(3):3-9.
-

32. Bermúdez AS, Bravo LRS, González DR, Díaz BG, Cepero VR, Méndez RT, et al. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con prótesis valvulares mecánicas anticoagulados con warfarina sódica. *Rev Cubana Farm.* 2004 [citado 8 may 2012]; (Supl. Especial). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol38\\_4\\_04/far06405.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol38_4_04/far06405.htm)
33. Rodríguez A, Fernández E, Carnot J. Propuesta de un programa de atención farmacéutica para pacientes con leucemia aguda y trasplante de médula ósea. *Rev Cubana Farm.* 2008 [citado 2012 may 8]; 42(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol42\\_sup2\\_08/vol42\\_sup2\\_08.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol42_sup2_08/vol42_sup2_08.pdf)
34. Dupotey NV, Ramalho de Oliveira D. A qualitative glimpse at pharmaceutical care practice. *Pharm World Sci.* 2009; 31(6): 609-11.
35. Dupotey NV, Quiala LB, Téllez TS, Lobaina Z, Sedeño CA. Rol del farmacéutico asistencial desde la perspectiva de los pacientes en Santiago de Cuba. *Pharm Care Esp.* 2011; 13(4): 181-90.
36. Brice MA, Ferrera GC. Resultados de la Atención farmacéutica en la provincia Santiago de Cuba. MEDISAN. 2005 [citado 8 may 2012]; 9(5). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_4\\_05/san10405.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_4_05/san10405.htm)
37. De la Torre AM, Bonne TF. Atención farmacéutica a niños con fibrosis quística. MEDISAN. 2005 [citado 8 may 2012]; 9(5). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_4\\_05/san10405.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_4_05/san10405.htm)
38. Bermúdez A. Perfeccionamiento metodológico del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con enfermedades no transmisibles en el marco del sistema de salud cubano. [Tesis doctoral]. Universidad de La Habana; 2006.
39. Lores D, Lazo Y, Bermúdez IC, Zuñiga AM. Impacto de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico desarrollado a 30 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. *Rev Mex Cien Farm.* 2011; 42(2): 45-53.
40. Lazo Y, Lores D, Zuñiga AM, Bermúdez IC. Resultados preliminares de la implementación de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Farmacia Principal Municipal Santiago de Cuba. *Pharm Care Esp.* 2011; 13(2): 57-65.
41. Reyes IH, Bermúdez IBC. Contradicciones sociales expresadas en la práctica de la atención farmacéutica hospitalaria en Cuba. *Rev Cubana Farm.* 2012; 46(2): 213-23.
42. Dupotey NV, Zamora MAC, Sedeño CA. Factores profesionales y psicosociales asociados al ejercicio de la atención farmacéutica en Santiago de Cuba. Selección de trabajos completos del XI Congreso de la SCCF. *Rev Cubana Farm.* 2012 [citado 2012 jul 29]; 46. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revfarmacia/temas.php?idv=30516>
43. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA.* 1988; 260: 1743-48.
44. de Savigny D, Taghreed A, editors. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los Servicios de Salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Ginebra: OMS; 2009. p. 19-37.
45. Ruíz JM. Premisas de una metodología para la aplicación del enfoque sistémico. 1982 [citado 12 Feb 2012]. Disponible en:

<http://www.ilustrados.com/tema/8402/Premisas-metodologia-para-aplicacion-efoque-sistematico.html>

46. MINSAP. Aspectos generales del Sistema Nacional de Salud. 2002 [citado 12 ene 2012]. Disponible en: [http://www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/aspectos.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/aspectos.html)
47. American College of Clinical Pharmacy. The definition of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy. 2008;28(6):816-7.
48. Reyes IH, Cruzata YQ, Vidal MB, Bermúdez IC, Nambatya W, Perrand MR, et al. Evaluación de un procedimiento para brindar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados. Rev Mex Cienc Farm. 2013;44(1):66-78.
49. Silva-Castro MM, Tuneui LV, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Farm Hosp. 2010;34(3):106-24.
50. American College of Clinical Pharmacy. The definition of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy. 2008;28(6):816-7.
51. Normas ISO 9001-2008. Sistema de Gestión de la Calidad: Requisitos. [citado 215 Jul 2009]. Disponible en:  
<http://www.esu.com.co/esu/documentos/normatividad/Norma%20ISO9001%202008.pdf>
52. Cavero ER, Climente MM, Navarro MF, Jiménez VF. Evaluación de la calidad de dos modelos de atención farmacéutica en pacientes onco-hematológicos. Farm Hosp. 2007;31(1):231-7.
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). 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. 1999;1:207-11.
54. Widenmayer K, Summers RS, Mackie CA. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica. MANUAL. 2006. [citado 6 nov 2009]. Disponible en: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>

Recibido: 10 de julio de 2014.

Aprobado: 15 de agosto de 2014.

*Ivette Reyes Hernández*. Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias Naturales. Universidad de Oriente. Patricio Lumumba s/n. CP 90500. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: [ireyes@cnt.uo.edu.cu](mailto:ireyes@cnt.uo.edu.cu)