

## INVESTIGACIÓN

Instituto de Farmacia y Alimentos, Universidad de La Habana

# La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana

[Sonia Moure Lorenzo,<sup>1</sup> Luisa Iñiguez Rojas,<sup>2</sup> Edita Fernández Manzano<sup>1</sup> y Julia S. Pérez Piñero<sup>3</sup>](#)

### Resumen

Los servicios farmacéuticos comunitarios han sido poco estudiados en Cuba. El objetivo de este trabajo es caracterizar estos servicios en la provincia Ciudad de la Habana. Fueron calculados el número de habitantes por farmacia, farmacias por habitantes, farmacia por 10 000 habitantes, habitantes por licenciado en farmacia, licenciado por 10 000 habitantes, licenciado por farmacia y farmacia por consultorios. Los resultados obtenidos permitieron identificar que los territorios de La Habana Vieja, Habana del Este, Centro Habana y Boyeros, tenían una situación desfavorable en el indicador número de habitantes por farmacia, mientras que en el municipio Cotorro, era mucho más favorable. Se apreció, además, la falta de relación entre la diferenciación territorial de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas y la distribución de los servicios. Los resultados, mostraron, en general, una elevada heterogeneidad intermunicipal de los servicios farmacéuticos comunitarios, que se amplía en las áreas de salud. Se presentan algunas propuestas para el incremento de la eficiencia y efectividad de estos servicios.

*Palabras clave:* Servicios farmacéuticos comunitarios, diferenciación territorial, La Habana.

### Introducción

La principal aspiración de cualquier modelo de farmacia es garantizar un servicio de calidad al público al que las personas puedan acceder en igualdad de condiciones, y que además, constituya una fuente de información fidedigna y segura sobre medicamentos mediante el profesional farmacéutico. Se conoce que el uso de los medicamentos además de sus efectos terapéuticos positivos pueden originar efectos adversos no deseados o crear un Problema Relacionado con Medicamento (PRM), ser causa de ingreso hospitalario o incluso de muerte. Es por esto que en la actualidad dentro de la Atención Primaria de Salud (APS) cobran gran importancia los Servicios Farmacéuticos Comunitarios (SFC) y la figura del Licenciado en Ciencias Farmacéuticas, en su histórico papel como dispensador de medicamentos que se revitaliza a la luz del concepto de Atención Farmacéutica, que hace énfasis en la prevención, identificación y resolución de los PRM por la importancia que tienen en el resultado de la farmacoterapia y su repercusión en la salud y la economía.<sup>1</sup>

En el ámbito internacional desde la década de los años 90 del pasado siglo, comienzan a desarrollarse políticas encaminadas a reforzar el papel del farmacéutico en la APS. En Europa y en particular en España comienzan a regularse los servicios farmacéuticos en un marco jurídico mediante la Ley General de Sanidad que plantea como máximo 2 800 habitantes por farmacia y la presencia obligatoria del profesional farmacéutico para poder abrir una oficina de farmacia. Las Leyes de Ordenación Farmacéutica se han establecido por cada uno de los parlamentos de las comunidades autónomas.<sup>2</sup>

La Farmacia Comunitaria (FC) forma parte de los SFC y en Cuba su actividad asistencial está distribuida por consultorios médicos que pertenecen a un área de salud. Los criterios de selección de la población de los consultorios que tributa a una farmacia (usuarios) son accesibilidad y cercanía, sin tener en cuenta aspectos demográficos, lo que genera gran heterogeneidad poblacional en su distribución. Así, en un estudio realizado en el año 2002 se encontró que para las provincias Pinar del Río y Ciudad de La Habana que tienen similar población, la primera tiene 505 farmacias y 49 licenciados y la segunda 369 farmacias y 150 licenciados, por sólo citar un ejemplo.<sup>3</sup>

Lo antes expuesto demuestra la necesidad de profundizar en estudios a partir de los cuales se puedan mejorar los SFC. El presente estudio forma parte de uno más amplio que se desarrolla para todo el país y tiene como finalidad la propuesta de un Programa de Atención Farmacéutica que permita el uso más racional de los medicamentos.

En 1990, *Hepler C.* y *Strand L.* elaboraron el concepto de atención farmacéutica, definiéndola como: “La provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de obtener resultados que mejoren la calidad de vida de los pacientes”. Según este concepto, los proveedores de atención farmacéutica en cooperación con los pacientes y los médicos, debían orientar el uso de medicamentos y prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con su uso.<sup>4</sup> A partir de esta definición mucho se ha polemizado sobre esta práctica, como aquella que discute si es o no el farmacéutico el responsable de proveer esta atención.<sup>1,5-7</sup>

En 1993 en Tokio, el Informe Anual de la OMS en un acercamiento a esta temática, reconoció al farmacéutico como el profesional que asume las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas en la realización de esta práctica.<sup>8</sup> Por otra parte, en 1998 la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) publicó una declaración de las normas profesionales que requieren los farmacéuticos para ofrecer este servicio, como parte de la Buenas Prácticas de Farmacia (GPP).<sup>5</sup> Es importante señalar que en la Resolución sobre Atención Farmacéutica 2001, el Consejo de Europa también expresó preocupación por el lugar del farmacéutico en el cuadro de la seguridad de la salud al señalar que: “Una de las funciones básicas del farmacéutico, como un experto en productos medicinales, es ayudar a prevenir riesgos iatrogénicos evitables” y la atención farmacéutica es un elemento esencial en la prevención y reducción de dichos riesgos y debe ser realizada con sistematicidad.<sup>7</sup>

Para brindar el servicio de atención farmacéutica se necesita dotar a la farmacia de una estructura y organización. Se entiende por estructura, las circunstancias personales y materiales bajo las cuales se va a desarrollar el trabajo y la organización de actividades y procedimientos que le permiten prestar el servicio con esta estructura que se ha definido.

La implementación de programas de atención farmacéutica con la participación del farmacéutico en la atención individualizada de los pacientes, ha ido creciendo en diversos ámbitos asistenciales (comunitario y hospitalario) y tiene un impacto positivo en la mejoría de la salud. En muchos países, la integración de servicios farmacéuticos en unidades de atención primaria para el seguimiento de pacientes con determinadas enfermedades crónicas (unidades de terapia anticoagulante, control de lípidos, pacientes hipertensos, diabéticos, cardiópatas, broncópatas, y otros), ha proporcionado resultados satisfactorios en cuanto a mejora de indicadores clínicos intermedios, así como en la disminución de costos de salud directos o indirectos.<sup>9-12</sup>

Algunos programas de atención farmacéutica documentan resultados positivos y ahorro de los costos de salud, como por ejemplo, el certificado a través del Instituto Peters de Atención Farmacéutica en Minnesota para preparar a farmacéuticos en el ejercicio de esta atención, proporcionó cuidados a 14 357 pacientes durante 45 165 visitas documentadas, donde en el 40 % de los enfermos se detectaron problemas relacionados con los medicamentos, indicación inapropiada para el tratamiento en el 27 % de los problemas identificados, tratamiento inseguro en el 25 % y cumplimiento inapropiado en el 21 % de las situaciones. Los resultados indicaron que el 90 % de los problemas de salud se volvían estables o mejoraron gracias a la provisión de atención farmacéutica, y se calculó un ahorro de 144 626 dólares.<sup>9</sup>

En Alemania se ha desarrollado la atención farmacéutica en farmacias domiciliarias, que se localizan en la comunidad enfocadas al control de pacientes en territorios con mayor número de defunciones. Todos los medicamentos “prescripciones y entregas en el mostrador”, suplementos y aparatos son entregados por esta farmacia. Las farmacias domiciliarias se desarrollan también en el Reino Unido donde se realizan negociaciones de reembolso por servicios especiales de farmacia. El *Euro Pharm Forum* (EPF) en Copenhague, y la Red de Atención Farmacéutica de Europa son dos de las mayores instituciones internacionales en la implementación europea de la atención farmacéutica. Las actividades del EPF se facilitan mayormente por la fuerza de trabajo en la atención a diabéticos, hipertensos, para el cese del hábito de fumar, preguntas acerca de sus medicamentos, servicios para pacientes asmáticos y portadores de VIH/SIDA. Además de cuerpos profesionales/organizaciones como en los Países Bajos (KNMP), Alemania (ABDA) o Dinamarca, el EPF ha publicado normas sobre atención farmacéutica para diferentes enfermedades (asma, diabetes, hipertensión). La Red de Atención Farmacéutica de Europa es una red independiente no lucrativa, de investigadores y equipos de investigadores que ofrece, entre otras funciones, educación para las investigaciones mediante sus conferencias de trabajo que tienen lugar en los años alternos desde 1999 en Hillerod, Dinamarca.<sup>5</sup>

En España se ha realizado un estudio llamado TOMCOR para evaluar los efectos sobre los pacientes coronarios de la nueva forma de actuar en atención farmacéutica frente al modelo tradicional. Es un estudio prospectivo con grupos de intervención y control y asignación aleatoria de las farmacias a los grupos. Las farmacias no constituyen una muestra representativa de las farmacias españolas, y el estudio sólo puede evaluar los resultados de este programa en pacientes coronarios.<sup>13</sup>

Los resultados clínicos demostraron una disminución en la tasa anual de re-infartos en el grupo de intervención, aunque la diferencia con el grupo control no era estadísticamente significativa. También se encontró una menor utilización de recursos

sanitarios. En la calidad de vida, se apreció una mejoría significativa en una de las dimensiones del cuestionario SF-36 (función física), aunque hubo empeoramiento en otras (función social, emocional y salud mental), probablemente con mayor conciencia de enfermedad. También se obtuvieron mejoras significativas en la satisfacción con el servicio y en el conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria y la medicación.<sup>13</sup>

La garantía de la calidad de los servicios farmacéuticos se ha establecido en la mayor parte de los países de la Comunidad Económica Europea (CEE) a través de regulaciones de las oficinas de farmacia en cuanto a criterios geográficos y demográficos. Dichos criterios se basan en el número de habitantes y las distancias entre oficinas de farmacia. También está regulado como requisito principal, y es denominador común a todos los países de la CEE, la presencia obligada de un farmacéutico con titulación superior inscrito en algún colegio que lo represente y vele por el correcto funcionamiento del ejercicio profesional.

En la CEE existen dos modelos de farmacia: Uno “Anglosajón” que agrupa a países como Alemania, Bélgica, Finlandia, Holanda y Reino Unido en los que existe una cierta libertad referida al establecimiento de oficinas de farmacia, sin normas en cuanto a distancias entre unidades de farmacia y habitantes por farmacia; y otro “Mediterráneo” que agrupa a países como España, Francia, Italia donde existen restricciones geográficas y demográficas y por tanto la cobertura farmacéutica es más homogénea y está mejor repartida en todo el territorio, lo que garantiza el acceso a los medicamentos en igualdad de condiciones con independencia del lugar de residencia. No obstante, las restricciones jurídicas en cuanto a los habitantes por farmacia, en aquellos países donde se ha establecido, varían de un territorio a otro.<sup>14</sup>

Por ejemplo, en Austria se establecen 5 500 habitantes por farmacia, en Francia se estipulan tres indicadores según rangos de población: para poblaciones menores de 5 000 habitantes, 2 500 habitantes por farmacia; para poblaciones entre 5 000 y 30 000 habitantes, 3 000 habitantes por farmacia y para poblaciones mayores de 30 000, 3 500 habitantes por farmacia. En Italia el rango es más amplio, de 5 000 habitantes para poblaciones por debajo de 12 500 habitantes y de 4 000 habitantes para poblaciones que excedan los 12 500 habitantes. El comportamiento medio de habitantes por farmacia en el territorio español es de 2 099 habitantes.<sup>15,16</sup>

A este último país, se le atribuye un papel de vanguardia jugado en la evolución de conceptos sobre la atención farmacéutica, el papel del farmacéutico y las necesidades de transformación para garantizar buenas prácticas. En cuanto a la planificación de oficinas de farmacia, el artículo 2.2 de la Ley 16/1997, de 25 de Abril, sobre Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, contempla que estas se establecerán de acuerdo con criterios geográficos y demográficos, en beneficio de la sociedad y, por tanto, de los pacientes, y no de los profesionales. Las administraciones competentes de las comunidades autónomas son las que, en base a los criterios de planificación de la citada ley, establecen los módulos de población necesarios para la apertura de las oficinas de farmacia, de forma que, en beneficio de los ciudadanos, evite concentraciones de farmacias en lugares de mayor densidad de población, desasistiendo sanitariamente otras zonas menos favorecidas pero que precisan igualmente de una adecuada asistencia farmacéutica. Esta circunstancia hace que en muchas poblaciones el farmacéutico sea el único profesional sanitario presente.<sup>2</sup>

En cuanto a la evolución de la apertura de nuevas farmacias, entre los países de la Unión Europea es en España donde más oficinas de farmacia se han abierto en los últimos diez años, con un crecimiento porcentual superior al crecimiento de la población, de un 10,13 frente a un 7,35 %. El modelo español de ordenación farmacéutica, establecido por los legisladores, permite que el 99 % de la población disponga de oficina de farmacia en el propio municipio, lo que garantiza el acceso en condiciones de igualdad, al mismo medicamento y con el mismo precio a lo largo de toda la geografía española. Este hecho sin duda, ha contribuido a que la OMS considere al Sistema Sanitario Español el séptimo mejor del mundo, muy por encima de otros modelos liberalizados.<sup>17</sup> Según la información sobre la evolución de nuevas farmacias en algunos países entre 1996 y el 2000, en España se notifica la mayor apertura en un período de 5 años, con un total de 732 y situada en el tercer lugar de menor cantidad de habitantes por farmacia con 2 043; mientras Holanda registra el menor con sólo 16 nuevas farmacias en igual período, pero con un índice desfavorable de 10 257 habitantes por farmacia. Esto da la idea que la accesibilidad al establecimiento no es igual para toda la población al no estar legislada las distancias ni el número de habitantes. Aunque de cierto modo la cobertura se garantiza porque los médicos de familia de áreas rurales están autorizados a dispensar medicamentos a sus propios pacientes si la farmacia más próxima está al menos a 5 kilómetros de distancia.<sup>17</sup>

Los sistemas sanitarios varían mucho de un país a otro de forma que el número de nuevas farmacias por sí solo no es representativo de la mejoría de la atención farmacéutica. Por ejemplo, en el caso de Suecia donde en los últimos 5 años no ha habido apertura de nuevas farmacias, el número de habitantes por farmacia creció sólo de 9 923 a 9 952. Aunque en este país, no existen criterios gubernamentales de distribución geográfica y demográfica que regulen el establecimiento de las farmacias, la Corporación Nacional Sueca de Farmacia (Apoteket AB) determina donde puede haber farmacias u otros puntos de venta de medicamentos, y la política de esta corporación se basa en garantizar que haya farmacias cerca de los lugares en los que se recetan los medicamentos y donde haya gran flujo de pacientes.

Los servicios farmacéuticos en Cuba han experimentado cambios en los últimos 15 años en su estructura, funcionamiento y dirección, en respuesta a medidas emergentes que fueron tomadas durante el período especial, para amortiguar las restricciones económicas enfrentadas para el uso más racional de los medicamentos. En el año 1998 cuando se comienza a trabajar en condiciones más favorables, el Ministerio de Salud Pública y el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología realizaron transformaciones en el programa vigente y surgió el Programa Nacional de Medicamentos (PNM), que se encuentra actualmente en vigor.<sup>18</sup> Dicho programa tiene por objetivos, además del uso racional de los medicamentos que es una política constante de los servicios farmacéuticos, dictar medidas que mejoren la eficacia de la ruta crítica de los medicamentos acorde al Sistema Nacional de Salud.

Según el PNM la responsabilidad directiva en el nivel provincial de la actividad empresarial de suministros médicos, que garantiza la vitalidad del sistema, está bajo el control de los directores de las empresas provinciales de medicamentos. Las regulaciones de drogas y estupefacientes así como el perfeccionamiento de los servicios farmacéuticos está a cargo del jefe del Grupo Provincial de Farmacia y Óptica en coordinación con la Farmacia Principal Municipal (FPM).

En el nivel municipal los responsables de ejecutar el PNM y controlar las disponibilidades de medicamentos y las alternativas terapéuticas son el farmacoepidemiólogo y el licenciado director de la FPM. Por otra parte, se consideró necesario poner en práctica la reorganización de la red de farmacias y crear una nueva clasificación de las farmacias comunitarias debido a la necesidad de establecer los niveles adecuados de distribución de medicamentos así como una vinculación más estrecha de las farmacias con los servicios y unidades de salud (Centro para el desarrollo de la Farmacoepidemiología. Disponible en: <http://www.edf.sld.cu/>).

Así, las farmacias quedaron clasificadas de la siguiente forma: FPM, Farmacia Comunitaria Especial de Área de Salud (FEAS), Farmacia Comunitaria de Atención Hospitalaria (FAH), Farmacia Comunitaria Normal (FCN). Según el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología, la FPM, es la unidad rectora del total de farmacias de cada municipio y deberá mantener existencia de todos los renglones del Cuadro Básico de Medicamentos y aquellos que estén definidos para enfermedades que se tratan mediante el ingreso en el hogar, los “controlados por tarjeta” para pacientes con entidades crónicas, drogas estupefacientes y psicotrópicos, dispensarial y local así como los fito y apifármacos. En cuanto a los recursos humanos se requiere la presencia de cuatro licenciados, un director general, un farmacéutico clínico, un responsable de la producción y un responsable de abastecimientos, suministros e insumos. La FEAS, además de disponer de los medicamentos denominados imprescindibles del Cuadro Básico de Medicamentos, recibe otros medicamentos para garantizar el servicio del policlínico, de este tipo de farmacia debe existir al menos una por cada área de salud del municipio. Debe tener dos licenciados, uno que dirija técnica y administrativamente todas las actividades de la farmacia y un farmacéutico de atención a la población. La FAH están situadas en la cercanía de los centros de atención de nivel secundario y asegura los medicamentos del Cuadro Básico para uso ambulatorio que se correspondan con las necesidades de las especialidades que se brindan en el hospital así como aquellos que garanticen la atención del paciente visto en cuerpo de guardia. Por último, la FCN incluye las farmacias urbanas, rurales y las de policlínicos, puede tener turnos permanentes u otra modalidad de acuerdo a las necesidades del área. No se define la presencia del licenciado (Centro para el desarrollo de la Farmacoepidemiología. Disponible en: <http://www.edf.sld.cu/>).

Se delimitó como objetivo general de esta investigación, identificar la distribución territorial de componentes de los SFC en la provincia Ciudad de La Habana en el año 2003 y describirlos según su clasificación, caracterizar la disponibilidad de licenciados en estos servicios, la distribución de farmacias por consultorios, así como la posible relación entre la morbilidad por enfermedades crónicas seleccionadas y la distribución de los servicios.

## **Métodos**

Se desarrolló una búsqueda bibliográfica sobre el tema de los servicios farmacéuticos y los programas de atención farmacéutica a nivel internacional y en Cuba con el fin de contar con referencias sobre regulaciones internacionales y nacionales, fueron especialmente útiles los resultados de *Calzadilla* y otros.<sup>19</sup> La investigación fue realizado en los 15 municipios de la provincia Ciudad de la Habana, que dependen para fines administrativos de dos empresas de medicamentos: la del este que agrupa a los municipios: Cerro, Diez de Octubre, San Miguel del Padrón, Habana del Este, Cotorro,

Guanabacoa, Regla, Arroyo Naranjo; y la del oeste, que agrupa los municipios: Plaza, Playa, Centro Habana, Habana Vieja, Boyeros, La Lisa y Marianao.

Fueron fuentes principales de información las direcciones municipales de salud de donde se obtuvo información sobre población del área de salud y consultorios de médicos de la familia por área; y la FPM donde se brindaron los teléfonos y direcciones de cada una de las FCN del municipio y la población y consultorios médicos de la familia que tributan a estas farmacias. Diferentes entidades y dependencias vinculadas al Ministerio de Salud Pública y a las direcciones municipales de salud, brindaron información complementaria. Se calcularon para los 15 municipios y 82 áreas de salud, los siguientes indicadores: habitantes por farmacia, farmacia por habitantes, farmacia por 10 000 habitantes, habitantes por licenciado, licenciado por 10 000 habitantes, licenciados por farmacia y consultorios por farmacia.

A partir de la descripción de la diferenciación territorial de estos indicadores se procuraron relaciones con la prevalencia de algunas enfermedades crónicas (asma, hipertensión arterial, diabetes mellitus), que requieren que el paciente adquiera de forma sistemática medicamentos en la FCN.<sup>20,21</sup>

Los resultados se expresaron en porcentajes y para la asociación entre indicadores se calculó el coeficiente de correlación lineal de *Pearson*. Por las limitaciones de la prueba de significación estadística para el coeficiente de correlación señalado debido a su afectación por el tamaño de la muestra, se analizaron los resultados desde el punto de vista descriptivo; para ello se consideró una buena correlación cuando el coeficiente fue de 0,70 o mayor, por debajo de esta cifra, a los efectos de este trabajo, se consideró baja o escasa correlación.

## Resultados y discusión

### Diferenciación territorial de las farmacias en Ciudad de La Habana

En el momento del estudio (año 2003), la provincia Ciudad de La Habana contaba con un total de 343 farmacias de las cuales 243 eran comunitarias, 80 especiales de área, y 20 asociadas a hospital, para la atención de 2 161 176 personas.

La distribución de farmacias por municipios arrojó una elevada heterogeneidad. El municipio con mayor cantidad de farmacias era Diez de Octubre, el más poblado; seguido de Playa y Plaza de la Revolución. Las farmacias comunitarias predominaron, seguidas de las especiales de área (80), que según se orienta debe existir una por áreas de salud (que son 82 en la provincia). La menor cantidad de farmacias eran las vinculadas a hospitales; existían 20 farmacias hospitalarias de ellas siete asociadas con FEAS y dos a FEAS y FPM conjuntamente (tabla 1).

Tabla 1. Farmacias por municipio según tipo

Municipio	Tipo de farmacia						Total
	FEAS		FAH		FC		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Playa	9	28,1	1	3,1	22	68,8	32

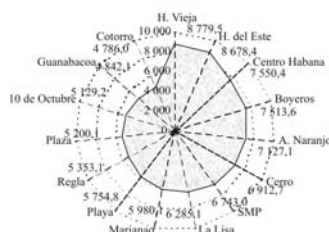
Plaza	6	18,8	8	25,0	18	56,3	32
Centro Habana	4	19,0	2	9,5	15	71,4	21
Habana Vieja	5	45,5	0	0,0	6	54,5	11
Regla	2	25,0	0	0,0	6	75,0	8
Habana del Este	8	42,1	0	0,0	11	57,9	19
Guanabacoa	6	27,3	1	4,5	15	68,2	22
San Miguel del Padrón	6	27,3	1	4,5	15	68,2	22
Diez de Octubre	6	13,0	1	2,2	39	84,8	46
Cerro	4	21,1	0	0,0	15	78,9	19
Marianao	4	17,4	0	0,0	19	82,6	23
La Lisa	5	26,3	0	0,0	14	73,7	19
Boyeros	5	20,0	6	24,0	14	56,0	25
Arroyo Naranjo	6	20,0	0	0,0	24	80,0	30
Cotorro	4	28,6	0	0,0	10	71,4	14
Ciudad de La Habana	80	23,3	20	5,8	243	70,8	343

De forma general en todos los municipios de la provincia, las farmacias comunitarias representan el mayor porcentaje del total (70,8 %), las FEAS alrededor del 25 % y las FAH el 5 %, sólo por encima de la FPM, respondiendo esta distribución a la función para la que han sido diseñada cada uno de estos tipos de farmacia. Entre los municipios con menor número de farmacias estaba Regla, el cuarto más pequeño en extensión con una sola área de salud y la menor cantidad de población entre los municipios de la provincia, mientras Centro Habana, uno de los más poblados, tenía apenas cuatro farmacias, aunque es el de más pequeña extensión. En el caso de la FEAS, en el municipio Habana del Este cada una de sus ocho áreas de salud contaba con una farmacia especial, como establece el Programa Nacional de Medicamentos, mientras en el municipio Habana Vieja con cinco áreas de salud e igual número de farmacias especiales, el área Arturo Aballí no tenía FEAS en tanto la Tomas Romay tenía dos.

En relación con las FAH, la mayor parte de ellas estaban ubicadas en el municipio Plaza (ocho) y Boyeros (seis) donde se encuentra una elevada concentración de hospitales. Se puede acotar que existen cinco municipios: Playa, Habana Vieja, Marianao, La Lisa y Boyeros donde la FPM además de los servicios que presta en la dirección de la actividad de farmacia del municipio, también funciona como FEAS aumentando así las responsabilidades del profesional farmacéutico. En el municipio Plaza la FPM, además de farmacia rectora, brinda el servicio de FAH, debido a su proximidad a una zona de concentración de hospitales. El más alto porcentaje de farmacias comunitarias lo obtuvo Diez de Octubre y el menor Habana Vieja.



Las variaciones del indicador de habitantes por farmacia destacaron al Cotorro con 4 786 y Habana Vieja con 8 799,5 habitantes por farmacia. Si se analizan los valores obtenidos con los definidos en la Ley General de Sanidad de España (2 800 habitantes por farmacia como máximo), todos los municipios de Ciudad de La Habana sobrepasaron este índice y en diez este valor se duplicó. En situación más desfavorable se encontraban Habana Vieja (8 799,5), Habana del Este (8 678,4), Centro Habana (7 550,4) y Boyeros (7 513,6) (fig. 1).



Fuente: registro de direcciones municipales de salud.  
Fig. 1. Índice de habitantes por farmacias según municipios.

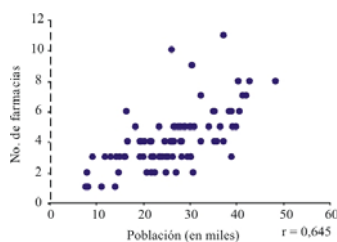
Las diferencias en este indicador por áreas de salud se ampliaron de 2 607 habitantes por farmacia en el área Pasteur de Diez de Octubre a 15 416 en el área de Elpidio Berovides en el municipio La Lisa. Las áreas de Pasteur y Pulido Humarán también en La Lisa, fueron las únicas en alcanzar un valor inferior al considerado en la Ley de Sanidad de España antes mencionada (2 880 habitantes por farmacia). En el 30,5 % de las áreas de salud se rebasó la media de la provincia, y con la situación más desfavorable apareció La Lisa con la totalidad de sus áreas de salud por encima de la media, seguida de Habana Vieja y Centro Habana donde cuatro de las cinco áreas de salud de ambos municipios, rebasaron la media provincial, y Habana del Este con siete de sus ocho áreas de salud en esta situación. Desfavorable fue también este indicador (habitantes por farmacia) en los municipios de Marianao, Boyeros y Arroyo Naranjo.

El índice de farmacias por 10 000 habitantes, varió entre 0,65 en el área de Elpidio Berovides del municipio de La Lisa, a 3,3 en el área Pasteur del municipio de Diez de Octubre. Al analizar las diferencias espaciales según las características de la urbanización, se observó como regularidad que los mejores indicadores de farmacias por 10 000 habitantes (2,3-3,83) se localizaron en áreas de salud que incluyen antiguos barrios residenciales como Siboney, Atabey, Víbora, Santo Suárez, El Vedado y Puentes Grandes o en áreas de baja densidad poblacional de la periferia, distantes del centro de La Habana, como Cuatro Caminos, Arroyo Arenas, El Cano, Punta Brava, Managua y Jaimanitas y en Guanabacoa los barrios de Arango, El Roble, Nalón y La Lima. La única área con indicador favorable en el municipio Habana del Este era Campo Florido que comparte las características anteriormente señaladas.

La mayor parte de las áreas de salud (65 %) alcanzaron valores intermedios (1,18-2,17), son estas todas las de los municipios de Guanabacoa, Cotorro, Regla, Plaza, Marianao, Diez de Octubre y Cerro. En el menor rango (0,65-1,15) aparecieron la mitad de las áreas del municipio Habana del Este, tres de las cinco áreas de la Habana Vieja, y dos de las cinco áreas de los municipios de Centro Habana y La Lisa.

Tanto en el indicador de farmacias por 10 000 habitantes como en el de habitantes por farmacia, se observó que la situación más desfavorable coincidió con la extensión de

áreas residenciales después de 1959, o con barrios más antiguos de elevada densidad de población, en municipios donde se reconocen elevados saldos migratorios internos. Según el coeficiente de correlación de *Pearson*  $r = 0,645$  no hay correlación entre la cantidad de población y el número de farmacias (fig.2)



Fuente: registro de direcciones municipales de salud.  
Fig.2. Relación de habitantes por farmacias por áreas de salud.

Algunos ejemplos ilustran lo planteado: en el municipio Playa las áreas de Isidro de Armas y Docente Playa, tenían cada uno tres farmacias que atendían 14 360 y 22 277 habitantes, respectivamente. En el municipio Plaza las áreas de salud de Puentes Grandes y la Rampa poseían también tres farmacias que atendían 9 126 y 20 056 habitantes, respectivamente. Mientras en La Lisa, las áreas de Cristóbal Labra y Pulido Humarán tenían tres farmacias para atender una población de 38 526 y 16 539 habitantes, respectivamente.

### Diferenciación territorial de los licenciados en farmacias

En el año de estudio (2003), se registraron 168 licenciados en farmacia. La distribución del número de licenciados por tipo de farmacias, mostró que el mayor porcentaje se concentraba en las FPM que atendían sólo comunidades, con el 77,8 %, en las FPM que además son especiales de área, con el 50 % y en dos FPM que son especiales de área y brindan servicio al hospital. Este resultado era esperado si se toma en cuenta que la FPM, por su gran amplitud de funciones, controles y responsabilidades necesita al menos tres licenciados. Además, como se conoce, algunas de ellas tienen funciones adicionales como brindar servicio al hospital, lo que incrementa la afluencia de público y la dispensación de medicamentos y por tanto, es más necesaria la presencia del profesional farmacéutico.

El 80,6 % de las farmacias comunitarias no poseía licenciado, aún sin estudios precisos sobre los efectos de esta situación, es posible suponer algunas limitaciones en la calidad de la atención farmacéutica, en especial en el suministro de informaciones sobre medicamentos tanto a los pacientes como a los médicos del área de salud, si se considera que tanto los trabajadores que dispensan en el área de despacho, como el administrador de la farmacia, pueden no tener la competencia necesaria para brindar estos servicios (tabla 2).

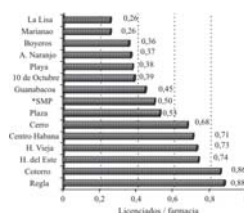
Tabla 2. Farmacias según tipo y número de licenciados

Datos	Número de Licenciados por Farmacia			Total
	0	1-2	3-5	

	No.	%	No.	%	No.	%	
FCN	187	80,6	45	19,4	0	0,0	232
FEAS	18	23,4	59	76,6	0	0,0	77
FAH	7	58,3	5	41,7	0	0,0	12
FCN + FPM	1	11,1	1	11,1	7	77,8	9
FEAS + FAH	2	28,6	5	71,4	0	0,0	7
FEAS + FPM	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4
FEAS + FAH + FPM	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
Total	215	62,7	118	34,4	10	2,9	343

La distribución de licenciados por tipo de farmacia arrojó que las farmacias principales municipales presentaron la mejor situación con cuatro licenciados por farmacia, las de este tipo con funciones especiales de área con 2,75 y la de atención hospitalaria con 2,50 licenciados por farmacia. El peor comportamiento correspondió a la farmacia comunitaria normal con 0,19 licenciados. Era esperado que el mayor índice de licenciados estuviera en la farmacia principal, lo que si resultó desconocido es que la mayor parte de las farmacias comunitarias no contaran con profesional farmacéutico.

Según el indicador de licenciados por farmacia, no existía en la provincia al menos un municipio que tenga un licenciado por FCN, lo cual pudiera ser el resultado de la falta de regulaciones para asegurar la presencia de este profesional al frente de la dirección técnica de la farmacia. Los municipios en situación más favorable fueron Regla (0,88) y Cotorro (0,86) y los más desfavorables, La Lisa y Marianao con 0,26. En estos dos últimos municipios, además se obtuvo la mayor cantidad de habitantes por farmacia, lo que agudiza su desfavorable situación relativa a los servicios farmacéuticos en la provincia. En condiciones contrarias se encontraban los municipios de Regla y Cotorro con la mayor cantidad de licenciados por habitantes, y de farmacias por habitantes. Estos resultados confirmaron la heterogénea distribución de los servicios farmacéuticos y el probable comprometimiento con su calidad en algunos territorios (fig. 3).

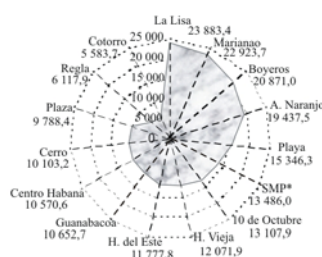


\*San Miguel del Padrón.

Fig. 3. Índice de licenciados por farmacias según municipio.

Según el número de licenciados por 10 000 habitantes, la mejor situación la presentó el municipio Cotorro con 1,79, que junto a Plaza y Regla fueron los únicos en alcanzar un valor mayor que uno. Mientras, reiteraron su desfavorable situación, La Lisa que obtuvo el peor indicador con 0,42, y Marianao con 0,44.

Para la provincia, la cantidad de habitantes por licenciado era de 12 864 y la variación intermunicipal, de 23 383 habitantes, en La Lisa (seguida de Marianao y Boyeros), a 5 583 en el Cotorro. En 12 de los 15 municipios de la Ciudad de La Habana hay más de 10 000 habitantes por licenciado. Estos resultados fueron similares a los comportamientos también desfavorables de algunos países de la Unión Europea como por ejemplo Holanda (fig. 4).



\*San Miguel del Padrón.

Fuente: registro de direcciones municipales de salud.

Fig.4. Índice de habitantes por licenciado según municipio.

En siete áreas de salud de la provincia no se registraron licenciados en farmacias comunitarias, ellos se localizaron en los municipios de Playa, La Lisa, Centro Habana, Habana Vieja, San Miguel del Padrón, Habana del Este y Boyeros. En 52 áreas (63,41 %), el indicador licenciados por 10 000 habitantes, era menor que uno. Sólo tres áreas de salud tenían una situación relativamente favorable: Cuatro Caminos en el Cotorro, Docente de Alamar en Habana del Este y Docente de Guanabacoa.

En la mayoría de las áreas donde se localiza la FPM, existía al menos un licenciado para 10 000 habitantes, incluso en algunos casos como el Docente de Guanabacoa y el Docente de Alamar habían dos. Se exceptuaron de esta regularidad las FPM de Marianao, La Lisa, Boyeros y Centro Habana. La correlación entre la población y los licenciados en farmacia por áreas de salud, fue de  $r = 0,381$ , lo que sugiere que no existe relación entre el número de licenciados y la población que atienden.

Algunos ejemplos ilustran la heterogeneidad de la distribución. El área de Cristóbal Labra sin licenciados y una población de 38 526 habitantes, es próxima al área Elpidio Berovides, del mismo municipio la Lisa, con dos licenciados para una población de 30 833 habitantes; en el municipio Marianao dos áreas de salud con un solo licenciado atendían poblaciones muy diferentes: Ramón González Coro con 19 698 y Manuel Portuondo con 41 397 habitantes. Otro ejemplo es el del municipio Plaza de la Revolución en el que en el área de salud 19 de Abril con una población de poco más de 26 000 habitantes, no tenía licenciados, mientras Moncada con 26 898 habitantes, tenía

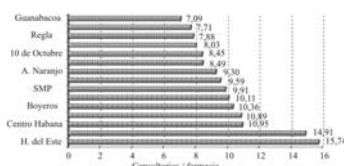
cinco. El municipio con mejor comportamiento y mayor homogeneidad en sus áreas de salud fue el Cotorro.

### Distribución de farmacias por consultorios y prevalencia de algunas enfermedades crónicas en la provincia

Aunque en las FCN predominó la atención a la población de entre dos a diez consultorios, el 28,38 % atendían entre 11 y 20 consultorios, y cuatro de ellas entre 21 y 30. De forma similar, la mitad de las FEAS, atendían entre 11 y 20 consultorios, mientras a cinco de ellas tributa la población de entre 21 y 30 consultorios. La situación fue más desfavorable en las FPM que además tienen otras atribuciones, en seis de ellas se atendía la población de entre 11 y 20 consultorios y en dos, entre 21 y 30 consultorios.

A pesar de que las familias y la población de los consultorios varían notablemente, en especial en los últimos años, los valores obtenidos insinuaron una distribución muy irregular de la población a la que prestan servicios las farmacias de la provincia. Si se supone una cantidad baja de familias (100) por consultorio y se considera la cantidad de personas (3,2) por núcleo según el censo de 2002 (ONE. Informe Nacional. Censo de Población y Viviendas, 2005), se puede suponer que en las FEAS, que además son principales municipales, las variaciones de población pueden ser de 640 personas si atienden dos consultorios y de 6 400 si atienden diez. Estos datos, a modo de aproximación, pueden ejemplificar las elevadas diferencias que pueden existir en la población usuaria de los servicios farmacéuticos, y se complica si se tiene en cuenta la diferenciación de las estructuras de edades (poblaciones más o menos envejecidas) y las condiciones socioculturales de estas poblaciones.

La distribución municipal de este indicador destacó a Habana del Este y Habana Vieja con la mayor cantidad de consultorios por farmacia y en la mejor situación a Guanabacoa y Cotorro (fig. 5).

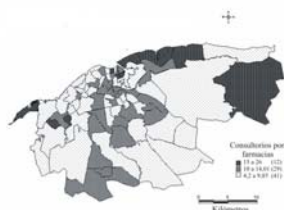


Fuente: registro de direcciones municipales de salud y farmacias comunitarias.

Fig.5. Índice de consultorios por farmacias según municipio.

Por áreas de salud, las variaciones de consultorios por farmacia fueron desde 4,2 a 26. De las 82 áreas de la provincia, 38 atendían a más de diez consultorios por farmacia. La mejor situación, en un rango entre cuatro y ocho consultorios por farmacia, coincidió en general con espacios de menor densidad poblacional como Arroyo Arenas y Punta Brava en La Lisa, Jaimanitas, Flores, Siboney, Atabey, Cubanacán y Miramar en Playa, Los Pinos en Arroyo Naranjo y Santo Suárez en Diez de Octubre. En el rango de mayor cantidad de consultorios por farmacia (15-26) se encontraron áreas con espacios residenciales nuevos o compactadas después de 1959, con el tipo de vivienda predominante de edificio de varias plantas. Ellas se distribuyeron, en lo fundamental, en el municipio Habana del Este, Boyeros, Plaza de la Revolución y La Lisa. Aparecieron con índices también elevados algunas áreas de los municipios de Habana Vieja y Centro

Habana, de elevadas tasas de saldos migratorios internos en las últimas décadas<sup>22</sup> (fig. 6).



Fuente: Dirección de Farmacia Provincial.

Fig.6. Consultorios del médico y la enfermera de la familia por farmacias.

Por último, al indagar la relación entre la diferenciación de indicadores calculados y la prevalencia de algunas enfermedades crónicas (2003), los municipios con mayor prevalencia de asma fueron Centro Habana con 16,4 % y Habana del Este con 13,8 %; en el caso de la diabetes mellitus se destacaron Centro Habana con 6 % y Guanabacoa y Plaza con 5,3 %, en hipertensión, las prevalencias más elevadas se observaron en Habana Vieja (23,1 %) y Habana del Este (23,3 %). El municipio de Habana del Este con altas tasas de asma e hipertensión, presentó valores muy desfavorables en los indicadores estudiados, al igual que Centro Habana y Habana Vieja.

No existió relación entre cantidad de farmacias y prevalencia de asma en las áreas de salud (coeficiente de correlación de *Pearson*  $r = 0,003$ ). Por ejemplo, en el área Reina del municipio de Centro Habana, donde la prevalencia de asma fue 13,6 % existían cuatro farmacias y en Albarrán del propio municipio con prevalencia de 10,6 % se localizaron cinco farmacias; en el municipio Habana del Este en dos áreas de salud con una misma prevalencia de asma 12,9, había una farmacia (Camilo Cienfuegos) y tres farmacias (13 de Marzo). El área Mario Escalona del propio municipio tenía tres farmacias y una prevalencia de 18,2 %, en tanto Pasteur del municipio de 10 de Octubre poseía diez farmacias para una prevalencia de 11,6.

De forma similar no se encontró relación entre la prevalencia de diabetes mellitus y distribución de farmacias por áreas de salud (coeficiente de correlación de *Pearson*  $r = 0,188$ ). En el municipio San Miguel del Padrón el área Luís Carbó tenía cinco farmacias y una prevalencia de 7,1 %, en tanto en el área California con cuatro farmacias la prevalencia era de 1,9 %. En el municipio Marianao, el área Manuel Portuondo con una prevalencia de 0,6% existían siete farmacias y en Ramón González Coro con cuatro farmacias la prevalencia era de 5,5.

Como en los casos anteriores la correlación entre farmacias y prevalencia de hipertensión arterial fue escasa (coeficiente de correlación de *Pearson*  $r = -0,100$ ). La diferenciación de las prevalencias por áreas de salud distinguió 34 áreas que superaron la tasa media provincial, con la mayor concentración espacial en los municipios de Centro Habana, Habana Vieja y Habana del Este. En el municipio San Miguel del Padrón dos áreas de salud con cuatro farmacias cada una, tenían prevalencias de 6,5 % (California) y 20,9 % (Bernardo Posse). En el municipio Marianao, Manuel Portuondo con una prevalencia de 4,8 % la población era atendida en siete farmacias, en tanto el área Ramón González Coro con la más alta prevalencia, 21,9 %, registraba cuatro farmacias. Por último, en el municipio Habana Vieja dos áreas de salud con prevalencia

similar: Antonio Guiteras 25,6 y Robert Zulueta 21,4, eran atendidas la primera por una sola farmacia y la segunda por cuatro.

Al valorar los indicadores de farmacias por habitantes, y licenciado por farmacia en las áreas de salud de la provincia y las prevalencias de los problemas de salud estudiados, se identificaron con las situaciones más desfavorables las áreas de Aballí en la Habana Vieja, Manduley en Centro Habana, Camilo Cienfuegos y Wilfredo Santana en el municipio Habana del Este, Abel Santamaría en el Cerro, Federico Capdevila en Boyeros y Aleida Fernández en La Lisa. Aunque los datos de prevalencia eran generales y pueden estar condicionados, al menos en algunos casos, por el elevado envejecimiento de la población, en algunas áreas como en el caso de Capdevila, los resultados sugirieron que las diferencias en las prevalencias en las áreas de salud, puede ser otro de los factores que incide en la desigual distribución de la población a ser atendida en las FCN y la consiguiente diferencia en el volumen de servicios entre ellas.

### **Consideraciones generales**

Aunque sin información precisa sobre la fecha de apertura de las farmacias en la provincia, la diferenciación territorial de los indicadores que relacionan las farmacias y los habitantes en municipios y áreas de salud, sugiere la presencia de diversos factores, entre los que deben destacarse, la herencia de la localización de la gran mayoría de las farmacias y la reducida apertura en aquellas áreas donde la cantidad de población se ha incrementado, sea por construcción de áreas residenciales o por elevados montos de inmigración.

La ubicación de la FCN, a la cual debe tributar un número de consultorios, a partir de los criterios de cercanía y accesibilidad, no ha permitido equilibrar la cantidad de consultorios por farmacia y por ende la población a ser atendida. Una organización más racional debería considerar las densidades de población y su estructura de edad, las características socioculturales de la población y la prevalencia de aquellos problemas de salud que exigen con más frecuencia de la atención farmacéutica. Estas informaciones son posibles de recuperar desde los propios sistemas de información del sector en el territorio.

Los mejores índices de farmacia por habitantes se localizaron en municipios de la periferia de la provincia, como es el caso de Guanabacoa y Cotorro; los más desfavorables correspondieron a municipios que con posterioridad al triunfo revolucionario, por diversas causas, han experimentado crecimientos considerables de su población, sin que haya crecido en forma proporcional el número de farmacias, como Centro Habana, Habana Vieja y Habana del Este. Este último municipio obtuvo el más elevado índice de habitantes por farmacia, el menor de licenciados por farmacia y el mayor número de consultorios por farmacia, lo cual permitió considerarlo el de más desfavorable situación en los servicios farmacéuticos en la provincia.

Las transformaciones desarrolladas en el campo farmacéutico en los últimos años, están en general relacionadas con la dirección y la organización, y abarcan una pequeña área de la calidad de los servicios, como el de garantizar que el medicamento llegue de forma equitativa a todo el que lo necesita. No obstante, en este programa, no se han encaminado tareas para el perfeccionamiento de funciones vitales del servicio farmacéutico como la atención farmacéutica y la información sobre medicamentos.

Todos los municipios de la provincia cuentan con los cuatro tipos de farmacias definidos en el PNM. Cada municipio posee una FPM y cada área de salud una FEAS y la distribución para estos dos tipos de farmacias es equitativa. Las FCN tienen el mayor peso del total, con una distribución muy irregular. La distribución de las FAH está en consonancia con la distribución geográfica cercana a estas instituciones.

Se encontró como regularidad que la mayor parte de las FCN, carecen de un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas (80,6 %), y en el 73 % de las áreas de salud no se llega a un licenciado por 10 000 habitantes. Las áreas de salud con mayor cantidad de licenciados son aquellas donde se encuentra ubicada la FPM, excepto en los municipios de Marianao, La Lisa, Boyeros y Centro Habana. El índice no alcanzó a un licenciado por farmacia en áreas de salud y en siete no existía este profesional.

La variación de consultorios que tributan a las farmacias, varió en los municipios entre siete y 15 aproximadamente, en las FCN y FEAS. Los municipios con mayor cantidad de consultorios por farmacia, coincidieron con los de mayor cantidad de habitantes por farmacia, como son Habana de Este y Centro Habana.

Por áreas de salud esta variación se amplió en las áreas de salud con farmacias que atienden la población usuaria de cuatro y de 21 consultorios. Como era esperado, no se encontró correlación entre la cantidad de farmacias y la prevalencia de asma, diabetes e hipertensión en las áreas de salud. Los municipios de Habana del Este y Habana Vieja señalados con los valores más desfavorables de los indicadores estudiados, presentaron elevadas prevalencias de las entidades seleccionadas. Las diferencias de la morbilidad territorial, como fue anteriormente sugerido, podría servir para implementar procedimientos específicos complementarios en los futuros programas de atención farmacéutica.

Los resultados obtenidos pueden servir de base a estudios más detallados en las áreas de salud, de forma que mediante los grupos básicos, y consultorios puedan medirse los impactos negativos de la heterogeneidad en la disponibilidad de los servicios farmacéuticos, como substrato del diseño de respuestas que incluyan hasta una posible identificación de categorías de las áreas. Es decir, no es posible valorar la efectividad y eficiencia de la atención farmacéutica, sin considerar la enorme variación de los consultorios que a ella tributan (entre siete y 15 para las FCN y FEAS), y de la población a ser atendida, que como ya se planteó, varía entre cuatro y 21 consultorios.

## **Summary**

### **Territorial differentiation in community-based pharmaceutical services in Havana**

The community-based pharmaceutical services have not been thoroughly studied in Cuba. The objective of this paper is to characterize these services in the City of Havana province using the estimation of the number of inhabitants per drugstore, of drugstores per inhabitant, of drugstores per 10 000 pop., of inhabitants per Bachelor of Pharmacy, of Bachelors per 10 000 pop., of Bachelors per drugstore and of drugstores per doctor's offices. The results made it possible to identify Old Havana, Eastern Havana, Centro Habana and Boyeros municipalities as the territories that faced the most unfavorable situation in terms of number of inhabitants per drugstore whereas the situation of Cotorro municipality was much more favorable. Territorial differentiation in the prevalence of some chronic diseases and the distribution of services were unrelated.



Generally, the results showed great inter-municipal heterogeneity of community-based pharmaceutical services, being more extensive in the health areas. Some proposals for increasing efficiency and effectiveness of these services were put forward.

*Key words:* Community-based pharmaceutical services, territorial differentiation, Havana.

### Referencias bibliográficas

1. El farmacéutico de atención primaria. Un nuevo ejercicio profesional que requiere la creación de un título de especialista [serie en Internet]. [citada 13 Abr 2005]. Disponible en:  
<http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/expertos/aprimaria/index.html>
2. Cortes Españolas. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacias. Boletín Oficial del Estado. 1997;No.100.
3. González LI, Fernández E, Iñiguez L, Henríquez RD, Fernández SA. Disponibilidad de los servicios farmacéuticos cubanos [tesis]. La Habana: Universidad de la Habana, Instituto de Farmacia y Alimentos;2003.
4. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47:533-43.
5. Van Mil JWF, Shulz M, Tromp TH FJ. Atención farmacéutica, desarrollo europeo en conceptos, implementación, enseñanza e investigación. *Pharm World Sci.* 2004; 26:303-11.
6. El papel del farmacéutico en la información sobre el medicamento (3 parte) [serie en Internet]. [citada 18 Jul 2005]. Disponible en:  
<http://www.azfarmacia.com/servicios.asp/> 7
7. Resolución sobre Atención Farmacéutica 2001. Relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. *Pharm Care España.* 2001;3:216-22.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm.* 1995;36:285-92.
9. Guerra M, García L, Tato A, Gontán B, Fornos JA. Calidad asistencial y evaluación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en anticoagulación oral por un equipo multidisciplinar de atención primaria de salud. *Pharm Care España.* 2004;6:59-63.
10. Álvarez de Toledo E, Aldasoro MP, Rozas E, Fernández S. La toma de la tensión arterial en la farmacia comunitaria. Un servicio orientado a la atención farmacéutica. *Pharm Care España.* 2004;6:66-70.
11. La Casa C, Martín MJ, Domínguez JC, Machuca M, García-Delgado A, Juárez J. Eficacia de la intervención farmacéutica en pacientes polimedicados. *Pharm Care España.* 2005;7(1):25-31.
12. Martí R, Angels M, Capdevila C, Paz M. Atención farmacéutica a pacientes con patología respiratoria. Estudio pluridisciplinar entre el hospital y la atención primaria. *Pharm Care España.* 2004; 6(4):225-34.
13. Dago A, Alvarez de Toledo F, Eyaralar MT. TOMCOR un estudio controlado sobre la efectividad de la atención farmacéutica. Libro de Posters Forum 10 años de Atención Farmacéutica. Granada, España: Editorial de la Facultad de Farmacia y Escuela Andaluza de Salud Pública. Depósito legal GR. 855/2001.
14. Modelos de farmacia en los estados miembros de Unión Europea. *Rev Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.* 2002;269:22-37.

15. Cortes Españolas. Ley 25/1990, de 25 de abril, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia. Boletín Oficial del Estado. 1997;No. 100 de 26 de abril:13450-2.
16. La oficina de farmacia en España. Rev del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2004;290:10-8.
17. La farmacia y los 10 nuevos países de la UE [serie en Internet]. [citada 7 Ago 2005]. Disponible en:  
<http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000031.nsf/voDocumentos/>
18. Programa Nacional de Medicamentos [serie en Internet]. [citada 10 Jul 2005]. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/programanac/pdf./>
19. Calzadilla A, Fernández E, Fernández SA, Henriques RD, Iñiguez L. Algunos indicadores relacionados con el perfeccionamiento de los servicios farmacéuticos comunitarios de la empresa de medicamentos del este de la Ciudad de La Habana [tesis]. La Habana: Universidad de la Habana, Instituto de Farmacia y Alimentos; 2004.
20. Tasa de prevalencia en paciente dispensarizados por algunas enfermedades según provincias. 2003 [serie en Internet]. [citada 10 Sep 2005]. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?isis./>
21. Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos. 2003 [serie en Internet]. [citada 10 Jul 2005]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/buscar.php./>
22. Montes N, Lantigua G, San Marful E. Exploración sobre las migraciones internas de las provincias y los municipios de Cuba: 1995/1997 y 1998/2000. La Habana: Centro de Estudios Demográficos;2004.

Recibido: 14 de marzo de 2006. Aprobado: 14 de septiembre de 2006.

*Sonia Moure Lorenzo*. Instituto de Farmacia y Alimentos, Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

[1Licenciada en Ciencias Farmacéuticas y Máster en Farmacia Clínica, Instituto de Farmacia y Alimentos, Universidad de La Habana.](#)

[2DraC. Geográficas, Profesora Titular, Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana.](#)

[3Especialista de II Grado en Bioestadística, Escuela Nacional de Salud Pública, MINSAP.](#)