

Composición y funcionamiento del comité farmacoterapéutico en policlínicos de La Habana

Composition and functioning of the drug therapy commission in polyclinics located in Havana

Dr. Lourdes Broche Villarreal,^I Dr. Juan Antonio Furones Mourelle,^{II} Dr. María Aida Cruz Barrios,^{II} Dr. Débora Rodríguez Piñeiro^{III}

^I Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías Médicas. La Habana, Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III} Dirección Provincial de Salud. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: no se ha evaluado y se sospecha un inadecuado funcionamiento de los comités farmacoterapéuticos en los policlínicos de La Habana.

Objetivos: evaluar la composición y el funcionamiento del comité farmacoterapéutico y determinar el nivel de conocimiento de sus presidentes en la metodología de trabajo.

Métodos: estudio observacional descriptivo y transversal en 62 policlínicos seleccionados por muestreo simple aleatorio. Se exploraron variables como existencia del comité farmacoterapéutico, cargo y profesión de los presidentes y secretarios, miembros permanentes, cantidad de actas de reunión, funciones que realizan, productos de su gestión, conocimientos. La información se obtuvo mediante un cuestionario aplicado a los presidentes de los comités y de las actas de reuniones realizadas durante el 2009.

Resultados: se comprobó la existencia del comité farmacoterapéutico en el 98,4 % de los policlínicos. Predominó una composición inadecuada (43,5 %), solo el 53,2 % estaban presididos por el director, 29 % tenían como secretario al responsable de medicamentos del policlínico y había poca participación de ginecoobstetricia (61,4 %) y pediatría (58,1 %). El funcionamiento fue regular en el 37,7 %; 65,6 % tenían entre 9 y 12 actas de reuniones, no analizaban sistemáticamente la farmacovigilancia (34,4 %) ni la promoción del uso racional de los medicamentos (80,3 %). El 89,4 % de los presidentes carecía de conocimientos suficientes.

Conclusiones: la estructura y el funcionamiento deficiente observado en los comités farmacoterapéuticos indican que no se reconoce su importancia por los directivos sanitarios para lograr la calidad de la asistencia médica que se brinda.

Palabras clave: comité farmacoterapéutico, uso racional de medicamentos, farmacoepidemiología.

ABSTRACT

Introduction: the evaluation of the drug therapy commissions' work in polyclinics located in Havana has not been made, but it is suspected that their functioning is not adequate.

Objectives: to evaluate the composition and functioning of the drug therapy commissions and to determine the level of knowledge of their presidents on work methodology.

Methods: observational, descriptive and cross-sectional study of 62 polyclinics which were selected through simple random sampling. The variables were existence of a drug therapy commission, position and profession of the presidents and secretaries, permanent members, number of meeting reports, functions, management results and knowledge. Data was taken from questionnaires to the commission presidents and from the meeting reports during 2009.

Results: it was confirmed that 98.4 % of polyclinics had drug therapy commissions. Their composition was not adequate in 43.5 % of the sample; just 53.2 % were led by the director, 29 % had the position of secretary performed by the person in charge of drug issues in the polyclinics and the participation of gynecobstetricians (61.4 %) and pediatricians (58.1 %) was low. The functioning of the commissions was rated as regular in 37.7 % of the sample; 65.6 % had kept 9 to 12 reports; they analyzed neither the drug surveillance issues on a systematic basis (34.4 %) nor the promotion of rational drug use (80.3). It was also observed that 89.4 % of the commission presidents lacked adequate knowledge.

Conclusions: the deficient structure and functioning of the drug therapy commissions show that health managers ignore the importance of this work to attain higher quality in medical assistance.

Keywords: drug therapy commission, rational drug use, farmacoepidemiología.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos se utilizan con frecuencia de forma inadecuada. Esto suele provocar falta de eficacia terapéutica, aparición de reacciones adversas prevenibles y aumento del gasto sanitario. El objetivo de cualquier intervención en este campo es optimizar el uso de los medicamentos y por tanto la asistencia médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el uso racional de los medicamentos, para contribuir al bienestar del individuo y de la sociedad; entre sus estrategias se destaca el surgimiento de los comités farmacoterapéuticos.^{1,2}

El comité farmacoterapéutico (CFT), es un foro que reúne a las personas implicadas en la prestación de servicios de salud y constituye un instrumento para fomentar el uso adecuado de los medicamentos. Está integrado por representantes de los diferentes campos de la medicina y de otros sectores como gobierno, industria

farmacéutica y comunidad científica. Su propósito principal es asesorar a las instituciones de salud para seleccionar medicamentos, monitorear su utilización, entrenar profesionales sanitarios en el uso racional, recolectar información sistematizada para orientar la adopción de programas y estrategias nuevas, así como encontrar un equilibrio entre la necesidad de satisfacer la demanda de una atención de salud de calidad y las limitaciones financieras.^{3,4}

En muchos países no existen CFT por falta de voluntad política de los gobiernos para su creación o estos no funcionan de forma regular.^{2,3,5} En Cuba el Ministerio de Salud Pública los implementa en el 1991,⁶ pero no es hasta 1996, con la creación de la estrategia de la farmacoepidemiología,⁷ que el Programa Nacional de Medicamentos destaca su papel para mejorar la calidad en el uso de los fármacos.⁸ También se reconoce su importancia en el Reglamento de policlínico y en su Manual de organización.^{9,10}

A pesar de esta estrategia, se ha comprobado que en la provincia La Habana existe uso irracional de los medicamentos, se observa mal manejo de la infección respiratoria alta en la atención primaria de salud,¹¹ predomina el mal uso de los antimicrobianos,^{12,13} se detectan problemas relacionados con la medicación en el adulto mayor¹⁴ y mal control de la hipertensión arterial,¹⁵ entre otros. Además, no se conoce cómo y cuántos CFT están constituidos. Los resultados de inspecciones gerenciales realizadas por autoridades sanitarias en la provincia, hacen pensar que los CFT no están funcionando según lo establecido. Por tal motivo, se hace necesario evaluar la composición y el funcionamiento de los CFT en policlínicos de La Habana, que es el objetivo de esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el 2009. El universo estuvo constituido por 82 policlínicos de La Habana, denominada hasta el 2010 como Ciudad de La Habana. La muestra se seleccionó con un tamaño calculado para proporciones. Los parámetros fueron: la proporción esperada de 20,0 %, nivel de confianza de 95,0 % y efecto de diseño de 1,0. Resultó un tamaño muestral de 62 policlínico y para su selección se realizó un muestreo simple aleatorio de forma automatizada con el paquete EPIDAT versión 3. En el recuadro se muestra los policlínicos seleccionados (recuadro).

Se analizó si el CFT estaba constituido o no en cada policlínico; se valoró su composición, que se consideró adecuada si el presidente era el director o el vicedirector de asistencia médica de la institución, el secretario un profesional sanitario y si entre otros miembros permanentes se incluían médicos especialistas en medicina general integral, pediatría, ginecoobstetricia y medicina interna, el vicedirector de asistencia médica, jefe de enfermería, responsable de medicamentos del área, jefes técnicos o administradoras de las farmacias vinculadas al policlínico. La composición del comité fue no adecuada si no se cumplía al menos una de las condiciones enunciadas antes.

Recuadro. Policlínicos seleccionados

Municipios	Policlínicos
Habana Vieja	Tomás Romay, Ángel Arturo Aballí, Diego Tamayo, Antonio Guiteras
Plaza	Héroes del Moncada, Puentes Grandes, Mártires del Corintia, 15 y 18, Rampa, 19 de Abril
Centro Habana	Luis Galván Soca, Joaquín Albarrán, Marcios Manduley, Reyna
Cerro	Abel Santamaría, Antonio Maceo, Héroes de Girón
Regla	Lidia y Clodomira
Cotorro	Efraín Mayor, Rafael Valdés
Guanabacoa	Andrés Ortiz, Machaco Ameijeiras
San Miguel del Padrón	Bernardo Posse, Diezmero, Wilfredo Pérez, Luis Carbó, Hermanos Ruíz Aboy
Habana del Este	Betancourt Neninger, Mario Escalona, Mario Muñoz, Campo Florido, Wilfredo Santana, Camilo Cienfuegos, Gregorio Valdés
Arroyo Naranjo	Juliam Grimau, Los Pinos, Capri
Boyeros	Mulgoba Santiago de las Vegas, Mártires de Calabazar, Mario Muñoz, Capdevila.
10 de Octubre	14 de Junio, Luis de la Puente Useda, Raúl Gómez García, 30 de noviembre, Turcios Lima, Pasteur
Marianao	Carlos Manuel Portuondo, 27 de Noviembre, Ramón González Coro
La Lisa	Pulido Humarán, Aleida Fernández, Cristobal Labra, Pedro Fonseca
Playa	5 de Septiembre, 26 de Julio, Docente de Playa, 28 de Enero, Isidro de Armas, Jorge Luis Ramírez, 1ro. de Enero

El funcionamiento del CFT se consideró bueno si se efectuaron entre 9 y 12 reuniones en el año de estudio, si al menos en la mitad o más de las reuniones se analizó la prescripción, la farmacovigilancia y la promoción del uso racional; si estaba presente la gestión de al menos tres de las siguientes funciones: distribución, dispensación, necesidad de información, políticas terapéuticas, satisfacción de la población, docencia; además, si se contó con al menos tres productos de su trabajo en el año como actividades de docencia, investigación, información científica, intervención o promoción en la población del uso racional de medicamentos. Se clasificó regular si realizaron de 7 a 8 reuniones al año, si en el 49 al 30 % de ellas se analizó la prescripción y la farmacovigilancia y estaba presente la gestión de al menos dos de las funciones y dos productos como resultado de su trabajo en el año, enunciadas antes. El funcionamiento del CFT se consideró mal si no cumplía con los requisitos anteriores, si realizaron 6 o menos de las reuniones, analizaron la prescripción y la farmacovigilancia en menos del 30 % de las reuniones realizadas o no la analizaron; si solo consideraron una de las otras funciones y solo disponían de un producto como resultado de su trabajo en el año.

Por último, los conocimientos sobre metodología de trabajo del CFT se midieron en los presidentes de los comités de los policlínicos; cada tema se valoró de bien o mal, para una evaluación general de excelente si ninguna o una pregunta se calificó de mal, bien si dos preguntas mal, aprobado si tres preguntas mal y desaprobado si cuatro preguntas mal.

Para comprobar la existencia y estructura de los comités, el farmacoepidemiólogo municipal entrevistó al presidente del CFT o al director del policlínico. La información para evaluar el funcionamiento de los CFT la obtuvo el farmacoepidemiólogo de las actas de las reuniones efectuadas durante el 2009.

El nivel de conocimiento sobre la metodología de trabajo del CFT se obtuvo mediante un cuestionario anónimo, aplicado por los autores a los presidentes de los comités que asistieron al Taller Provincial sobre CFT efectuado el 29 de enero de 2010 en el hospital "Juan Manuel Márquez" y en el hospital "Pedro Borrás" en La Habana ([anexo](#)). El cuestionario fue confeccionado por los autores y valorado por un comité de expertos del Centro para el Desarrollado de la Farmacoepidemiología. La validez y confiabilidad de este instrumento se puso a prueba en presidentes del CFT de la exprovincia Habana.

Se empleó el análisis descriptivo y los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos.

Se solicitó el consentimiento oral de los directores de los policlínicos, se les explicó las características y los fines de la investigación a realizar y se les planteó que si lo deseaban podían manifestar su negativa a participar. Se mantuvo la confidencialidad de los resultados que pudieran afectar el prestigio profesional de los prescriptores. Los datos que se recogieron de las actas del CFT se mantuvieron en absoluta confidencialidad de la información y no se emplearon con otros fines fuera del marco de la investigación.

RESULTADOS

En 61 policlínicos (98,4 %) los directores de la institución refirieron que el CFT estaba constituido.

Sobre los cargos del presidente, resultó que en el 53,2 % el presidente era el director de la institución y en el 38,8 % el vicedirector de asistencia médica; 3,2 % tenían otros cargos y el 4,8 % no identificó su función en el policlínico. El cargo del secretario era desempeñado por el responsable de medicamentos del policlínico (29,0 %), por los vicedirectores de asistencia médica (16,1 %), de medicamentos (9,7 %) o docente (3,2 %); el 11,2 % tenía otros cargos y en el 30,6 % no se identificó su función en el policlínico. Además, se observó que el 88,8 % de los presidentes del CFT eran médicos, 3,2 % licenciados en enfermería y 1,6 % técnicos; mientras que entre los secretarios del CFT, el 43,5 % eran médicos, 17,7 % técnicos y 11,3 % farmacéuticos.

Entre los integrantes del CFT predominó el vicedirector de asistencia médica (96,8 %), el responsable de medicamentos (95,2 %), el director (91,9 %), el jefe del grupo básico de trabajo (91,9 %), el administrador de la farmacia (90,3 %), los especialistas en medicina interna (75,8 %), medicina general integral (74,2 %), ginecoobstetricia (61,4 %) y pediatría (58,0 %), así como la jefa de enfermería (72,0 %) y el vicedirector docente (71,0 %); en 31 policlínicos se identificaron otros

integrantes como el farmacoepidemiólogo municipal, el vicedirector de epidemiología, médicos de familia, entre otros.

Lo anterior motivó que al evaluar la composición de los CFT, predominó la no adecuada (43,5 %) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Policlínicos según valoración de la composición del comité farmacoterapéutico

Composición del CFT	No.	%
Adecuada	21	33,9
No adecuada	27	43,5
No evaluable	13	22,6
Total	61	100,0

CFT: comité farmacoterapéutico.

Por su parte, se constató que 40 policlínicos (65,6 %) tenían entre 9 y 12 actas de reuniones, 10 policlínicos (16,4 %) tenían de 7 a 8 actas y otros 10 realizaron de 1 a 6 reuniones en el año (16,4 %); un policlínico (1,6 %) no tenía actas archivadas de las reuniones de CFT.

Sobre los temas que se discutieron en la reunión del CFT, se observó que en más de la mitad de las reuniones se abordó la vigilancia de la prescripción en 53 policlínicos (86,9 %), la farmacovigilancia en 40 (65,6 %) y en 12 policlínicos (19,7 %) se propusieron charlas o dinámicas de grupo o pancartas informativas, entre otras estrategias para promover el uso racional de los medicamentos.

Otros temas analizados, en al menos una reunión durante el año, fueron información de medicamentos nuevos o actualización terapéutica o costos u otros datos necesarios para el uso racional (42 policlínicos, 68,8 %); acuerdo, diseño o adaptación de una guía de la práctica clínica o protocolos de tratamiento u orientaciones terapéuticas nacionales (41 policlínicos, 67,2 %); problemas con el pedido, recepción, disponibilidad o falta de los medicamentos (38 policlínicos, 62,3 %); cursos, talleres o conferencias impartidos en el área de salud (21 policlínicos, 34,4 %); problemas con la dispensación de medicamentos (38 policlínicos, 62,3 %) y satisfacción de la población según encuestas o quejas recibidas (13 policlínicos, 21,3 %).

Entre las actividades ejecutadas por el CFT a partir de los problemas detectados, resultó que la elaboración de información científica fue la actividad más desarrollada (47 policlínicos; 77,0 %) seguida de la aplicación de las estrategias de intervención (44; 72,1 %), capacitación (14; 23,0 %), así como promoción del uso racional de medicamentos e investigaciones orientadas o realizadas por el CFT en 10 policlínicos en cada una (16,1 %). Estos resultados contribuyeron a que el funcionamiento de los CFT se calificara de bien solo en 21 policlínicos (34,4 %) ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Policlínicos según evaluación del funcionamiento del comité farmacoterapéutico

Funcionamiento del CFT	No.	%
Bien	21	34,4
Regular	23	37,7
Mal	17	27,9
Total	61	100,0

CFT: comité farmacoterapéutico.
 Fuente: actas de reuniones del CFT.

Por último, se calificaron los conocimientos de los presidentes de los CFT en los policlínicos. Esta información solo se recogió en 57 profesionales. La mayoría resultó desaprobado, 51 presidentes de CFT (89,4 %); solo uno respondió bien (1,8 %) y 5 aprobaron (8,8 %).

Al analizar los temas que influyeron en la evaluación de los conocimientos, se observó que los menos dominados fueron los métodos para detectar problemas globales de uso de medicamentos (100 %), los tipos de estrategias de intervención (98,2 %), los aspectos a tratar en la reunión (73,6 %), las actividades de garantía de seguridad de medicamentos (68,4 %) y las funciones del CFT (66,4 %) ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Profesionales según sus conocimientos sobre el comité farmacoterapéutico y tema analizado

Tema	Bien		Mal	
	No.	%	No.	%
Periodicidad de reuniones	54	94,7	3	5,2
Concepto de CFT	49	85,9	8	14,1
Estructura de CFT	39	68,4	18	31,5
Proceso del formulario de medicamentos	37	64,9	20	35,1
Forma de reactivar el trabajo	24	42,1	33	57,8
Funciones del CFT	19	33,3	38	66,6
Actividades para garantizar la seguridad de los medicamentos	18	31,5	39	68,4
Orden del día de reunión	15	26,3	42	73,6
Tipos de estrategias de intervención	1	1,7	56	98,2
Métodos para detectar problemas de uso de medicamentos	0	0,0	57	100,0

n= 57, CFT: comité farmacoterapéutico.

DISCUSIÓN

No se encontraron trabajos que permitieran comparar los resultados. Las investigaciones en la literatura internacional sobre CFT, están dirigidas fundamentalmente a establecer los temas que debe abordar el comité y no a evaluar su funcionamiento, de aquí la importancia de la presente investigación para el sistema de salud cubano.

Se recomienda que el presidente del CFT sea un médico, un líder de opinión, que logre el respeto de los todos los profesionales,³ aspectos que generalmente cumple el director y vicedirector de un policlínico en Cuba. Que se delegue la presidencia del CFT en otro miembro que no sea el vicedirector, sugiere que no se tiene en cuenta la importancia de esta actividad para lograr la calidad de la asistencia médica que se brinda. En la mayoría de los policlínicos el secretario del CFT fue el responsable de medicamentos, no siempre un profesional; este cargo no se especifica en el Programa Nacional de Medicamentos por lo que los resultados deficientes eran de esperar.

En general no fue adecuada la integración de los CFT observados, existió variabilidad en la composición de los integrantes, no se observó uniformidad a pesar de que el Programa Nacional de Medicamentos expresa como debe estar constituido el CFT,⁸ sobre todo los integrantes permanentes. Se destaca que en cinco policlínicos, el director no fuera uno de los integrantes, pues es la máxima autoridad sanitaria en el área de salud. Otra deficiencia observada fue que el vicedirector docente no era uno de los participantes asiduos al CFT, lo que limita el vínculo de las actividades docentes del policlínico con las que se deriven de los problemas de la prescripción detectados.

Para que un CFT funcione adecuadamente debe tener una estructura multidisciplinaria y en él estar representadas las especialidades básicas, que puedan dar respuesta a los problemas detectados en cada una de ellas. La escasa participación observada de los pediatras y ginecoobstetras puede llevar a que la calidad de la asistencia a estas poblaciones especiales sea deficiente, pues se conocen las particularidades de estos pacientes en cuanto a selección de medicamentos y posología así como en la importancia de las reacciones adversas, por el riesgo que estas implican.^{16,17}

Los resultados pueden estar relacionados con la carga asistencial y docente que tienen los especialistas y los directivos de la unidad asistencial, que hace que releguen a un segundo plano la asistencia a los CFT, quizás le atribuyen poca importancia a la vigilancia de la prescripción,¹⁸ pues se considera que los medicamentos se usan bien, que el riesgo de reacciones adversas por medicamentos (RAM) es mínimo y que todos los efectos de los medicamentos ya se conocen.¹⁹

Es necesario tomar las medidas pertinentes y mejorar la composición de los CFT, porque se ha demostrado que en los problemas de la prescripción están involucrados tanto los distribuidores de medicamentos, como los decisores de directrices terapéuticas, prescriptores, enfermeros, farmacéuticos, todos en función de alcanzar su uso racional.^{3,19}

Entre los aspectos que influyeron en el funcionamiento regular de los CFT seleccionados estuvo la frecuencia de las reuniones, estas deben efectuarse al menos mensualmente para poder intervenir de forma eficaz en los problemas de prescripción que se presentan en la práctica médica diaria,^{3,8} esto no se observó en la totalidad de los policlínicos.

Las actividades imprescindibles que deben ser analizadas por los CFT son la vigilancia de la prescripción y la farmacovigilancia, es necesario considerarlas en todas las reuniones porque son elementos básicos para alcanzar el uso racional, sin embargo, estas actividades no fueron objeto de análisis en la totalidad de reuniones de los CFT seleccionados.

La farmacovigilancia ocupó la cuarta posición en la frecuencia de temas tratados, a pesar que el CFT debe garantizar que se utilicen los medicamentos más seguros, que los profesionales del área de salud conozcan cuales RAM son las más observadas y las causas que la determinan, para así poder evitar su aparición. Una mirada más estrecha mostró que en las reuniones, se mencionaba la cantidad de notificaciones de

RAM pero no se debatía sobre el tipo de reacción, la población más afectada, los medicamentos implicados y su evitabilidad. Se conoce que la mayoría de los efectos adversos son evitables,²⁰ por lo que debieron establecerse estrategias para, a partir de la información que brinda la notificación, diseñar intervenciones dirigidas a disminuirlas; es necesario pasar de la observación a la acción.^{21,22}

Este resultado puede estar relacionado con la baja percepción de riesgo en el uso de los medicamentos que aún existe entre los profesionales sanitarios.^{20,23,24} Quizás la farmacovigilancia debe considerarse uno de los indicadores de salud de la población cubana, tal y como lo reconoce la OMS.²⁵

Otros aspectos que influyeron en el funcionamiento regular fueron no considerar con la regularidad requerida la dispensación, la promoción del uso racional a la población y las políticas terapéuticas, así como el bajo desarrollo de productos de salida para solucionar los problemas detectados, sobre todo actividades de capacitación e investigaciones.

En la dispensación el farmacéutico educa y orienta al paciente sobre el cumplimiento del tratamiento, las reacciones adversas, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos y las condiciones de conservación del producto.²⁶ Por su parte, la actividad de promoción del uso racional es necesaria para que la población mejore sus conocimientos de cómo deben ser utilizados los medicamentos y así modificar aptitudes negativas como la automedicación.²⁷ La debilidad de los análisis de estas actividades indica que aún no se ve la importancia que tiene el rol del paciente en la cadena del medicamento para alcanzar un uso racional del mismo.

Así mismo, las políticas terapéuticas son esenciales para la preparación y formación adecuada de los prescriptores.¹⁸ Quizás predominó la suposición de que los profesionales disponen de la información necesaria sobre terapéutica y no tienen en cuenta que, en el marco del CFT deben abordarse aquellas políticas terapéuticas o directrices que contribuyan a resolver los problemas locales de la prescripción.

No tiene sentido analizar los problemas si luego no se trazan estrategias para confirmar su existencia y corregirlos. Las actividades de capacitación en los policlínicos fueron escasas, esto pudo estar relacionado con la pobre asistencia de los vicedirectores docentes a la reunión de los CFT, también pudo suceder que se delegara la capacitación a los centros docentes. Además, apenas se planificaron y condujeron Estudios de Utilización de Medicamentos, herramienta de la farmacoepidemiología factible para evaluar la calidad de la prescripción, identificar problemas e intervenir sobre estos,²⁸ es importante generar información sobre cómo se emplean los medicamentos en el contexto cubano, ya que la mayoría de las investigaciones son generadas en el extranjero, en el ámbito hospitalario y en países desarrollados.

El nivel de conocimientos de los presidentes de los CFT sobre la metodología de trabajo fue deficiente. Estos resultados se correspondieron con los obtenidos sobre el funcionamiento de los comités. Si el presidente del CFT no tiene los conocimientos suficientes no puede desempeñar adecuadamente sus funciones; en ello puede influir el movimiento de cuadros que existe en los policlínicos que después que se capacitan pasan a desempeñar otras funciones y el nuevo presidente es otro profesional con necesidades de aprendizaje sobre las funciones del CFT.

A pesar de que se han realizado talleres sobre el CFT y que los farmacoepidemiólogos municipales deben orientar a los presidentes de los CFT de sus áreas, la capacitación de los profesionales sobre este tema no está entre las actividades priorizadas en

farmacoepidemiología y queda a la espontaneidad de los directivos de los policlínicos la capacitación y actualización sobre CFT.

Los temas relacionados con los métodos para identificar los problemas relacionados con los medicamentos, así como las estrategias de intervención, no están reflejados de forma detallada en los documentos hoy rectores de la actividad del CFT,⁸⁻¹⁰ aunque sí los identifica la OMS.³ Es necesario que se tomen en consideración todas las herramientas necesarias para abordar, investigar e intervenir en el tema relacionado con el uso de los medicamentos.

Tomando en cuenta estas y otras dificultades del desempeño de los CFT, se elaboró una propuesta metodológica,²⁹ que plantea cómo debe ser su composición, según las condiciones que caracterizan al área de salud y las funciones a desempeñar. Sería recomendable una investigación para valorar su impacto.

Finalmente, la estructura y el funcionamiento deficiente observado en los comités farmacoterapéuticos indican que no se reconoce su importancia por los directivos sanitarios para lograr la calidad de la asistencia médica que se brinda.

Anexo. Cuestionario

Como parte de la capacitación de los autores en farmacoepidemiología, estamos realizando una investigación sobre el funcionamiento de los comités farmacoterapéuticos en los policlínicos de Ciudad de La Habana. Solicitamos su colaboración en el llenado de este cuestionario, de carácter voluntario y anónimo. Gracias por su cooperación.

1. Seleccione con una X el concepto de comité farmacoterapéutico (CFT):

Es una estructura administrativa que vigila y sanciona a los profesionales de la salud por malos hábitos de prescripción.

Es una organización no gubernamental que ejecuta las actividades de distribución de medicamentos y farmacovigilancia.

Es un órgano multidisciplinario constituido por los principales vicedirectores de una institución, encargado de ejecutar el Programa Nacional de Medicamentos.

Es un órgano multidisciplinario que asesora a la dirección en el control del Programa Nacional de Medicamento y la Farmacoepidemiología.

2. Seleccione con una X la mejor estructura que debe tener un CFT:

Presidente, jefes de servicios de la institución, vicedirector docente, administradores de las farmacias del área, farmacoepidemiólogo municipal, invitados según tema a tratar.

Presidente, vicedirectores, psicólogo, jefes de GBT, administradores de las farmacias del área, invitados según tema a tratar.

___ Presidente, secretario, y al menos un representante de la especialidad de MGI, Pediatría, Ginecoobstetricia y administradores de las farmacias del área.

___ Presidente, secretario, jefes de GBT, al menos un representante de la especialidad de MGI, Pediatría, Ginecoobstetricia, jefe de enfermería, director o administradores de las farmacias del área, invitados según tema a tratar.

3. Marque con una X, cuáles considera son funciones del CFT:

___ Asesora al personal médico, de administración y de farmacia.

___ Evalúa la calidad de los medios diagnósticos.

___ Elabora directrices terapéuticas normalizadas.

___ Confecciona el pedido de medicamentos.

___ Pone en práctica medidas eficaces destinadas a mejorar el uso de medicamentos.

___ Realiza gestión acerca de las reacciones adversas a los medicamentos.

___ Hace difusión de información y transparencia.

___ Todas las anteriores.

4. ¿Cuál es la periodicidad de las reuniones del CFT?

semanal ___ mensual ___ trimestral ___ semestral ___ según necesidades ___

5. ¿Qué aspectos deben estar siempre presente en el orden del día en la reunión del CFT?

___ Chequeo de acuerdos, grado de satisfacción de la población y calidad de la prescripción médica.

___ Chequeo de acuerdos, difusión de la información, formación en terapéutica, seguimiento de la farmacovigilancia y asuntos generales.

___ Chequeo de acuerdos, seguimiento de la farmacovigilancia, calidad de la prescripción médica y asuntos generales.

___ Chequeo de acuerdos, seguimiento de la farmacovigilancia, seguimiento de la promoción del uso racional, actividad científica y asuntos generales.

___ Ninguna de las anteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hogerzeil H. Promoting rational drug use: an international perspective. *British J Clin Pharmacol.* 1995;39: 1-6.
2. Uso irracional de medicamentos. *Bol Acción Internacional Salud COIME.* 2009;41: 1.
3. Holloway K, Green T, editores. Comités de farmacoterapia. Guía práctica. Ginebra: OMS; 2003.
4. Green T, Beith A, Chalker J. Comités sobre medicamentos y terapéutica: vehículos para mejorar el uso racional de los medicamentos. *Bol Medicamentos Esenciales.* 2003;32: 10-1.
5. Marques DC, Zucchi P. Comités farmacoterapéuticos en Brasil: retraso en relación a estándares internacionales. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(1):58-63.
6. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicamentos. La Habana: MINSAP; 1991.
7. Pérez J. Estrategia de la Farmacoepidemiología y de la farmacia principal municipal. En: Pérez J, Cires M, Freijoso E, Lara MC, Cruz MA, Furones JA, Diogenes E, Márquez M, editores. Modelo cubano de la red nacional de Farmacoepidemiología. Promoción del uso adecuado de los medicamentos. La Habana: Editorial Academia; 2010. p. 93-97.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicamentos. La Habana: Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología; 1997.
9. Ministerio de Salud Pública. Reglamento de policlínico. La Habana: MINSAP; 2008.
10. Ministerio de Salud Pública. Manual de Organización del Policlínico. Dirección de Servicios Ambulatorios. La Habana: MINSAP; 2008.
11. Nivel de conocimientos sobre el manejo terapéutico de la IRA. Cuba. 2009. *Investig Rápidas.* 2009 [citado 9 Dic 2009]; (29): Disponible en: http://files.sld.cu/cdfc/files/2010/02/publisher_ira.pdf
12. Guanche H, Izquierdo-Cubas F, Zambrano A, Frómata I, Bastanzuri M, Malpica J, et al. Uso de antimicrobianos en Instituciones de salud de Cuba. *Medicrit.* 2009 [citado 9 Dic 2009];6(1). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/56>
13. Blanco N, Cabrera JA. Prescripción de antibióticos en el Policlínico "Mártires de Calabazar". *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2006 [citado 2 Abr 2008];22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000200003&lng=es
14. Reyes A, Pérez G, Martínez G. Errores en la medicación del adulto mayor en el área de salud del Policlínico Universitario, Plaza, Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Farm.* 2006 [citado 2 Abr 2008];40(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000300005&lng=es

15. Justo I, Díaz A, Balcindes S, Yee S, Arnaiz S. Hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de un policlínico principal de urgencia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [citado 2 Abr 2008]; 17(6): 548-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600007&lng=es
16. Organización Mundial de la Salud. Seguridad de los medicamentos. Reacciones adversas a medicamentos. Nota descriptiva No. 293. Uppsala: OMS; 2005 [citado 23 Nov 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs293/es/print.html>
17. Moore TJ, Weiss SR, Kaplan S, Blaisdell CJ. Reported adverse drug events in infants and children under 2 years of age. Pediatric. 2002; 110(5): 53.
18. Alfonso I, Alonso L, Calvo DM, Cires M, Cruz MA, Delgado I, et al. Manual de buenas prácticas de la prescripción. La Habana: Editorial Academia; 2010.
19. Furones JA, Pérez J. Necesidad de la Farmacoepidemiología. En: Furones JA, Lara C, Barbado DM, Jiménez G, Pérez J, Cruz MA, editores. Farmacoepidemiología. Uso racional de medicamentos. La Habana: Editorial Academia; 2010. p. 1-14.
20. Chao A, Ávila J, Debesa F. Farmacovigilancia. En: Furones JA, Lara C, Barbado DM, Jiménez G, Pérez J, Cruz MA, editores. Farmacoepidemiología. Uso racional de medicamentos. La Habana: Editorial Academia; 2010. p. 81-97.
21. Farmacovigilancia en Europa: una oportunidad para mejorar. Butlletí Groc. 2010; 23(1): 1-4.
22. Veinte años de Butlletí Groc: nuevos retos en farmacovigilancia. Butlletí Groc. 2008; 21(2): 5-8.
23. López E, Herdeiro MT, Figueiras A. Determinants of under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. Drug Saf. 2009; 32(1): 19-31.
24. Macêdo LH, Luiza V, de Souza A. Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos. Epidemiol Serv Saúde Brasília. 2011 [citado 2011 Dic 21]; 20(1). Disponível em: <http://www.scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a06.pdf>
25. World Health Organization. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. How to investigate drug use in health facilities. Geneva: WHO; 1993.
26. Ministerio de Salud Pública. Normas y Procedimientos Farmacia Comunitaria. La Habana: MINSAP; 2005.
27. García A, Alonso L, Rodríguez O, Yera I, Debesa F, López P. Consumo de medicamentos en la población cubana mayor de 15 años, año 2005. Bol Fármacos. 2008 [citado 21 Feb 2009]; 11(2). Disponible en: http://www.boletinfarmacos.org/042008/Prescripción,_Farmacia_y_Utilización_Investigaciones.asp

28. Cruz MA. Estudios de Utilización de Medicamentos. En: Furones JA, Lara C, Barbado DM, Jiménez G, Pérez J, Cruz MA, editores. Farmacoepidemiología. Uso racional de medicamentos. La Habana: Editorial Academia; 2010. p. 15-27.

29. Broche L, Alfonso I, Silva L, Jiménez G, Calvo DM, López M, et al. Propuesta metodológica para el funcionamiento de los Comités Farmacoterapéuticos en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 [citado 11 Oct 2013];29(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_2_13/mgi10213.htm

Recibido: 7 de septiembre de 2014.

Aprobado: 15 de febrero de 2015.

María Aida Cruz Barrios. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/
Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: maria.cruz@infomed.sld.cu