

Contradicciones sociales expresadas en la práctica de la Atención Farmacéutica Hospitalaria en Cuba

Social contradictions in pharmaceutical care practice at hospital setting in Cuba

MSc. Ivette Reyes Hernández,^I Dra. Isis Beatríz Bermúdez Camps^{II}

^I Universidad de Oriente. Facultad de Ciencias Naturales. Santiago de Cuba. Cuba.

^{II} Universidad de la Habana. Instituto de Farmacia y Alimentos. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en Cuba el ejercicio de las funciones clínicas y la práctica de la Atención Farmacéutica a nivel hospitalario son limitadas pues, aunque existe un acercamiento a la concepción de estas funciones en los actuales manuales de procedimientos, los profesionales farmacéuticos realizan mayormente funciones administrativas y de dirección, además de las relacionadas con el suministro de medicamentos.

Objetivo: analizar las contradicciones sociales (causas) que repercuten en la práctica de la Atención Farmacéutica Hospitalaria, específicamente en Santiago de Cuba, para trazar líneas estratégicas que permitan el perfeccionamiento de esta actividad.

Métodos: se aplicó una herramienta que facilita el análisis de problemas y sus soluciones, el diagrama de causa-efecto, así como el método de consenso de votación ponderada, para determinar las causas principales y secundarias que frenan dicho ejercicio a nivel hospitalario. Las principales causas analizadas fueron los recursos humanos, los métodos y estilos de dirección, los recursos materiales, los medios y las condiciones de trabajo.

Resultados: los resultados de la votación ponderada mostraron que las causas de mayor ponderación en orden descendente fueron las relacionadas con los métodos y estilos de dirección con 37 puntos, los recursos humanos con 33 puntos y los recursos materiales con 18,5 puntos.

Conclusiones: las contradicciones identificadas marcan caminos de investigación para resolver las problemáticas planteadas, lo que permitirá desarrollar un modelo que establezca principios para el desarrollo de la Atención Farmacéutica a nivel

hospitalario diseñado sobre la base de las evaluaciones y las valoraciones realizadas y los principios de las Buenas Prácticas de Farmacia.

Palabras clave: contradicciones sociales, Atención Farmacéutica Hospitalaria, Servicios Farmacéuticos Hospitalarios, Farmacia Clínica.

ABSTRACT

Introduction: the clinical functions and the practice of pharmaceutical care at hospital setting are limited in Cuba. Although there is an approach to the conception of these functions in the current manuals of procedures, the pharmacists mostly carry out administrative and managing functions in addition to those of drug supply.

Objective: to analyze the social contradictions (causes) that have an effect on the practice of pharmaceutical care at hospital, particularly in Santiago de Cuba, in order to draw up strategies for improvement of this activity.

Methods: a tool facilitating the analysis of problems and their solutions, the cause-effect diagram and the weighed voting consensus method were applied to determine the main and secondary causes that hinder the above-mentioned practice at hospital. The main analyzed causes were human resources, methods, management styles, material resources, working means and conditions.

Results: the results of the weighed voting revealed that the highly weighed causes in descending order were managing methods and styles with 37 points, the human resources with 33 points and the material resources with 18.5 points.

Conclusions: the identified contradictions mark paths of research to solving the stated problems, which will allow creating a model of principles for the development of pharmaceutical care at hospital setting, on the basis of evaluations and assessments carried out and on the principles of the Good Practice of Pharmacy.

Key words: social contradictions, pharmaceutical care at hospital, pharmaceutical services at hospital, clinical pharmacy.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad, el medicamento se ha convertido en un elemento con gran impacto social y constituye la tecnología médica más utilizada en el mundo contemporáneo. Estos han salvado vidas y prevenido enfermedades, fundamentalmente desde la segunda mitad del siglo xx, pero su amplia utilización desde entonces los está convirtiendo en un problema de salud pública ya que todo fármaco, por insignificante que parezcan sus acciones terapéuticas, posee la capacidad de producir efectos nocivos, por lo que las reacciones adversas son unos de los costos del tratamiento médico actual.¹

En EE. UU., la morbilidad y la mortalidad relacionadas con medicamentos presentaron un coste hospitalario estimado de más de \$ 177 400 mil millones en el 2000, y causaron 24 576 000 ingresos hospitalarios; cuatro de cada 1 000 ingresos hospitalarios prevenibles. En España, se atribuyeron 2 300 estancias hospitalarias a dichos problemas, con un coste estimado de 360 620 euros al año, en un hospital universitario durante el año 2000.²

En Cuba, existen informes de un total de 89 540 notificaciones de reacciones adversas medicamentosas (RAM), lo que da un promedio de notificación por año de 17 908 sospecha de notificación/año, y una tasa de reporte de más de 1 000 notificaciones por millón de habitantes. Baste mencionar que en el 2007, 2008 y 2009 el total de sospechas de RAM fue de, 12 963, 12 713, y 14 573 para una tasa de notificación de 615 640 y 716 reportes x 1 000 000 de habitantes respectivamente. De ellas fueron definitivas el 2,6; 2,3 y 2,3 % en cada uno de los años; mortales el 0,3; 0,2 y 0,5 % y graves el 1,2 % en el 2007, 1,5 en el 2008 y el 1,1 % en el 2009.³

Parte de la solución para este importante problema de salud pasa por la implementación de la Atención Farmacéutica (AF) con objeto de asegurar una farmacoterapia efectiva y segura, ya que es la respuesta sanitaria a la necesidad social de ayudar a los pacientes para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos.⁴

La AF es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente. Estos resultados son: 1) curación de la enfermedad, 2) eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, 3) interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y 4) prevención de una enfermedad o de una sintomatología.⁵

En Cuba, la práctica de las funciones clínicas y de la AF a nivel hospitalario continúa siendo limitada pues, aunque existe un acercamiento a la concepción de estas funciones en los actuales manuales de procedimientos, los profesionales farmacéuticos realizan mayormente funciones administrativas y de dirección, además de las relacionadas al suministro de medicamentos,⁶ mientras que las funciones clínicas carecen de ser prestadas a través de servicios que operen continuamente basados en las Buenas Prácticas de Farmacia (BPF), con procedimientos normalizados de trabajo estructurados por criterios consensuados para la identificación, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las contradicciones sociales que repercuten en la práctica de la Atención Farmacéutica Hospitalaria (AFH), específicamente en Santiago de Cuba.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal para analizar las contradicciones sociales que repercuten en la práctica de la AFH en Cuba y específicamente en Santiago de Cuba, para lo cual se utilizó la técnica de Ishikawa, herramienta que facilita el análisis de problemas (contradicciones) y sus soluciones en esferas como la salud, la calidad de productos y servicios, fenómenos sociales, entre otros.⁷

Para calcular el número óptimo de expertos primeramente se establecieron los siguientes criterios inclusión:

- Licenciados en Ciencias Farmacéuticas con título de Doctor o Máster con experiencia en la actividad de Farmacia Hospitalaria y Clínica.
- Tener 10 años de experiencias o más en el sector de la salud o en el ejercicio de la docencia.

Luego se estimó la población de especialistas que pudieran actuar como expertos (N) a partir de los profesionales del sector académico y de la práctica hospitalaria asistencial que cumplieran con los criterios establecidos; la población estimada fue de 10 especialistas. Para la determinación del número de expertos a constituir el panel, se fijó un nivel de precisión (i) de 0,05, una proporción de error (p) de 0,09 y una constante de nivel de confianza K de 6,656.⁸

Para realizar el análisis de causas se efectuó un análisis participativo con el grupo de expertos seleccionados aplicando la técnica de tormenta de ideas y se procedió primeramente a definir el efecto o problema, luego se identificaron las categorías apropiadas al problema (causas principales) y se agruparon las subcausas relacionadas con la causa principal (espinas secundarias). Seguidamente se asignó la importancia de cada factor, para ello se hizo un análisis teniendo en cuenta la implementación (fácil o difícil) y el impacto (alto o bajo). Finalmente de dicha valoración de causas se concluyó lo que se denominó diagrama Ishikawa ponderado (Fig.).

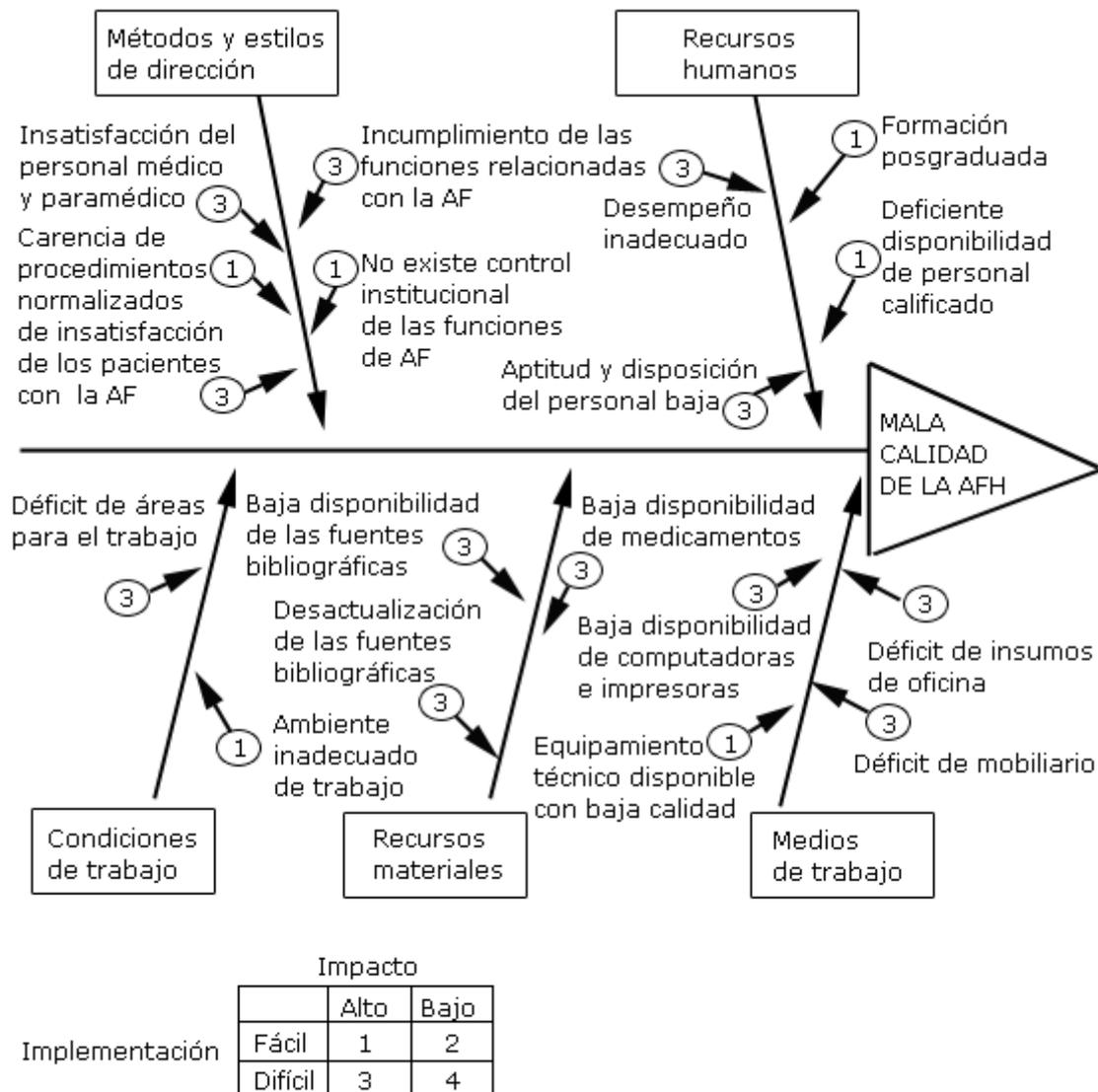


Fig. Diagrama de Ishikawa

Con posterioridad, las causas fundamentales (espinas primarias) fueron ponderadas con el objetivo de conocer el orden de importancia de estas en el efecto. Para ello los expertos seleccionados tenían que establecer el orden de influencia de cada causa, a la que se le otorgaba valores desde 1 hasta completar 10,5 (coeficiente para ponderación 1,5); la mayor influencia correspondía al número menor. Aunque los expertos podían conferir igual valor o número (valoraciones ligadas) a factores que estimaran con igual influencia, se les insistió en que evitaran hacerlo pues ello conspiraba contra la necesaria discriminación. A cada uno se le entregó un modelo de registro instruyéndole sobre el proceso de ponderación; una vez emitidas sus valoraciones, estas fueron resumidas en una tabla o matriz de ponderaciones.

RESULTADOS

Los resultados de la votación ponderada se muestran en la tabla; las causas de mayor ponderación en orden descendente fueron las relacionadas con los métodos y estilos de dirección (C2: 37 puntos), los recursos humanos (C1: 33 puntos), y los recursos materiales (C4: 18,5 puntos).

Tabla. Votación ponderada de los expertos

	C1	C2	C3	C4	C5	Total
E1	3	2	1,75	2	1,75	10,5
E2	3	3	0,5	3	1,0	10,5
E3	4	4,5	1	1	0	10,5
E4	1	5,0	2,0	1,5	1	10,5
E5	2,5	4,0	2,0	1,0	1,0	10,5
E6	3,0	3,0	1,0	3,0	0,5	10,5
E7	3,0	4,0	1,0	1,0	1,5	10,5
E8	3,0	3,0	1,0	2,0	1,5	10,5
E9	4,0	3,0	1,0	1,0	1,5	10,5
E10	3,5	1,0	1,0	2,0	3,0	10,5
E11	3,0	4,5	1,0	1,0	1,0	10,5
Total	33	37	13,25	18,5	13,75	115,5

C1: recursos humanos; C2: métodos y estilos de trabajo; C3: condiciones de trabajo;
C4: recursos materiales; C5: medios de trabajo; E 1-11: expertos.

DISCUSIÓN

De una población estimada de 10 expertos, se trabajó en la ponderación de causas con 11, buscando un balance de número impar de miembros.

El diagrama (Fig.) es un instrumento que visualiza los factores que condicionan el ejercicio de la AFH; como puede observarse existen 5 causas fundamentales, según los profesionales que participaron como expertos, estos a su vez agrupan subcausas, algunas de las cuales se discutirán con detenimiento.

Con respecto a los métodos y estilos de dirección es importante analizar la repercusión de las políticas relacionadas con el ejercicio de las funciones clínicas y la AFH, si bien existe un manual de normas y procedimientos que declara la AF como una de las funciones a realizar por los farmacéuticos de hospital; la planificación y el control de estas funciones por parte de las autoridades competentes es casi nula. Se dedica todo el esfuerzo a las actividades relacionadas con la producción de medicamentos y con el sistema de suministro de estos como son la selección, adquisición, almacenamiento y distribución, y no al uso de los medicamentos. Los servicios farmacéuticos asistenciales enfrentan un ejercicio de funciones clínicas limitado en relación con el desempeño de otras actividades.⁶

En un estudio realizado en Santiago de Cuba en 2007, se encuestaron a profesionales del equipo de salud (médicos y enfermeras) y los resultados mostraron que no reconocían las labores clínicas, que supuestamente, por el Manual de Normas y Procedimientos los farmacéuticos debían realizar, asimismo se observó períodos en los que se hacía la actividad y otros en que era nula;⁹ estos hallazgos indican que no siempre se realizan, lo que además ratifica que no existe ni planificación ni control de dichas funciones. Este elemento es una de las causas que valoran los mismos profesionales como factor que repercute en el ejercicio de las funciones clínicas y la práctica de la AF a nivel hospitalario.

Asimismo no existen procedimientos normalizados de trabajo que permitan guiar al profesional en el desarrollo de las funciones clínicas y de AF, y que garanticen realizar las actividades de forma homogénea por todos los profesionales, bajo criterios consensuados para la identificación, prevención y solución de los problemas PRM y RNM.

Durante la tormenta de ideas se valoró que no existe evidencia que pruebe la realización de las actividades clínicas realizadas por los farmacéuticos, es decir, no se documentan ni se registran. La documentación de la información que genera la actividad clínica desarrollada por los farmacéuticos es una forma de demostrar que las intervenciones farmacéuticas elevan la calidad del cuidado de los pacientes, sin embargo, muchas veces esto no es posible.

Se plantea que la documentación es la llave para una excelente comunicación del farmacéutico con el paciente y con el resto del equipo de salud, y permite evaluar el uso de los medicamentos; es un soporte para la formación de los profesionales de la salud; un método que perfecciona el continuo cuidado de la salud y constituye una herramienta de aseguramiento de la calidad.¹⁰

En cuanto a los recursos humanos son varias las subcausas que se pueden discutir: la presencia del farmacéutico a nivel nacional en los servicios hospitalarios es deficitaria,¹¹ se presentan dificultades para que dichos profesionales adopten funciones de dirección y mucho más para que asuman funciones relacionadas con la clínica; en este comportamiento pudiera estar influyendo el aspecto curricular, pues la mayoría de los profesionales que trabajan en los servicios farmacéuticos

hospitalarios fueron formados bajo planes de estudios en los que no se potenciaba el desarrollo de competencias relacionadas con las actividades gerenciales del farmacéutico; por otro lado, también influye la preferencia por el perfil tecnológico y científico de los egresados, lo cual incide en una baja disponibilidad de profesionales en los servicios, además de la no correspondencia entre el número de egresados de la carrera de Ciencias Farmacéuticas que van a trabajar a los servicios y las necesidades de estos profesionales en las instituciones hospitalarias del país.¹²

Esta situación tiene matices diferentes en el país, pues en la región occidental, específicamente en la Ciudad de La Habana, los egresados van a trabajar al Polo Científico o la Industria Farmacéutica que son más desarrollados, marcando la diferencia con los servicios farmacéuticos, en los que se encuentran insuficientes; sin embargo, en las regiones oriental y central del país, aunque sigue siendo deficitario el número de profesionales en los servicios farmacéuticos, ya sean hospitalarios o comunitarios, el desvío hacia la industria y la investigación es menor.

Otro elemento a discutir es el desempeño de las funciones asistenciales, lo que está íntimamente relacionado con las competencias necesarias para el ejercicio de la AF y la formación de pregrado y posgrado; un estudio realizado en el 2009,¹³ mostró que un elevado porcentaje de los profesionales que laboran en los SFH no cuentan con las habilidades y competencias necesarias para las prácticas de las funciones clínicas y de AF, pues en un gran porcentaje fueron formados bajo planes de estudios en los que no existían objetivos delineados para la formación de habilidades y competencias relacionadas con la clínica.

La problemática antes tratada repercute además en la educación de pregrado, pues muchas veces los estudiantes se insertan a trabajar durante sus prácticas laborales en dichas instituciones, bajo la tutoría de estos profesionales y aunque la universidad toma las medidas pertinentes, el hecho de que los profesionales no se desempeñan cotidianamente y sistemáticamente en las funciones relacionadas con la clínica, incide negativamente en la formación de las habilidades clínicas del estudiante de pregrado.

Otra contradicción que se da en la práctica del farmacéutico de hospital relacionada con el recurso humano es la actitud. Para el desempeño adecuado de las funciones clínicas y de la AF, el farmacéutico debe de autoprepararse y estudiar continuamente para poder insertarse dentro del equipo de salud y que este equipo lo reconozca como un miembro activo dentro de él.

La experiencia práctica de los autores ha permitido escuchar alegatos de profesionales farmacéuticos de ámbito hospitalario en los que manifiestan que los médicos no tienen en cuenta las recomendaciones dadas por ellos en relación con la farmacoterapia de los pacientes, pero cabría preguntarse, esas recomendaciones o intervenciones: ¿han sido comunicadas adecuadamente?, ¿han sido documentadas?, ¿ha habido un seguimiento del paciente por parte del farmacéutico?, ¿existe forma de probar el impacto de esa intervención en la mejoría clínica del paciente, en el aumento de su calidad de vida y en la reducción de los costos al hospital? Detrás de todo esto subyacen problemas de actitud de los profesionales que, al no prepararse adecuadamente desde el punto de vista científico técnico, no justifican acertadamente sus intervenciones o recomendaciones farmacoterapéuticas, por lo que no convencen al resto de los profesionales del equipo de salud y no se ganan la credibilidad.

Otro factor referido por los expertos participantes en el estudio, que pudiera influir en la no aceptación de las intervenciones, está relacionado con la forma de insertarse y comunicarse en el equipo de salud, que incluye definitivamente al paciente. Durante la discusión con los expertos se valoró que el farmacéutico debe lograr que los otros miembros reconozcan cuál es su objeto (el medicamento), lo que ayudaría a evitar conflictos, pues muchas veces, los demás miembros del equipo de salud tienden a verlo como un inspector, pues él debe de validar las prescripciones y estar atento a cualquier desviación durante el proceso de uso del medicamento, asimismo a eliminar barreras para la comunicación (forma, momento y lugar donde hacer las intervenciones) que en ocasiones son responsables de la no aceptación de las recomendaciones.

El concepto de la AF reconoce la responsabilidad del farmacéutico con la farmacoterapia del paciente y el pacto entre el farmacéutico y el paciente para alcanzar las metas de la farmacoterapia, por tanto, es de vital importancia la forma en que el profesional se comunica con el paciente. Debe de evitar las contradicciones con los demás miembros del equipo, de forma que deberá trabajarse cohesionadamente, respetando la función de cada miembro del equipo, manteniendo la ética y la responsabilidad.

Otra de las contradicciones que se presentan en la práctica es la falta de motivación económica. Durante la sesión de "tormenta de ideas", los expertos valoraron la influencia del factor económico desde el ángulo de los salarios de los farmacéuticos de hospital, que en comparación con los que laboran en la industria, las farmacias comunitarias y las empresas suministradoras son menores; esto también hace que abandonen el hospital para integrarse a centros donde el trabajo es mejor remunerado, lo que a su vez incide en el déficit de profesionales en este sector.

En un estudio realizado en ambiente hospitalario se comprobó que el 92,3 % de los SFH en Cuba disponen de profesionales farmacéuticos que trabajan en estas unidades; sin embargo, solo en el 68,1 % de las unidades, la responsabilidad de la Dirección Técnica del Servicio se encuentra ocupada por un graduado en Ciencias Farmacéuticas. El 31,9 % restante (11 unidades) está dirigido por otros profesionales como médicos, bioquímicos, graduados de Economía y técnicos en Farmacia. Esta situación se presenta en el 22,8 % de los SFH del occidente, el 33 % de la región central y en el 40 % de los hospitales del oriente del país.¹¹

Los resultados de dicho estudio así como la experiencia de los autores permiten valorar que la situación relacionada con la insuficiencia de personal profesional farmacéutico para las labores gerenciales, conlleva a que en ocasiones estas actividades sean realizadas por profesionales que no son farmacéuticos y esto hace que no se percaten de la necesidad de superación profesional en la esfera clínica y frenan dicha actividad, lo que finalmente lleva a la desmotivación del personal.

Existen además contradicciones culturales,¹⁴ la práctica de la AF tiene sus raíces en la Farmacia Clínica que surgió en la década los 60 en los Estados Unidos, esta evolucionó hasta el concepto de AF, sin embargo, el conocimiento de esta forma de ejercer del profesional farmacéutico por parte de los miembros de equipo de salud es aún desconocida en muchos ambientes de salud. La experiencia profesional de las autoras ha permitido observar que muchas veces los médicos y las enfermeras no conocen de las potencialidades de los farmacéuticos en cuanto al manejo de los medicamentos en la clínica, lo que hace que en ocasiones se sorprendan y en otras no exijan de este profesional todo lo que puede aportar; esto unido a la desmotivación y a los problemas de actitud antes mencionados, conllevan también al freno de dichas funciones.

En el orden de los recursos materiales, la estructura física y organizativa de la mayoría de los SFH del país no siempre cumple con los requisitos indispensables, principalmente en cuanto al espacio físico necesario para la realización de las funciones de dirección y clínicas.¹¹

En este sentido en el actual Manual de Normas y Procedimientos no se establece como necesario en la estructura, la existencia de un área física para el desarrollo de las funciones clínicas y se plantea como norma que estas sean realizadas en el área de dispensación.¹⁵

El contacto individualizado con el paciente necesita de un área que garantice tanto la confidencialidad como la comodidad, es decir, un ambiente que facilite la comunicación; aunque en un hospital la comunicación con el paciente internado es en sala, los servicios de AF también pueden ser brindados a los pacientes ambulatorios en cuyo caso se precisará de un área que permita desarrollar el servicio. Por otra parte, es necesario un espacio físico para colocar archivos que guarden toda la información que genera esta actividad; estantes para colocar las fuentes bibliográficas; así como un espacio donde el profesional pueda sentarse a estudiar, analizar información, escribir y descansar. Es decir, que se necesitan espacios físicos que garanticen poder cumplir con la misión asistencial que se impone, acorde con el desarrollo científico-técnico del presente siglo.

Por otra parte, la bibliografía especializada en los SFH es deficitaria, el acceso a fuentes de información primarias actualizadas es débil. Aunque todos los SFH en Santiago de Cuba cuentan con computadoras con acceso a Infomed, que brinda información actualizada, falta el acceso a Internet y además un mayor número de computadoras. Un elemento importante a discutir es que si bien en algunas instituciones se cuenta con las bibliografías establecidas en los manuales, muchas de ellas son desactualizadas y se encuentran en mal estado, aspecto que influye en la calidad de la información brindada.

La bibliografía mínima indispensable para brindar información sobre medicamentos y sustentar el desarrollo de otras funciones clínicas, es elemento fundamental de la estructura y constituye responsabilidad de las instituciones garantizar el suministro de estas. No obstante, la gestión de la información por los profesionales pudiera ayudar a enriquecer las fuentes bibliográficas con que cuente el servicio de farmacia y de esta forma elevar la calidad de las funciones realizadas.

Los resultados obtenidos indican la diversidad de las contradicciones y marcan caminos de investigación para resolver las problemáticas planteadas. El desarrollo de un modelo que establezca los principios necesarios para el desarrollo de la AF a nivel hospitalario diseñado sobre la base de evaluaciones anteriormente realizadas y de las valoraciones aquí presentadas, así como los principios de las BPF, pudiera constituirse como una forma de resolver parte de las contradicciones analizadas.

Es oportuno destacar que existe voluntad política y un escenario adecuado en el país para el desarrollo de la AF a nivel hospitalario, fundamentado en los principios del Sistema Nacional de Salud y en el reconocimiento por parte de la Universidad y de las organizaciones profesionales, 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso I, Alonso C, Alonso L, Calvo D, Cires M, Cruz M, editores. Formulario Nacional de Medicamentos. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
2. Seguimiento Farmacoterapéutico. [citado 29 Ag 2010]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Seguimiento_Farmacoterap%C3%A9utico
3. Jiménez G, Debesa F, González B, Ávila J, Pérez J. El Sistema Cubano de Farmacovigilancia, seis años de experiencia en la detección de efectos adversos. Rev Cubana Farm [Internet]. 2006 Abr [citado 29 Ag 2010];40(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000100002&lng=es
4. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. Ars Pharmaceutica. 2000;41(1):137-43.
5. Hepler C, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Pharm. 1990;47:533-43.
6. Oliveira DR, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. Braz J Pharm Sci. 2008;44(4):763-72.
7. Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Madrid: Díaz de Santos; 1981.
8. Mateu L, González HM, Sedeño C. Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación del estado de la superación del profesional en los servicios farmacéuticos de Cuba. Rev OFIL. 2008;18(1):21-6.
9. Rodríguez A, Ferrer K, Reyes I. Calidad de la Atención Farmacéutica hospitalaria en el Municipio Santiago de Cuba. III Congreso Internacional de Salud y Calidad de Vida. Holguín: Universidad Médica en Holguín; 2009. [CDROM].
10. Zierler-Brown S, Brown T, Chen D, Wayne R. Clinical documentation for patient care: Models, concepts and liability considerations for pharmacist. Am J Health-Syst Pharm. 2007;64:1851-8.
11. Cuba M, Pérez M, Sedeño C. Caracterización de los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios Cubanos. Parte I. Rev Cubana de Farm. 2006;40(3):3-9.
12. Cuba M, Sedeño C, Hernández L, Pérez M. La farmacia hospitalaria en Cuba. Evolución y perspectivas. Farm Hosp. 2008;32(1):1-3.
13. Megret R, Garzón M. Desempeño del profesional farmacéutico en los Servicios asistenciales. Portales Médicos 2010 [citado 12 Abr 2010];5(7):145. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2123/1/Desempeno-del-profesional-farmacaceutico-en-los-servicios-asistenciales.html>
14. Tulip S, Cheung P, Campbell D, Walters P. Pharmaceutical care: cultural, practice and professional perspectives. Int. J. Pharm Pract. 2002 [citado 20 Ene 20];10:93. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024

15. Ministerio de Salud Pública. Manual de Normas y Procedimientos para Farmacia Hospitalaria. Tomo I. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2006.

Recibido: 2 de diciembre de 2011.

Aprobado: 16 de enero de 2012.

Ivette Reyes Hernández. Universidad de Oriente. Facultad de Ciencias Naturales.
Ave. Patricio Lumumba s/n Santiago de Cuba, Cuba.