

conSIGUE

INFORME NACIONAL 2014-2016

PROGRAMA PARA LA IMPLANTACIÓN Y FUTURA
SOSTENIBILIDAD DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO EN LA FARMACIA
COMUNITARIA ESPAÑOLA

Junio 2016



ugr | Universidad
de Granada



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS



conSIGUE

INFORME NACIONAL 2014-2016

PROGRAMA PARA LA IMPLANTACIÓN Y FUTURA SOSTENIBILIDAD DEL
SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LA FARMACIA
COMUNITARIA ESPAÑOLA

Junio 2016

Agradecimiento especial

Nuestro reconocimiento por su compromiso y profesionalidad a todos los farmacéuticos comunitarios que realizaron el trabajo de campo en este proyecto de investigación, así como a todos aquellos que contribuyeron a la consecución del Programa de alguna manera, a quienes nombramos más adelante.

Nuestro especial reconocimiento a los Formadores Colegiales como figura innovadora, a quienes citamos más adelante, por su esfuerzo constante como motivadores y facilitadores del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, *in situ*, en la farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE Implantación.

Agradecemos la colaboración de todos los Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales participantes y, particularmente, a sus Juntas de Gobierno y a sus presidentes durante el periodo de realización del estudio por su liderazgo, visión de futuro e implicación: A Coruña, don Héctor Castro Bernardino; Albacete, doña María Rosa López-Torres y don José Javier Martínez Morcillo; Ciudad Real, don Julián Creis y don Francisco José Izquierdo; Córdoba, don Práxedes Cruz Padilla; Gipuzkoa, don Ángel Garay; Granada, don Manuel Fuentes Rodríguez; Guadalajara, don Ignacio José Romeo Granados; Huelva, don Francisco Luis Peinado Martínez; Las Palmas, don Juan Ramón Santana Ayala; Navarra, doña Pilar García Ruiz y doña Marta Galipienzo Jiménez; Santa Cruz de Tenerife, don Guillermo Schwartz Calero y Valencia, don Jaime Francisco Giner Martínez.

Como no podía ser menos, nuestro agradecimiento más sincero a laboratorios CINFA y particularmente a su presidente don Enrique Ordieres Sagarmínaga, por su constante apuesta a favor de una Farmacia Profesional y específicamente por su colaboración con el Programa conSIGUE.

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
Villanueva, 11, 7ª planta. 28001 Madrid
Correo-e: congral@redfarma.org
Web: www.portalfarma.com

ISBN: 978-84-87276-99-6

Depósito Legal: M-34291-2016

Maquetación y Producción Gráfica: Comuniland S.L.

© Copyright de los textos originales: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2016, Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de producción, sin la autorización por escrito de los titulares del copyright.

Autores

Prof. Fernando Martínez Martínez
Universidad de Granada

Prof. M^a José Faus Dáder
Universidad de Granada

Dra. Narjis Fikri-Benbrahim
Universidad de Granada

Dra. M^a Victoria García Cárdenas
Universidad Tecnológica de Sídney
(Australia)

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda
Universidad de Granada

Dña. Amaia Malet Larrea
Universidad del País Vasco/Universidad
Tecnológica de Sídney (Australia)

Dra. Joanne Moullin
Universidad Tecnológica de Sídney
(Australia)

Dña. Beatriz Pérez-Escamilla
Universidad de Granada

Dr. Daniel Sabater-Hernández
Universidad Tecnológica de Sídney
(Australia)

Dra. Loreto Sáez-Benito Suescun
Universidad San Jorge
(Zaragoza)

Dña. Ana Isabel Sánchez Molina
Universidad de Granada

Dña. Raquel Varas Doval
Consejo General de Colegios Oficiales
de Farmacéuticos (Madrid)

Prof. Shalom I. Benrimoj
Universidad Tecnológica de Sídney
(Australia)

Prefacio

La Farmacia Comunitaria está inmersa en un proceso evolutivo que da respuesta a las necesidades sanitarias de los pacientes, lo que supone un avance asistencial mediante la provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF). Servicios ofrecidos por el farmacéutico comunitario que mejoran los resultados en salud de los pacientes y generan ahorros al sistema sanitario.

Estos han sido precisamente algunos de los objetivos de conSIGUE (2009-2016), en una primera fase conocer el impacto a nivel clínico, económico y humanístico (ECHO) de la intervención del farmacéutico realizando el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) desde la Farmacia comunitaria y, en una segunda etapa, dotar a la profesión farmacéutica de un programa para la implantación sostenible del Servicio. Este proyecto tiene como público objetivo el de los pacientes mayores, crónicos y polimedificados, que presenta una alta prevalencia de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) y, por tanto, una alta probabilidad de no obtener los resultados esperados de la medicación.

La primera fase, que cerramos en el año 2014, ofreció unos excelentes resultados, fruto de la investigación que llevaron a cabo 178 farmacias y 250 farmacéuticos participantes de los Colegios de Gipuzkoa, Granada, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife, con 1.403 pacientes incluidos en el estudio principal durante 6 meses. Entonces ya se concluyó que el Servicio de SFT reduce un 56% los problemas de salud no controlados, un 49% las visitas a urgencias, un 55% los ingresos hospitalarios y mejora 6,6 puntos la calidad de vida percibida por el paciente.

La segunda fase de conSIGUE, que finalizamos ahora y cuyos resultados recoge esta publicación, ha permitido diseñar un programa de Implantación de SPF Asistenciales utilizando como modelo el Servicio de SFT. En él es fundamental la figura de un farmacéutico que trabaja dentro de la Organización Farmacéutica Colegial y que facilita el trabajo a los farmacéuticos in situ en las farmacias comunitarias, el Formador Colegial (FoCo). El programa contribuye a la generalización del Servicio de SFT en la red de farmacias españolas y promueve la progresiva integración del farmacéutico comunitario en el Sistema Nacional de Salud, mediante el desarrollo de la práctica colaborativa con el resto de profesionales sanitarios.

Además, durante esta fase de implantación se quería demostrar que se mantenían los resultados de impacto obtenidos en la primera etapa para lo que se han recogido, registrado y analizado nuevos datos de impacto clínicos y humanísticos en esta fase de implantación. Como se muestra en estas páginas, una vez implantado el Servicio, los datos de impacto son aún más positivos que los obtenidos en la primera fase.

Fruto de estos años de investigación llevados a cabo en conSIGUE, disponemos de los datos que ratifican que el Servicio de SFT permite aportar eficacia al paciente y eficiencia al sistema. Eficacia, mediante un adecuado proceso de uso de sus medicamentos y favoreciendo así los resultados deseados. Eficiencia, al evitar costes innecesarios relacionados con un mal uso de los medicamentos, como son los derivados de las visitas a urgencias o de los ingresos hospitalarios, optimizando así la gestión de los recursos públicos.

Como bien recoge este informe, estos datos por sí solos no garantizarían nada si la Farmacia Comunitaria no dispusiese de un programa de Implantación del Servicio, un modelo que permite integrar y trasladar a la práctica diaria del farmacéutico el Servicio de SFT, manteniendo el impacto en resultados en salud. Esta es la gran aportación de conSIGUE que lo distingue de todos los programas de investigación previos que se han llevado a cabo en España y en el mundo.

El programa conSIGUE reúne muchos de los postulados de la Declaración de Córdoba, el camino que nos marcamos desde la Organización Farmacéutica Colegial para consolidar una Farmacia asistencial. Así, entre otros, incide en el valor estratégico del medicamento mediante un proceso de uso adecuado, efectivo y seguro, impulsa la práctica colaborativa con el resto de profesionales sanitarios, se apoya en la investigación de la Farmacia Comunitaria e integra a los farmacéuticos en el Sistema Nacional de Salud.

La Profesión Farmacéutica está dando muestras de responsabilidad sanitaria y, conocedora de las necesidades que presentan los más de dos millones de ciudadanos que son asistidos cada día, avanza en el estudio y desarrollo de nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Servicios centrados en el paciente, que mejoran el conocimiento, la adherencia y el resultado del uso de los medicamentos y que –una vez demostrado que generan ahorros– deben contar con una remuneración expresa, que reconozca la labor del farmacéutico, le permita hacer frente a las inversiones necesarias y dote al Servicio de sostenibilidad.

Nuestras administraciones cuentan con la red de establecimientos y profesionales sanitarios más cercanos y accesibles de todo el Sistema Nacional de Salud como son las farmacias y los farmacéuticos. Además, ahora tienen a su disposición los resultados de este informe que, junto con el publicado en 2014, confirman los beneficios que genera la participación del farmacéutico mediante la prestación de este Servicio y, sobre todo, pone a su disposición un Programa para iniciar la Implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico con éxito.

Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, queremos trasladar nuestro agradecimiento a laboratorios CINFA, por su apoyo desde el inicio de conSIGUE. También al equipo investigador, especialmente al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, que, junto a otros investigadores nacionales e internacionales, nos acompaña en este proyecto. Así como a los Colegios participantes y a todos y cada uno de los farmacéuticos comunitarios que han participado y participan en conSIGUE. Son ellos quienes, apoyados en los trabajos que estamos desarrollando desde las instituciones colegiales, están construyendo la Farmacia del futuro, una Farmacia más profesional y asistencial, la que necesitan nuestros pacientes.



Jesús Aguilar

*Presidente del Consejo General de
Colegios Oficiales de Farmacéuticos*

Relación de farmacéuticos comunitarios y de Formadores Colegiales

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de A Coruña

Josefa Castro Leis, María Belén Pérez Sánchez, Ana Marta Pérez Penedo, Carmela Vijande Gutiérrez, Ricardo Villar Ferrer, Luis Alfonso Brizuela Rodicio, Lorena María Martínez Graña, Paula María Eirín Sánchez, Paula Lourés Vázquez, María Jesús Pernas Gómez, María Montserrat Lage Piñón, Nerea Queiro Candal, Montserrat Prunell Hombre, Roberto Vilariño de La Rosa, Paula Briones Amor, Belén Cobián Rodríguez, Gemma Troncoso Rego, María del Pilar Amo Obarro, Elvira Arias Fraga, Isabel Casanova Pin y María Martínez Valiño.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de A Coruña

Sonia Carreira Martínez.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Albacete

Amelia Sánchez Iniesta, Ana María González Tolosa, Ángeles Isabel Gómez Burgos, Antonio Moya Casanova, Consuelo Lara Moya, Felipe Bermúdez González, José Antonio Carbajal de Lara, José Javier Juárez Fernández-Falcón, José Manuel García Cantabella, Laura Romero Gálvez, Luis Antonio Martínez López, Luis García Moreno, Pablo García González, Pedro Juárez Fernández-Falcón y Pilar Yáñez Avendaño.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Albacete

Marina Polo Gómez.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Ciudad Real

María del Carmen Hervás Laguna, Germán González Moles, Francisco Olmo Barrionuevo, Julia Barco Duran, Virginia Rey Palacios, Ana Redondo Martín-Benito, Isabel Motiño Palacios, Anastasio Delgado Casas, Félix García-Lozano Garzás, Natalia Montijano Cabrera, Francisco José Izquierdo Barba, María Ángeles Alonso Manzanares, Raúl Luque Del Moral, Ana Romero Hidalgo, Raúl Gómez García, Julio Andrés Jácome, Ruth García Gil, Carmen Rubia Gutiérrez, Mariano González López, José Luis González López, Carlos González Gallardo, Carmen Muñoz Murillo, Jesús García Morato-Soto, María Jesús Olivas Lallana y María Luisa Pardo Muñoz.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Ciudad Real

Blanca Suárez Luque.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Córdoba

Elena Grande Castaño, Carolina Grande Castaño, Antonio José Ortega Gallego, Beatriz Ortega Montes, Federico Holgado Alijo, Milagros Pérez-Angulo de Luque, Laura Ocaña Rojas, Carmen Gómez Medina, Inmaculada Calero Campos, Francisco Martínez Jiménez, Macarena Onieva Alcalá, Práxedes Cruz Padilla, Carmen Ana Cid Cárdenas, Victoria Eugenia Echevarría Márquez, Antonio Manuel Jodral Segado, Adela Martín Oliveros, Rocío Salas Arrabal, María Ángeles Samblás García, Ignacio Fernández Gómez y María Prats Martín.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Córdoba

Nieves García Melero.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Gipuzkoa

Ana Eizaguirre Arocena, Carmen Zurutuza Odrizola, María Luisa Toca López De Torre, Leire Álvarez Mozos, Miren Mozos Aranguren, Aurora Ruiz Pérez, María Luisa Calabuig Martínez, Xabier Mendiara Las, Epifanía Garmendía Rezola, Esmeralda Soto Orte, Garbiñe Olano Garmendía, Usua Cilveti Sánchez, Elena Elkoro Galdos, Ane Iruretagoiena Lopetegi, Xabier Astiz Zurutuza, José Ignacio Echeverría Iriarte, Teresa Miranda Galve, Saioa Ujjidos Damboriena, María Carmen Magaña Orta, Lierni Mendiara Holgado, Larraitz Alzate Garmendia, Igor Izuzquiza Apezteguia, Bidatz Alustiza Lamarain, Esmeralda Soto Orte, Aintzane Aduriz Hernani y Amaia Garitano Askasibar.

Formador Colegial del Colegio Oficial de Gipuzkoa

Pablo Pascual González.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Granada

Emilio Calatayud Ortega, Mariló Vera-Guglieri Gijón, Loreto Ibáñez Méndez, Margarita De Valdivia Garvayo, José Castillo Alarcón, Marina López Vallecillos, Carmen Ruiz-Chena Fuentes, María de la Blanca Artola, Rosa María Artola Leunda, Miguel Chacón Martín, Carmen Sánchez-Montesinos García, María del Valle Valseca Delgado, Almudena Montero Gómez, Juan Luis López Vallecillos, Ana Ruiz-Chena Fuentes y María Luisa Montero Sánchez.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Granada

Noelia Amador Fernández.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Guadalajara

Esperanza Giménez Artieda, Ángela Muñoz Gavilán, María Nuria Rodrigo García, María Pilar Ruiz Domínguez, Evelia Zorita Rincon, María Pilar Montalvo de la Blanca, Ignacio José Romeo Granados, Begoña Ruiz Domínguez, María del Pilar Villa Pérez, Olga María Domínguez Sánchez, Sofía Elvira Villalobos Tejada, Francisco Manuel Aceituno Romero, Priscila Aurora de Diego Castilla, Carmen del Castillo Aguado y Borja García Arroyo.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Guadalajara

Lydia Chaparro León.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Huelva

Ana Bayo Martín, Ana Isabel Beas Morales, Estefanía Bravo Moreno, María Ángeles Carretero Pérez, Manuel Castillo López, María Dolores Díaz del Valle, Covadonga Dupuy Arnau, María del Mar García Collado, Alba Labrador Domínguez, Mercedes Martín Fernández, María Dolores Martín Palma, Ana Moreno Ruigómez, Esther Peinado Roldan, Manuel Perea Ortiz, Juan Pérez Marchena, Rosa Real Contreras, Francisco Javier Rivera Rasero, María Rivero Gutiérrez, María Ángeles González Campos, María Araceli Leiva Rubio, María Dolores Moreno Graciano, Francisco Rivera Villa y Fulvia Ronchel García.

Formadoras Colegiales del Colegio Oficial de Huelva

Clara Alonso Larrocha y María José Domínguez Vargas.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Las Palmas

Benedicto Acosta Fernández, Carmen Acosta Soria, María Dolores Almeida Santana, Marina Díaz Pestano, Octavio González Martínez, Mercedes González Morales, Natalia Grimón Pérez, Juan Lasso Cabrera, Patricia León Bernal, Daniel Martín Almeida, Isabel María Mompeán Molina, Virginia Ortiz Rascón, Beatriz Reig Schmidt, Daniel Reyes Reyes, Ydaira Sánchez Santana, José Cristóbal Sánchez Quintana, María Teresa Sanginés López, Dolores Santana Ayala, Rosa Seneida Santana Acosta, María Sariego López, Diego Suárez Artilles, Alfonso Zafra Tenorio, Joaquín Álvarez Gil, Gema González Arroyo, Silvia Afonso Trujillo, Tania Suárez Pérez, Mariana Vallina Ornaque, Marta Ballester Turro, Inmaculada Tenorio Hernández, Juan Ramón Santana Ayala, María Luz Soria López y Pedro Izquierdo Bello.

Formadoras Colegiales del Colegio Oficial de Las Palmas

Mercedes Herrera Sánchez-Maroto y María Lorena León Luis.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Navarra

María Pilar García Ruiz, Arantz Muñoz Aramburu, María Isabel Gómez Aldea, María Luisa Iñarra Castiella, María Cruz Linzoáin Belzarena, Raquel Igoa Goñi, Nieves Fernández De Arcaaya Gaínza, María Guruceaga Navarro, Paloma Pedrero Yusto, Iranzu Vega Ezquieta, Sara Ochoa Jarauta, Elva Orta Hoyos, Beatriz García Íñiguez, Carmen Perdigón Vara, Beatriz Villanueva Merino, Zuriñe Linazasoro Iturgaiz, Susana Beñarán Arocen, Soledad Lasheras Carbajo, Ignacio Samanes Sastre y María Francisca Ezquieta Zubicaray.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Navarra

Fátima Nebot del Valle.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Santa Cruz de Tenerife

Rita Castro Ávila, Mónica Carla Agostti, Rosa Isabel Dorta Concepción, Esperanza Hernández Rodríguez, María Teresa González Ruiz, Iván Farráis Rodríguez, María Teresa Fernández González, Heriberto Ruiz Martín, Óscar Henry Armas Amador, Cristina Yanes Hernández, María José Cruz Hernández, María Dolores De La Rosa Méndez, Cristina Alba Luis, Blanca María Pachón Pascual, Nidia Díaz Albertos, Laura Acuña Marrero, Vanesa Rojas Manrique, Carmen Isabel Hernández Díaz, Antonio Jesús Vargas Batista, Mónica Ruiz Torres, María De Los Ángeles Gómez Delgado, Elena Berastegui Wood, Beatriz Sánchez Delgado, Ana María Gaspar González, Miguel Domínguez Padrón, Rocío De La Cruz Saúco, Laura Berástegui Guigou, Isabel Maffiotte Oramas, Andrés Padilla De Felipe, Judit Évora Brondo y Laura Aragonés Fuentes.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Santa Cruz de Tenerife

Ana María Díaz Martín.

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Valencia

Salvador Mut Ronda, Rosa Gandía Brull, María Pilar Vercher Pérez, Elena Dualde Viñeta, Isabel Andrés Bordería, Paz Ibáñez Boronat, Nacho Romero Ferrer, Josefina López Oroval, Gracia Niclós López, Adelia Jordá Requena, Sergio Sanchís Campos, Rafael Jordá Requena, Laura Gandía Cerdá, Ana María Llopis Soler, José Miguel Belloch Primo, Marien Belloch Primo, Ignacio Miquel Mas, Ana María Sansaloní Mansanet, María Rosario Hernández Marrero, Javier Maiques Soler, María Traver Ros, Luis Salar Ibáñez y Amparo Moraleja Obispo.

Formador Colegial del Colegio Oficial de Valencia

Óscar García Agudo.

Glosario

Los conceptos generales relacionados con la ciencia de la implantación vienen definidos en el presente informe final. Dichos conceptos se han adaptado al ámbito de la farmacia comunitaria y más concretamente al Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Conceptos generales

Ciencia de la implantación (o *Implementation Science*)

Ciencia que estudia la integración de Servicios en todos los ámbitos, incluyendo ámbitos clínicos y comunitarios.

Clima de la farmacia para la implantación de Servicios

Grado en que la provisión del Servicio es percibida como prioritaria por los miembros de la farmacia.

Sistema

En el Programa conSIGUE, el sistema es el conjunto de unidades externas a la Farmacia Comunitaria. Se entiende por unidades aquellas organizaciones, colectivos e individuos implicados como, por ejemplo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Consejos Autonómicos, la Organización Médica Colegial, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las Consejerías de Sanidad, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, las Asociaciones de Pacientes y las Sociedades Científicas de Profesionales Sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeros de diferentes ámbitos).

Entorno

En el Programa conSIGUE el entorno es el conjunto de unidades geográfica y profesionalmente cercanas a la Farmacia Comunitaria. Las unidades pueden ser organismos o individuos, como por ejemplo, los centros de salud, los pacientes de la farmacia o pacientes potenciales para recibir el Servicio, los médicos, el sistema de planificación de farmacias, etc.

Conceptos relacionados con las etapas del Programa de implantación

Modelo FISpH

Marco teórico para la implantación de Servicios Sanitarios en Farmacia (del inglés, *Framework for the Implementation of Services in Pharmacy*), utilizado en el Programa conSIGUE como marco teórico para implantar el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria española. Según el modelo FISpH, en cada una de las etapas descritas (exploración, adopción, implantación y sostenibilidad inicial) se plantean estrategias de intervención sobre diferentes factores que intervienen en el proceso de implantación y además se emplean variables para evaluar dicha implantación en la farmacia comunitaria en cada una de las etapas del proceso.

Exploración

Preparación del sistema y entorno para la realización de un determinado Servicio Profesional Farmacéutico (SPF) que, en el caso del Programa conSIGUE, se trata del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. La etapa de exploración incluye además una evaluación y valoración del Servicio por parte del titular de la farmacia, que finalmente decide adoptar o rechazar el mismo.

Adopción

Preparación del Servicio, del personal, del sistema y del entorno de la farmacia para la realización del mismo que finaliza con la decisión de realizar o rechazar el Servicio de SFT.

Implantación

Proceso de puesta en práctica o de integración de intervenciones o Servicios en el ámbito de la farmacia comunitaria. La etapa de implantación consta de dos fases: implantación inicial y completa.

Sostenibilidad

Integración del Servicio en la actividad diaria o rutina de la farmacia y continuación de la provisión del mismo. La etapa de sostenibilidad se divide en inicial (en la que se mantienen en el tiempo los resultados positivos para la población que lo recibe) y completa (en la que además de mantenerse en el tiempo los resultados positivos para la población que lo recibe, tanto el sistema como el entorno facilitan la provisión del Servicio y además éste genera recursos que permiten que la provisión del mismo se mantenga en el tiempo).

Alcance

Número de pacientes recibiendo el Servicio de SFT en cada mes del programa de implantación.

Figuras involucradas en el Programa de implantación

Formador Colegial

Farmacéutico contratado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos correspondiente para el apoyo y asesoría in situ, en la farmacia comunitaria, de aquellos farmacéuticos que deseen implantar Servicios Profesionales Farmacéuticos.

Farmacéutico titular

Farmacéutico propietario de la farmacia comunitaria. En él recae la decisión de si en su farmacia se realizará o no el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. El farmacéutico titular puede además ser proveedor del Servicio de la farmacia.

Farmacéutico proveedor

Farmacéutico responsable de la provisión del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en cada una de las Farmacias Comunitarias.

Grupo gestor

Equipo constituido por parte del grupo investigador y del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para monitorizar el desarrollo del Programa conSIGUE, siendo responsable de la ejecución del mismo.

Listado de acrónimos

COF	Colegio Oficial de Farmacéuticos
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
FIP	Federación Internacional Farmacéutica
FISpH	<i>Framework for the Implementation of Services in Pharmacy</i> (marco teórico para la implantación de SPF en el ámbito de la farmacia)
FoCo	Formador Colegial
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRM	Problemas Relacionados con los Medicamentos
RNM	Resultados Negativos asociados a la Medicación
SFT	Seguimiento Farmacoterapéutico
SPF	Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales
UGR	Universidad de Granada
CWR	<i>Collaborative Working Relationship</i>
MPC	Modelo de Práctica Colaborativa

Índice

Agradecimiento especial	ii
Autores	iii
Prefacio	v
Relación de farmacéuticos comunitarios y de Formadores Colegiales	vii
Glosario	xi
Conceptos generales	xi
Conceptos relacionados con las etapas del Programa de implantación	xii
Figuras involucradas en el Programa de implantación	xiii
Listado de acrónimos	xiv
Resumen	1
1. Introducción general	11
2. Implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico	15
2.1. Introducción	15
2.2. Justificación	16
2.3. Objetivos	17
2.4. Método	17
2.5. Resultados	29
2.6. Discusión	43
2.7. Conclusiones	47
2.8. Referencias bibliográficas	47
3. El Formador Colegial (FoCo)	49
3.1. Introducción	49
3.2. Justificación	50
3.3. Objetivos	51
3.4. Método	51
3.5. Resultados	60
3.6. Discusión	68
3.7. Conclusiones	73
3.8. Referencias bibliográficas	73
4. Práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico	77
4.1. Introducción	77
4.2. Justificación	81

4.3. Objetivos	81
4.4. Método	82
4.5. Resultados	84
4.6. Discusión	87
4.7. Conclusiones	90
4.8. Referencias bibliográficas.....	90
5. Impacto del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en conSIGUE Implantación	91
5.1. Introducción	91
5.2. Justificación	94
5.3. Objetivo	95
5.4. Método	95
5.5. Resultados	105
5.6. Discusión	130
5.7. Conclusiones	139
5.8. Referencias bibliográficas.....	140
6. Programa de implantación para el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	145
Cambios necesarios a realizar en el Programa para la mejora del mismo ...	145
7. Discusión global	155
7.1. Referencias bibliográficas.....	157
8. Conclusiones generales.	159
9. Anexos.	161
Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética	161
Anexo 2. Hoja de información del paciente	162
Anexo 3. Consentimiento informado del paciente.....	164
Anexo 4. Factores de la implantación	166
Anexo 5. Cuestionario de adherencia al Servicio de SFT.....	170
Anexo 6. Cuestionario de integración del Servicio de SFT	173
Anexo 7. Descripción del puesto de trabajo de Formador Colegial	175
Anexo 8. Dominios y factores de implantación	178
Anexo 9. Contenido de la formación de los FoCo.....	179
Anexo 10. Frecuencia de los factores de implantación	182
Anexo 11. Cuestionario sobre relación colaborativa Farmacéutico-Médico cumplimentado por los farmacéuticos conSIGUE ...	185
Anexo 12. Cuestionario sobre relación colaborativa Farmacéutico-Médico cumplimentado por los farmacéuticos no conSIGUE ..	190
Anexo 13. Estudio piloto.....	195

Listado de figuras

- **Figura 1.** Proceso de diseño, desarrollo e implantación de SPF. 2, 156
- **Figura 1.1.** Etapas del Programa conSIGUE 13
- **Figura 2.1.** Modelo FISpH. 19
- **Figura 2.2.** Dominios y factores de implantación 20
- **Figura 2.3.** Modelo para la evaluación de la implantación del Servicio de SFT 21
- **Figura 2.4.** Evolución de las farmacias participantes por las etapas del modelo de implantación 30
- **Figura 2.5.** Alcance de la provisión del Servicio de SFT 31
- **Figura 2.6.** Distribución de la puntuación media del cuestionario adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% 34
- **Figura 2.7.** Distribución de la puntuación media del cuestionario adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% para las diferentes provincias participantes 35
- **Figura 2.8.** Comparación de la puntuación media del cuestionario adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% para las diferentes provincias participantes 37
- **Figura 2.9.** Distribución de la puntuación media obtenida para el cuestionario integración del Servicio de SFT. 39
- **Figura 2.10.** Comparación de la puntuación media obtenida en el cuestionario integración del Servicio de SFT entre las distintas provincias participantes 41
- **Figura 2.11.** Comparación de la puntuación media obtenida en las diferentes dimensiones del cuestionario integración del Servicio de SFT entre las diferentes provincias participantes 42
- **Figura 3.1.** Proceso de facilitación 58
- **Figura 3.2.** Estado de las barreras y facilitadores identificados 66
- **Figura 4.1.** Modelo para la Relación Profesional Colaborativa Farmacéutico-Médico80
- **Figura 4.2.** Fases del análisis del contenido de los cuestionarios. 82
- **Figura 4.3.** Comparación de las etapas de colaboración Farmacéutico-Médico 86
- **Figura 4.4.** Modelo de colaboración Farmacéutico-Médico 89
- **Figura 5.1.** Proceso de selección de farmacias comunitarias dentro del programa conSIGUE Implantación 98
- **Figura 5.2.** Control de los problemas de salud y de los riesgos de PS en el periodo 1. 112
- **Figura 5.3.** Clasificación de los problemas de salud y de los riesgos de aparición de un PS en el periodo 1 113
- **Figura 5.4.** Control de los problemas de salud y de los riesgos de aparición de un PS en el periodo 6 117

- **Figura 5.5.** Clasificación de los RNM identificados en los pacientes de la muestra en el periodo 6. 118
- **Figura 6.1.** Servicio de SFT en el módulo de Bot PLUS 2.0 151

Listado de tablas

- **Tabla 1.** Pacientes reclutados en el estudio 5, 198
- **Tabla 2.1.** Variables utilizadas para la evaluación de la implantación del Servicio de SFT 22
- **Tabla 2.2.** Contenidos abordados en la formación de farmacéuticos titulares .. 24
- **Tabla 2.3.** Contenidos abordados en la formación de formadores colegiales ... 25
- **Tabla 2.4.** Contenidos abordados en la formación de farmacéuticos proveedores 26
- **Tabla 2.5.** Cuestionarios de adherencia al Servicio de SFT completados por provincia 32
- **Tabla 2.6.** Puntuación media obtenida para cada ítem del cuestionario adherencia al Servicio de SFT. 33
- **Tabla 2.7.** Cuestionarios de integración del Servicio de SFT completados en cada provincia participante. 38
- **Tabla 2.8.** Puntuación media obtenida para cada uno de los ítems del cuestionario integración del Servicio de SFT 40
- **Tabla 3.1.** Ámbito espacial y temporal de la evaluación del clima para la implantación del Servicio de SFT 52
- **Tabla 3.2.** Variables principales del proceso de facilitación. 54
- **Tabla 3.3.** Formación de los Formadores Colegiales de los COF provinciales ... 56
- **Tabla 3.4.** Visitas de los FoCo a las farmacias y contactos adicionales en 12 meses. 62
- **Tabla 3.5.** Tiempo de trabajo efectivo y desplazamientos 63
- **Tabla 3.6.** Factores de implantación más frecuentes 64
- **Tabla 3.7.** Resultado de barreras y facilitadores 67
- **Tabla 4.1.** Matriz de correlación para el análisis factorial exploratorio. 85
- **Tabla 5.1.** Grupos provinciales participantes en el estudio 96
- **Tabla 5.2** Ámbito temporal del Programa conSIGUE Implantación. 102
- **Tabla 5.3.** Definición operacional de las variables del estudio 126
- **Tabla 5.4.** Número de pacientes que reciben 1, 3, 6, 9 o 12 visitas de SFT 106
- **Tabla 5.5.** Características de la muestra global de pacientes al inicio del estudio. 107
- **Tabla 5.6.** Características de la muestra de pacientes que recibieron el Servicio de SFT al menos durante 6 meses al inicio del estudio. 108
- **Tabla 5.7.** Medicamentos utilizados por los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses 109

• Tabla 5.8. Cambio en el número de medicamentos a los 6 meses según el número de medicamentos utilizados al inicio del estudio en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	110
• Tabla 5.9. Tendencia al cambio en el número de medicamentos a los 6 meses de estudio en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	110
• Tabla 5.10. Problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	111
• Tabla 5.11. Porcentaje de problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	111
• Tabla 5.12. PRM identificados en los pacientes de la muestra en el periodo 1	114
• Tabla 5.13. Intervenciones iniciadas durante el periodo 1	115
• Tabla 5.14. Vías de comunicación de las intervenciones realizadas durante el periodo 1	116
• Tabla 5.15. Resultados de la intervención y evolución del RNM/riesgo de RNM en el periodo 1	116
• Tabla 5.16. PRM identificados en los pacientes de la muestra en periodo 6	119
• Tabla 5.17. Intervenciones iniciadas durante el periodo 6	120
• Tabla 5.18. Vías de comunicación de las intervenciones realizadas durante el periodo 6	121
• Tabla 5.19. Resultados de la intervención y evolución de los RNM/riesgos de RNM en el periodo 6	121
• Tabla 5.20. Visitas a urgencias en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	122
• Tabla 5.21. Ingresos hospitalarios en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	123
• Tabla 5.22. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses	124
• Tabla 5.23. Características de los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses	125
• Tabla 5.24. Medicamentos utilizados por los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses en los distintos puntos del estudio (n=176)	126
• Tabla 5.25. Medicamentos utilizados por los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses al inicio y al final del estudio (n=176)	126
• Tabla 5.26. Cambio en el número de medicamentos a los 12 meses según el número de medicamentos utilizados al inicio del estudio en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses	127
• Tabla 5.27. Tendencia al cambio en el número de medicamentos a los 12 meses de estudio en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=176)	127
• Tabla 5.28. Problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=176)	127

- **Tabla 5.29.** Porcentaje de problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=176) 128
- **Tabla 5.30.** Visitas a urgencias en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses 128
- **Tabla 5.31.** Ingresos hospitalarios en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses 129
- **Tabla 5.32.** Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=170) 129

Resumen

Antecedentes y justificación

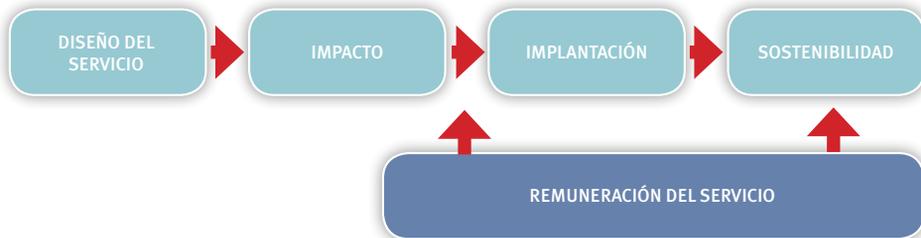
En los últimos años el cambio que se está promoviendo en el ámbito de la farmacia comunitaria hacia una farmacia más asistencial, está oficialmente apoyado por la profesión farmacéutica, hecho manifestado tanto por organizaciones nacionales como internacionales. Existe evidencia científica de que la provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPF) no sólo tiene el potencial de conseguir una mejora en el proceso y resultados derivados del uso del medicamento sino que también puede lograr una reducción de los gastos derivados del uso de servicios sanitarios y generar beneficios al Sistema Sanitario. De hecho, a nivel internacional se observa una tendencia clara hacia la remuneración de la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos, plasmada en países como por ejemplo: Reino Unido (*Medication Use Review, New Medicines Services*), Estados Unidos (*Medication Therapy Management*), Australia (*Home Medication Review*) y Canadá (*Cancer Check*). Estos casos constituyen claros ejemplos de la apuesta que diversos gobiernos están realizando hacia un modelo de farmacia orientada a la provisión de Servicios remunerados centrados en el paciente.

Durante las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos estudios que tenían como objetivo diseñar y evaluar la efectividad e impacto de diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos. No obstante, actualmente la mayoría de ellos no consiguen ser implantados ni integrados en el día a día de la farmacia comunitaria, incluso a pesar de que algunos de ellos están remunerados. Se han producido numerosos avances en la investigación en el campo de la práctica farmacéutica; sin embargo, éstos se ven seriamente limitados debido a la imposibilidad de trasladar los resultados obtenidos en proyectos de investigación a la práctica diaria del farmacéutico, en muchos casos debido a la falta de utilización de programas de implantación. Mientras la evaluación de la efectividad de programas en salud se siga considerando completa sin tener en cuenta el proceso de implantación como un elemento más de la investigación, resultará imposible apreciar el impacto real de las intervenciones diseñadas.

El diseño, desarrollo e implantación de cualquier Servicio nuevo debería seguir un esquema como el que se muestra en la Figura 1.

Un ejemplo de este proceso es el Programa conSIGUE que integra una estrategia de investigación con una estrategia política y de comunicación desde un punto de vista eminentemente práctico. Además, aborda el problema de la investigación de una manera holística, con el fin de obtener unos resultados sostenibles en el desarrollo de una farmacia orientada a la provisión de Servicios Profesionales

Figura 1. Proceso de diseño, desarrollo e implantación de SPF



Farmacéuticos en el ámbito de la farmacia comunitaria. Así, conSIGUE se ha planteado como un estudio de investigación organizado en diferentes fases. La primera de ellas, denominada conSIGUE Impacto, se llevó a cabo entre 2009 y 2013 con el objetivo de evaluar la efectividad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes mayores crónicos polimedicados. La segunda fase, denominada conSIGUE Implantación se llevó a cabo entre 2013 y 2015 en el que se probó un Programa de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos aplicado al Servicio de SFT que permitía medir tanto los aspectos relacionados con el proceso de implantación como el impacto clínico y humanístico del mismo.

Se utilizó el Servicio de SFT porque ya estaba previamente diseñado y protocolizado de forma consensuada en España (fase de diseño del Servicio), y los pacientes mayores crónicos polimedicados, porque son el objetivo principal de la estrategia sanitaria del país.

En este resumen se presentan los objetivos, método, resultados y principales conclusiones del Programa conSIGUE Implantación.

Objetivos

El objetivo general del estudio consistió en desarrollar y probar un Programa de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos en el ámbito de la farmacia comunitaria española que permita optimizar la implantación y futura sostenibilidad de los mismos a lo largo del tiempo, utilizando el Servicio de SFT como ejemplo.

Como objetivos específicos, se plantearon los siguientes:

- 1) Evaluar la implantación del Servicio de SFT en farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE Implantación.
- 2) Evaluar el clima de la farmacia para la implantación del Servicio de SFT en las farmacias participantes en el Programa conSIGUE Implantación.

- 3) Evaluar la práctica colaborativa entre farmacéuticos y médicos desde la perspectiva del farmacéutico comunitario.
- 4) Evaluar los resultados clínicos y humanísticos que se obtienen en el proceso de implantación del Servicio de SFT a pacientes mayores crónicos polimedificados.

Método

Diseño del estudio

El Programa conSIGUE Implantación utilizó un diseño híbrido de efectividad-implantación. Se realizó en dos fases. La primera de ellas, consistió en la realización de un estudio piloto en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, cuyo objetivo fue comprobar la viabilidad del Programa diseñado, la mejora de los materiales utilizados, de los protocolos establecidos, de las herramientas utilizadas, los diferentes sistemas de medida para la evaluación del Programa, y la mejora de la formación tanto de los Formadores Colegiales (FoCo), como de los farmacéuticos titulares y proveedores del Servicio de SFT. Posteriormente a la realización del estudio piloto, se comenzó a realizar la segunda fase de conSIGUE Implantación: el estudio principal.

Ámbito de estudio

El estudio principal se realizó en farmacias comunitarias pertenecientes a 11 Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales (A Coruña, Albacete, Ciudad Real, Córdoba, Gipuzkoa, Granada, Guadalajara, Huelva, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia). El trabajo de campo tuvo una duración de 12 meses. Durante este tiempo los farmacéuticos recibieron el apoyo in situ del FoCo, figura clave en este modelo de Implantación. Al finalizar el mes doce, el FoCo dejó de asistir a las farmacias y tres meses más tarde se evaluó la sostenibilidad inicial.

Pacientes

La población de estudio estuvo constituida por pacientes mayores (con edad igual o superior a 65 años) crónicos polimedificados (en tratamiento farmacológico con 5 o más medicamentos durante al menos 6 meses) que acudían a las farmacias comunitarias participantes.

El protocolo de investigación del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (CEI-Granada) en diciembre de 2013, con número de registro 13/C-11.

Resultados

1. Resultados relacionados con la implantación del Servicio de SFT

Se desarrolló y probó un modelo para la implantación de SPF en farmacia comunitaria denominado FISpH (*Framework for the Implementation of Services in Pharmacy*). Dicho modelo consta de cuatro etapas: Exploración, Preparación, Implantación inicial y completa, y Sostenibilidad. Teniendo en cuenta que al no existir remuneración por el Servicio, la sostenibilidad completa no era posible, se decidió adoptar una fórmula intermedia denominada sostenibilidad inicial.

En la fase de exploración participaron 155 farmacias comunitarias (222 farmacéuticos) de las que 135 (punto de corte previsto en el estudio) pasaron a la fase de preparación. Durante el primer mes 85 farmacias (63%) habían captado su primer paciente (implantación inicial) a partir del tercer mes se comenzó a ver un número de farmacias revelador en implantación completa (13,3%). A los doce meses el total de farmacias en implantación inicial fue de 48 (35,5%) y en implantación completa de 74 (54,8%). Durante los doce meses se perdieron 13 farmacias (9,6%). En el mes quince 59 farmacias (43,7%) pasaron a sostenibilidad inicial, mientras que 16 (11,8%) se encontraban en la fase de implantación completa y 26 (19,3%) en la de implantación inicial.

En resumen 101 farmacias (74,8%) mantenían al menos un paciente en un entorno sin remuneración y sin el apoyo del FoCo.

La puntuación media de la adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100 fue de 83,80 (DE: 11,36 IC95%: 81,95-85,66), lo que indica una buena adhesión al protocolo del Servicio. La puntuación media obtenida en la medida de la integración del Servicio de SFT tras quince meses de provisión del mismo, en una escala del 1 al 5, fue de 3,39 (DE: 0,72).

2. Resultados de la evaluación del clima de la farmacia y su relación con la implantación del Servicio de SFT

De los 38 Factores de implantación identificados previamente, al inicio del estudio, se observó que el Tiempo (11,4%), los Registros (10,1%) y la Metodología del Servicio (8,3%) fueron los más frecuentemente relacionados con la aparición de Barreras para el proceso de implantación. Por otra parte, la Motivación (7,2%), las Características personales (6,1%) y el Apoyo externo (4,8%) fueron los Factores que más frecuentemente se relacionaron con la aparición de Facilitadores para la implantación del Servicio.

Durante el estudio se identificaron 2.686 Barreras de las que se resolvieron un 72,8% y 1.916 Facilitadores, de los que un 62,2% fueron utilizados con éxito.

3. Resultados de la evaluación de la práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico

En base a un modelo teórico existente se diseñó y validó un cuestionario para evaluar el nivel de colaboración entre farmacéuticos comunitarios y médicos. El modelo obtenido está constituido por cuatro etapas que van de una etapa de colaboración mínima (Etapa 0: Colaboración nula), pasando por las Etapas 1 (Introducción a la colaboración) y 2 (Expansión de la colaboración profesional), hasta llegar a una fase de colaboración máxima (Etapa 3: Compromiso de colaboración).

Al comparar, durante el proceso de validación, los farmacéuticos del grupo conSIGUE con los farmacéuticos control (no conSIGUE), se encontraron diferencias significativas en las Etapas 2 ($p=0,070$) y 3 ($p=0,005$) lo que significa que en los farmacéuticos conSIGUE hubo un mayor nivel de colaboración con los médicos.

4. Resultados del impacto del Servicio de SFT durante la implantación del mismo

Participaron un total de 877 pacientes reclutados en 126 de las farmacias pertenecientes a 11 Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Del total de pacientes, 269 pacientes recibieron el Servicio durante 3 meses o menos, mientras que los 608 pacientes restantes fueron seguidos durante 6 meses (190 pacientes) o más (418 pacientes: 242 pacientes durante 9 meses y 176 pacientes durante 12 meses). En la Tabla 1, se presenta un resumen de los pacientes reclutados.

Tabla 1. Pacientes reclutados en el estudio

Número de COF	Número de farmacias	Total número de pacientes reclutados	Número de pacientes que recibieron SFT durante 3 meses	Número de pacientes que recibieron SFT durante 6 meses	Número de pacientes que recibieron SFT durante 9 meses	Número de pacientes que recibieron SFT durante 12 meses
11	126	877	269	190	242	176

En el mes 6, se analizaron los resultados de los pacientes a los que se había seguido durante 6 meses o más ($n=608$) para compararlos con los de conSIGUE Impacto, obteniéndose en conSIGUE Implantación resultados ligeramente inferiores.

Sin embargo, al realizar la evaluación del impacto a los 12 meses de prestación del Servicio de SFT ($n=176$) se obtuvieron resultados incluso mejores:

- Una reducción media de medicamentos utilizados por los pacientes de 0,39.
- Una reducción estadísticamente significativa en el porcentaje de problemas de salud no controlados del 54,1%.

- Una reducción estadísticamente significativa del porcentaje de pacientes que refirieron haber acudido a los servicios de urgencias del 53,1%.
- Una reducción del porcentaje de pacientes que refirieron haber sido hospitalizados del 59,8%.
- Una mejora estadísticamente significativa de la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente con un incremento de 6,74 puntos de media.

Discusión

En el presente informe se presentan resultados globales de la evolución de las farmacias a través de las distintas etapas del modelo de implantación utilizado en este estudio necesarias para implantar un SPF como es el Servicio de SFT. También se incluye un análisis del clima de la farmacia que contempla los Factores de implantación que influyen en la implantación del Servicio, Barreras y Facilitadores identificados durante el proceso de implantación, el análisis de la relación interprofesional farmacéutico-médico y los resultados del impacto del Servicio durante la implantación.

En cada capítulo a lo largo del informe, se ha incluido un apartado de discusión donde se ha discutido el contenido del mismo. En esta sección se pretende hacer una discusión global que aporte al lector una idea general del Programa conSIGUE Implantación y de sus logros.

Mediante la utilización del modelo FISpH se ha conseguido un nivel de implantación del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias muy satisfactorio que a la vez ha permitido obtener unos resultados en salud similares a los que se obtuvieron en un estudio más controlado (conSIGUE Impacto).

Es cierto que los beneficios se han obtenido algo más tardíamente que los alcanzados en conSIGUE Impacto aunque ello es debido a que en Impacto la presión sobre los farmacéuticos estaba centrada en la captación de pacientes en el primer mes y en la obtención de resultados en salud. Sin embargo, en conSIGUE Implantación la presión se ha puesto en ir avanzando en cada una de las fases del proceso de implantación, ya que el objetivo era evaluar el proceso de implantación del Servicio por los farmacéuticos de la forma más natural posible.

Además, cuando los farmacéuticos de conSIGUE Implantación prestaron el Servicio lo hicieron con un alto nivel de adhesión al protocolo establecido (adherencia al Servicio), lo que en suma genera un alto grado de confianza en que el farmacéutico comunitario puede realizar el Servicio de SFT y hacerlo tal como está procedimentado.

Al mismo tiempo, hemos comprobado que el Servicio se ha integrado en las farmacias a un cierto nivel (integración) y ello teniendo en cuenta que en el momento de

la evaluación de la sostenibilidad inicial no existía remuneración alguna por su prestación y el FoCo, de acuerdo con el protocolo, había dejado de realizar su trabajo de facilitación *in situ*.

El modelo desarrollado y ensayado presenta unas características suficientemente positivas que permiten afirmar que contribuye a la generalización de los SPF con el nivel de efectividad encontrado en conSIGUE Impacto. Además, este modelo permite que el farmacéutico se comience a integrar de una manera funcional en el Sistema de Salud ya que facilita el trabajo y la práctica colaborativa con el médico con un mayor nivel de intensidad y profundidad respecto al que existe actualmente en la práctica habitual del farmacéutico comunitario.

Cuando se analizan los datos agregados obtenidos en este estudio de una forma global se vislumbra el inicio de un cambio de la práctica farmacéutica que según todas las organizaciones profesionales es hacia donde debe avanzar la farmacia comunitaria.

Además, este Servicio aborda una necesidad de la población que no siempre utiliza adecuadamente los medicamentos, por lo que el farmacéutico contribuye a la optimización de su uso y por tanto a la sostenibilidad del Sistema. Cualquier estrategia de abordaje de dicha sostenibilidad debe contar con todos los profesionales de la salud incluido el farmacéutico comunitario.

Los resultados clínicos, humanísticos y económicos que el farmacéutico puede generar con la provisión de Servicios ya se pusieron de manifiesto en un informe previo, correspondiente a conSIGUE Impacto. Son los datos de ese informe los que deben utilizarse en cualquier tipo de negociación que la Corporación u otras organizaciones farmacéuticas, al nivel que sea, realicen para conseguir la remuneración por el Servicio.

Para finalizar, sabemos que el paciente recibe con mucho agrado este Servicio que además contribuye al cambio de la opinión que tiene sobre el farmacéutico. Los datos que tenemos, no incluidos en este Informe, permiten afirmar^{a,b,c} que los pacientes comienzan a percibir al farmacéutico como un profesional de la salud en toda la amplitud del término. Lo mismo sucede con la opinión del médico, que a medida que avanza la provisión del Servicio, acepta mejor las recomendaciones que hace el farmacéutico a la vez que mejora su relación interprofesional.

^a Sabater-Galindo M, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez, F, Sabater-Hernández D, Ruiz de Maya S. Patients' expectations of the role of the community pharmacist: development and testing of a conceptual model. RSAP. [Forthcoming 2016].

^b Sabater-Galindo M, Fernández-Llímós F, Sabater-Hernández D, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. *Patient Educ Couns.* 2016; 99(3): 339-347.

^c Sabater-Galindo M, Sabater-Hernández D, Ruiz de Maya S, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Modelling elderly patients' perception of the community pharmacist image when providing professional services. *Psy Health Med.* 2016.

En resumen, con este tipo de estudios (conSIGUE Impacto e Implantación) la Profesión se está preparando para el futuro, algo que en general no está sucediendo en los diferentes países que están intentado implantar SPF remunerados. Cuando se empiece a pagar por el Servicio de SFT, la Organización Profesional contará con un Programa de Implantación suficientemente probado que permitirá que el Servicio de SFT se incorpore e integre en la rutina de las farmacias comunitarias con la consiguiente generalización del mismo.

Conclusiones

El 90% de las farmacias participantes han conseguido implantar el Servicio de SFT con una media de casi 7 pacientes por farmacia. Dicha implantación ha permitido la provisión del Servicio a un elevado número de pacientes, obteniendo así el alcance objetivo del Programa. La provisión del Servicio se ha realizado con una adherencia elevada al mismo, de acuerdo a como fue protocolizado. Estos resultados para los indicadores de implantación (adherencia y alcance) se han obtenido mediante una integración satisfactoria del Servicio en las farmacias participantes a los 15 meses de estudio, teniendo en cuenta que en ese momento no existía remuneración ni facilitación del FoCo.

El proceso de facilitación desarrollado por los FoCo ha permitido identificar los Factores de implantación más frecuentes relacionados con Barreras y Facilitadores, sobre las que han trabajado de forma efectiva consiguiendo minimizar y eliminar dificultades y dotar a los farmacéuticos de las habilidades necesarias para la implantación del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias involucradas.

Los Factores de implantación más frecuentes son el Tiempo, las Características personales y los Registros, siendo el Tiempo el factor de implantación relacionado con Barreras más frecuente y la Motivación el factor de implantación relacionado con Facilitadores más frecuente.

El FoCo es una figura imprescindible para el éxito del proceso de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.

En base a modelos teóricos, se ha desarrollado un cuestionario para evaluar la colaboración entre el farmacéutico comunitario y el médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario en España, que se ha denominado Modelo de Práctica Colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico (MPC-conSIGUE FarMed) formado por cuatro etapas de colaboración entre ambos profesionales. La validación se realizó analizando la validez y fiabilidad del cuestionario.

La puntuación media obtenida para las etapas altas de colaboración en aquellos farmacéuticos participantes en el Programa conSIGUE fue significativamente superior a las de los farmacéuticos que realizaban su práctica habitual.

La implantación del Servicio de SFT en la práctica diaria de las farmacias comunitarias corrobora los resultados clínicos y humanísticos que previamente habían sido demostrados en la etapa de evaluación del impacto.

La implantación del Servicio de SFT logra una disminución del número de medicamentos, así como del número de problemas de salud no controlados y del porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias y que ingresan en los hospitales.

El Servicio de SFT consigue una disminución del número de RNM y riesgo de RNM identificados.

El Servicio de SFT mejora también la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes.

De los mejores resultados clínicos y humanísticos obtenidos en la submuestra de pacientes que reciben el Servicio de SFT durante 12 meses parece deducirse que los efectos del mismo mejoran a medida que aumenta el tiempo de su provisión.

1. Introducción general

El cambio que en los últimos años se está promoviendo en el ámbito de la farmacia comunitaria hacia una farmacia más asistencial, está oficialmente apoyado por la profesión farmacéutica, hecho manifestado tanto por organizaciones nacionales como internacionales. La provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPF) no sólo consigue una mejora en el proceso y resultados derivados del uso del medicamento sino también puede lograr una reducción de gastos derivados del uso de Servicios sanitarios, tal y como ha quedado descrito en la literatura. De hecho, existe una tendencia clara para remunerar la provisión de SPF, plasmada en países como Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Canadá, Nueva Zelanda o Suiza, lo que demuestra la apuesta de diversos Gobiernos hacia un modelo de farmacia orientada a la provisión de Servicios centrados en el paciente.

Durante las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos estudios que tenían como objetivo diseñar y evaluar la efectividad e impacto de diferentes SPF. Sin embargo, actualmente la mayoría de ellos no consiguen ser implantados ni integrados en el día a día de la farmacia comunitaria, a pesar de que algunos están remunerados. Aunque se han producido numerosos avances en la investigación en el campo de la práctica farmacéutica, éstos se ven seriamente limitados debido a la imposibilidad de trasladar los resultados obtenidos a la práctica diaria. De hecho, la evidencia sobre los elementos que facilitan la implantación y sostenibilidad de intervenciones en salud es muy limitada. Por este motivo, mientras la evaluación de la efectividad de programas en salud se siga considerando completa sin tener en cuenta el proceso de implantación como un elemento más de la investigación, resultará muy difícil apreciar el impacto real de las intervenciones diseñadas.

Diversas investigaciones han mostrado que la implantación es un proceso complicado, y que el conocimiento del Servicio por parte del farmacéutico, el deseo de implantarlo en la farmacia, la obtención de incentivos para su realización o la puesta en práctica de intervenciones de implantación aisladas no son suficientes para que el proceso de implantación continúe. Los beneficios potenciales de un cambio en la farmacia comunitaria han sido oficialmente reconocidos mediante diferentes iniciativas encaminadas a potenciar la provisión de Servicios lideradas por Gobiernos, compañías farmacéuticas e incluso compañías aseguradoras. Dichas iniciativas no siempre han sido satisfactorias, ya que han estado basadas fundamentalmente en la consecución de una remuneración por el Servicio sin tener en cuenta otros aspectos imprescindibles para la implantación de SPF. Por este motivo, es necesario contar con un Programa de implantación que pueda utilizarse una vez que el farmacéutico

ha tomado la decisión de adoptar un determinado Servicio, que debe ser previamente diseñado y evaluado mediante estudios de investigación adecuados.

Como ya se ha comentado, a pesar de los beneficios que la provisión de determinados Servicios ha mostrado en estudios de evaluación de su impacto, resulta evidente que si no se implantan en la rutina no serán capaces de producir los resultados en salud manifestados durante la etapa de evaluación. Aquí es donde entra en escena la ciencia de la implantación o "*Implementation Science*", que estudia cómo integrar Servicios en ámbitos clínicos y comunitarios, y en la que el término implantación se define como el proceso de puesta en práctica o integración de intervenciones en un determinado ámbito.

Esta ciencia utiliza métodos de investigación específicos, como investigación pragmática, diseños híbridos de efectividad-implantación, métodos mixtos, investigación participativa, etc. Algunos de ellos, como los diseños híbridos de efectividad-implantación, tienen como objetivo evaluar tanto la efectividad del Servicio a implantar como la estrategia de implantación y sus componentes.

El actual modelo de farmacia tiene como uno de sus fundamentos económicos la existencia de un margen sobre el precio del medicamento dispensado, lo que convierte a la farmacia actual en una farmacia orientada al producto. Sin embargo, de acuerdo con la opinión de organizaciones profesionales nacionales e internacionales, el futuro profesional y económico de la farmacia comunitaria está ligado a la provisión de Servicios centrados en el paciente.

Por un lado, se ha demostrado que los fallos de la farmacoterapia son evitables en un alto porcentaje. El farmacéutico se enfrenta al reto profesional de aportar soluciones a este auténtico problema de salud pública y ser una respuesta efectiva para detectar, prevenir y resolver los fallos de la farmacoterapia.

Por otro lado, el reto de mejorar la viabilidad de la farmacia comunitaria mediante la provisión de SPF pasa obligatoriamente por la obtención del pago por la provisión de los mismos, lo que reduciría la dependencia casi exclusiva del margen obtenido por los productos dispensados. No obstante y como ya se ha comentado, la evidencia muestra que el pago de forma aislada no es un método efectivo para la implantación de nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos. Por el contrario, es necesario contar con un programa holístico, que integre a todos los factores implicados y que tenga en cuenta las características individuales de las propias farmacias y de los farmacéuticos durante el proceso de implantación.

Aunque la evidencia ha mostrado que la provisión de SPF puede ser un hecho real y viable, la implantación de los mismos en el ámbito de la farmacia comunitaria es un proceso complejo y aun por estudiar. Los propios farmacéuticos que desean poner en práctica este tipo de Servicios en su ámbito laboral manifiestan que es necesario un mayor apoyo externo para que la implantación de los mismos pueda llevarse a cabo, lo que permitiría un desarrollo profesional y de gestión de la farmacia diferente al actual.

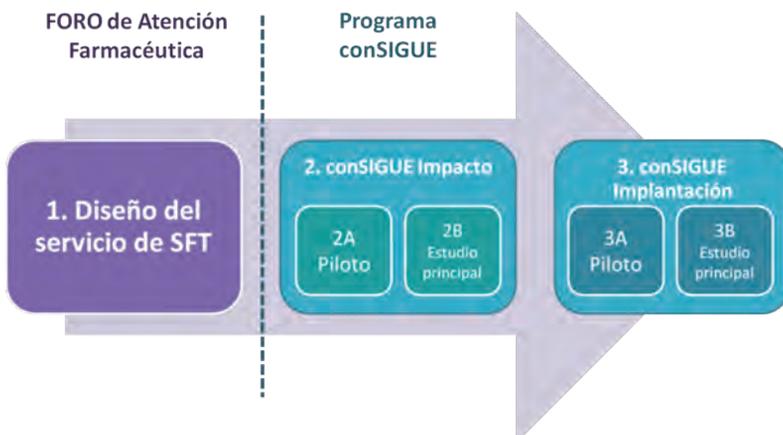
Para avanzar en la investigación de los SPF es preciso analizar tanto el impacto en resultados en salud de los mismos como el proceso de implantación propiamente dicho. En este entorno se puso en marcha el programa de investigación conSIGUE.

conSIGUE es un programa que integra una estrategia de investigación con una estrategia política y de comunicación desde un punto de vista eminentemente práctico. Además aborda el problema de la investigación de una manera holística, con el fin de obtener unos resultados sostenibles en el desarrollo de una farmacia más profesional y orientada a la provisión de SPF en el ámbito de la farmacia comunitaria.

Así, conSIGUE se planteó como un estudio de investigación organizado en diferentes fases (Figura 1.1). La primera de ellas, denominada conSIGUE Impacto, se llevó a cabo entre 2009 y 2013 y contó con la realización de un estudio piloto y un estudio principal. conSIGUE Impacto evaluó el impacto clínico, económico y humano del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes mayores (65 años o más) crónicos polimedicados (5 o más medicamentos de forma continuada durante un periodo igual o superior a 6 meses), en el ámbito de la farmacia comunitaria y sus resultados han sido analizados. Cabe destacar que ya se contaba con un Servicio como es el de SFT, que había sido previamente diseñado y protocolizado por Foro de Atención Farmacéutica contando con la experiencia del Método Dáder.

La segunda fase, denominada conSIGUE Implantación, que es la que se describe en este informe se ha llevado a cabo durante los años 2013 a 2015. Al igual que conSIGUE Impacto, se ha realizado un estudio piloto previo y un estudio principal. El objetivo de conSIGUE Implantación es desarrollar y evaluar un programa de implantación de SPF que permita optimizar la implantación y sostenibilidad de los mismos en la farmacia comunitaria, utilizando el Servicio de SFT, como ejemplo.

Figura 1.1. Etapas del Programa conSIGUE



El objetivo del presente Informe Nacional consiste en exponer los resultados relacionados con los cinco aspectos investigados durante el Programa conSIGUE Implantación: 1) la implantación del Servicio SFT, 2) el papel desarrollado por el Formador Colegial (FoCo), 3) la práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico, 4) el impacto clínico y humanístico del Servicio de SFT y 5) las mejoras a aplicar en el Programa probado, basadas en la experiencia adquirida durante conSIGUE Implantación.

En el capítulo sobre Implantación del Servicio de SFT, se realiza una descripción del marco teórico utilizado para la implantación del Servicio de SFT denominado *Framework for the Implementation of Services in Pharmacy* (Modelo FISpH) y se exponen los resultados de la implantación del Servicio del Seguimiento Farmacoterapéutico (evolución de las farmacias en función de la etapa de implantación donde se encuentre, alcance, integración y adherencia al Servicio).

En el capítulo que aborda la figura del Formador Colegial, se presenta la información relacionada con el papel desarrollado por el FoCo (detección de los Factores de Implantación con sus Barreras y Facilitadores) y el proceso de facilitación llevado a cabo con las estrategias utilizadas durante los 12 meses que duró el Programa de Implantación.

En el capítulo que trata la práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico, se presentan resultados sobre la relación profesional colaborativa entre farmacéutico comunitario y médico desde una perspectiva del farmacéutico comunitario obtenidos a través de un cuestionario diseñado y validado para tal fin.

En el capítulo que evalúa el impacto del Servicio de SFT, se presenta un resumen de los principales resultados del impacto clínico y humanístico del mismo. Estos resultados permiten comprobar si la implantación del Servicio de SFT en el día a día de la farmacia comunitaria obtiene los mismos resultados clínicos y humanísticos que ya fueron obtenidos en la fase anterior del Programa conSIGUE (conSIGUE Impacto).

Por último, **en el capítulo que trata sobre el Programa de Implantación del Servicio de SFT**, se describen los cambios y mejoras del Programa para facilitar la generalización posterior de la práctica.

2. Implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

2.1. Introducción

El cambio en la práctica profesional del farmacéutico comunitario hacia un modelo más asistencial, basado en la provisión de SPF, se centra en la mejora de los resultados en salud a través de una optimización de la farmacoterapia del paciente. Durante las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos estudios que tenían como objetivo diseñar y evaluar la efectividad e impacto de diferentes SPF. De hecho, existe evidencia del impacto positivo del farmacéutico comunitario en términos clínicos, económicos y humanísticos mediante la provisión de diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, como es el Servicio de SFT¹⁻⁴. No obstante, que un SPF haya demostrado beneficios a diferentes niveles, no asegura una implantación efectiva del mismo. Cabe destacar que en la actualidad no todos los SPF consiguen ser implantados ni integrados en el día a día de la farmacia comunitaria, a pesar de contar con la remuneración para la provisión de los mismos en diferentes países. Por este motivo, mientras la evaluación de la efectividad de programas en salud se siga considerando completa sin tener en cuenta el proceso de implantación como un elemento más de la investigación, resultará imposible apreciar el impacto real de los Servicios diseñados^{5,6}.

En el caso de la farmacia comunitaria, al igual que en otras disciplinas, existe un gran vacío y discontinuidad en cuanto al diseño de nuevos Servicios, su evaluación y su implantación en la práctica diaria⁷. Uno de los principales factores que ha motivado esta situación está relacionado con la falta de programas y estrategias de implantación de SPF basados en la evidencia. Con el objetivo de solucionar este problema, se han diseñado diferentes teorías y modelos que describen, guían y proporcionan un proceso estructurado para evaluar la implantación de diferentes innovaciones, como lo son los SPF, en la práctica diaria de cualquier profesional⁶.

En concreto, la ciencia de la implantación o “*Implementation Science*”, estudia cómo integrar Servicios en ámbitos clínicos y comunitarios, y en la que el término implantación se define como el proceso de puesta en práctica o integración de intervenciones en un determinado ámbito⁸. Esta ciencia utiliza métodos de investigación específicos, como investigación pragmática, diseños híbridos de efectividad-implantación, métodos mixtos, investigación participativa, etc. Algunos de ellos, como los diseños híbridos de efectividad-implantación, tienen como objetivo evaluar tanto la efectividad del Servicio a implantar como la estrategia de implantación y sus componentes⁹. Además, dentro de la ciencia de la implantación, se han diseñado diferentes

marcos teóricos que tienen como objetivo describir, guiar y evaluar la implantación⁶. Así, los modelos de proceso, son utilizados para guiar y/o describir el proceso de implantación. Dichos modelos facilitan la integración de los Servicios en la rutina diaria, ofreciendo una guía práctica a la hora de planificar y ejecutar programas y estrategias de implantación, normalmente mediante una serie de etapas que deben ser seguidas durante todo el proceso.

Además, los modelos de evaluación proporcionan una estructura para evaluar la efectividad del programa de implantación diseñado, a través de la medida de diferentes indicadores de resultado de la implantación⁶. Dichos indicadores se pueden utilizar para evaluar el grado de implantación y comparar la efectividad de los programas diseñados. En concreto, uno de los indicadores más importantes dentro de los resultados de implantación es la adherencia, entendiendo como tal el grado en el que un Servicio es implantado y provisto de acuerdo a como fue protocolizado¹⁰. Otros indicadores relevantes para medir el nivel de implantación de un SPF incluyen el alcance (entendido como el número total de pacientes que desean participar en el Servicio y lo reciben) así como la integración del mismo en la farmacia (entendido como el grado en el que la farmacia puede incorporar el Servicio en su práctica y rutina diaria).

2.2. Justificación

Aunque la mayoría de los SPF puestos en práctica hasta la fecha, se basan de forma exclusiva en la evaluación de resultados clínicos para determinar la efectividad de los mismos¹¹, es indispensable considerar la evolución de los programas de implantación y resultados de los mismos desde un punto de vista empírico. Esto proporcionará la capacidad de mejorar el programa de implantación y replicar el mismo cuando se integren y rutinicen dentro de la farmacia.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Evaluar la implantación del Servicio de SFT en farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE Implantación.

2.3.2. Objetivos específicos

1. Medir la evolución de las farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE a través de las distintas etapas del modelo de implantación FISPh durante 15 meses de estudio.
2. Medir el alcance de la provisión del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE durante 15 meses de estudio.
3. Medir la adherencia al Servicio de SFT de los farmacéuticos proveedores participantes en el Programa conSIGUE tras 12 y 15 meses de provisión del mismo.
4. Medir la integración del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE tras 15 meses de provisión del mismo.

2.4. Método

2.4.1. Diseño del estudio

Diseño híbrido de efectividad-implantación (*Effectiveness-implementation hybrid design*)⁹.

2.4.2. Ámbito de estudio

Farmacias comunitarias distribuidas en once COF de provincias españolas (A Coruña, Albacete, Ciudad Real, Córdoba, Gipuzkoa, Granada, Guadalajara, Huelva, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia).

2.4.3. Ámbito temporal

El estudio principal tuvo una duración de 27 meses (octubre 2013-diciembre 2015, ambos incluidos), con 12 meses de trabajo de campo por parte de los farmacéuticos participantes y con el apoyo del FoCo, más 3 meses sin el FoCo.

2.4.4. Muestra de estudio

Farmacias

Se seleccionó una muestra de un máximo de 14 farmacias en cada Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) participante. Los criterios de inclusión de las farmacias dentro del programa de implantación del Servicio de SFT en la farmacia comunitaria española fueron:

- Farmacia cuya población usuaria incluyera a pacientes con edad igual o superior a 65 años crónicos polimedicados (5 o más medicamentos de forma continuada durante un periodo igual o superior a 6 meses).
- Farmacia cuyo titular asistiese a la formación específica y posteriormente manifestase su voluntad decidida de implantar el Servicio de SFT.

Pacientes

Se estimó que cada farmacia proveyese el Servicio de SFT a 7 pacientes mayores crónicos polimedicados. Se fijó un número de 7 pacientes de acuerdo al número de pacientes medio por farmacia obtenido en el programa conSIGUE Impacto, aunque este número pudo verse disminuido o incrementado en función de la capacidad de cada farmacia (disponibilidad de tiempo, número de empleados en la farmacia, infraestructura, planificación, etc.).

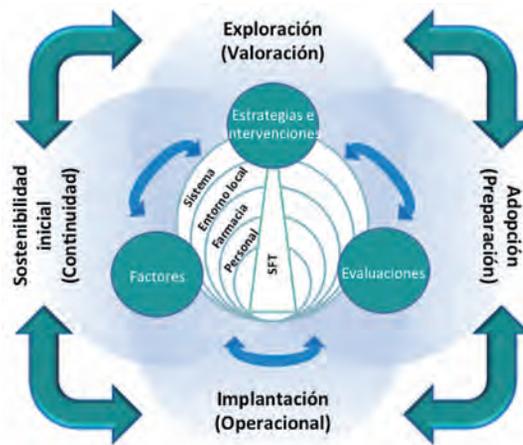
2.4.5. Aspectos éticos

El protocolo de investigación del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (CEI-Granada) con número de registro 13/C-11 en diciembre de 2013 (Anexo 1). Previamente a la inclusión en el estudio, cada paciente recibió información verbal y por escrito sobre el mismo mediante el documento mostrado en el Anexo 2. Además, cada paciente incluido firmó el consentimiento informado, cuyo modelo se muestra en el Anexo 3.

2.4.6. Estrategia de implantación

Para guiar el proceso de implantación del Servicio de SFT, se utilizó el modelo FISpH, el cual plantea cuatro etapas diferenciadas que se deben llevar a cabo para la implantación del Servicio de SFT en el ámbito de la farmacia comunitaria, tal y como muestra la Figura 2.1.

Figura 2.1. Modelo FISpH

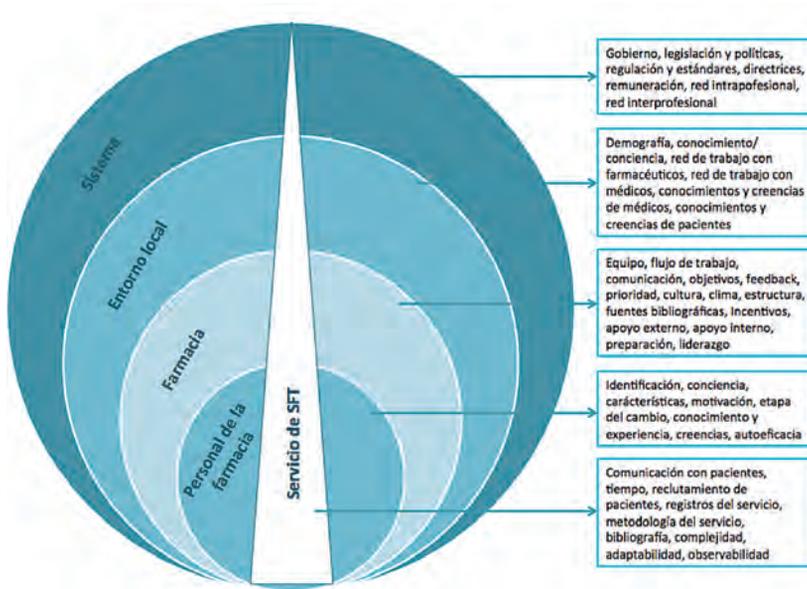


De acuerdo al modelo FISpH, en cada una de las etapas descritas (exploración, adopción, implantación y sostenibilidad inicial), se plantearon estrategias de intervención sobre diferentes factores que influían en el proceso de implantación y además, se evaluó el impacto de las mismas. Por lo tanto, la evolución a lo largo de cada una de las fases del Programa de implantación vino definida por los siguientes elementos: (1) Dominios y Factores, (2) Estrategias e intervenciones y (3) Evaluación y variables. Dichos elementos se describen a continuación.

1. Dominios y Factores

Durante el proceso de implantación del Servicio de SFT, existieron una serie de Factores clave que podían influenciar el proceso de implantación del Servicio de SFT. Dichos Factores se agruparon en cinco dominios, tal y como muestra la Figura 2.2.

Figura 2.2. Dominios y Factores de implantación



La descripción de cada uno de los Factores se encuentra en el Anexo 4 del presente informe.

2. Estrategias e intervenciones

Las estrategias e intervenciones para facilitar la implantación del Servicio de SFT que pretendían intervenir sobre los distintos dominios y Factores implicados en cada etapa del proceso, han sido descritos en el apartado anterior. Durante el Programa de implantación se utilizaron diferentes estrategias de acuerdo a la etapa de implantación correspondiente, que se describen en los siguientes apartados de este capítulo.

3. Evaluación y variables

Tanto el proceso de implantación como sus resultados fueron evaluados utilizando diferentes sistemas de medida. En este sentido se evaluaron: (1) indicadores de implantación, (2) resultados de implantación y (3) impacto del Servicio, tal y como muestra la Figura 2.3. En la Tabla 2.1 se muestra la definición operacional de las variables así como los métodos de medida empleados para cada una de ellas.

Figura 2.3. Modelo para la evaluación de la implantación del Servicio de SFT

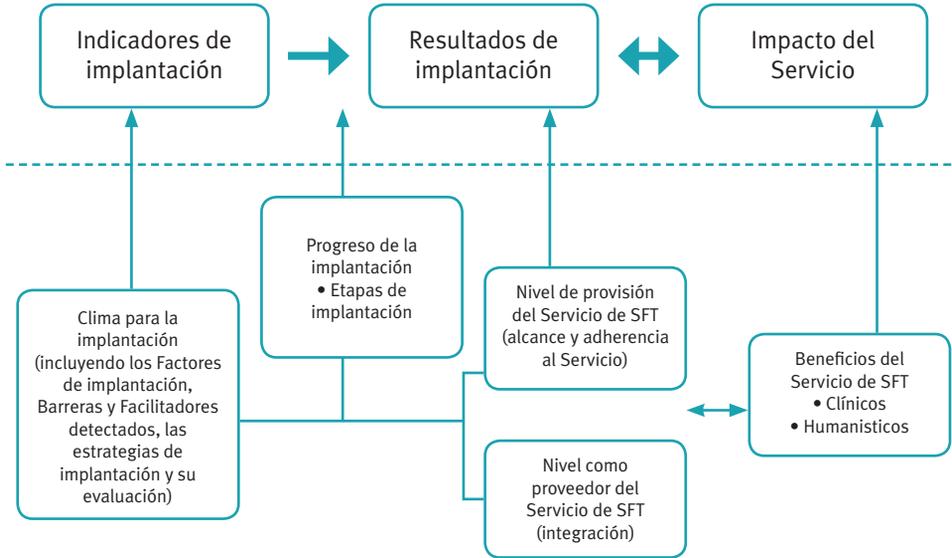
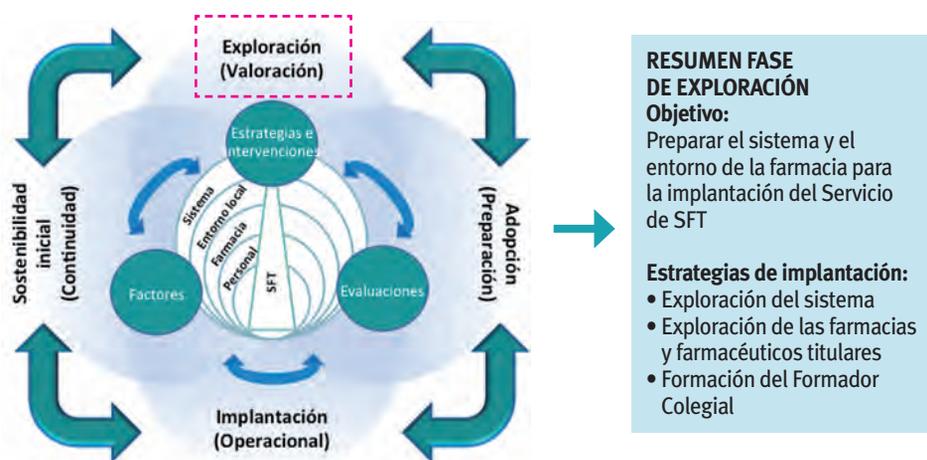


Tabla 2.1. Variables utilizadas para la evaluación de la implantación del Servicio de SFT

Variable	Definición operacional	Fuente de obtención de la información	Método de medida	Tiempo de medida
Indicadores de implantación	Descrito en detalle en el capítulo 3 (El Formador Colegial [FoCo]) del presente informe			
Progreso de la implantación	Evolución de las farmacias a través de las etapas del modelo de implantación	Número de farmacias en cada etapa del modelo de implantación a lo largo de los 15 meses de estudio	Medido por el Formador Colegial en cada visita a las farmacias participante durante los primeros 12 meses y por el grupo investigador a los 15 meses	Meses 1-15
Resultados de implantación	Alcance	Número de pacientes recibiendo el Servicio de SFT en cada mes del programa de implantación.	Medido por el Formador Colegial en cada visita a las farmacias participantes durante los primeros 12 meses y por el grupo investigador a los 15 meses	Meses 1-15
	Adherencia al Servicio de SFT	Grado en el que la provisión del Servicio de SFT se realiza de acuerdo a como fue protocolizado	Cuestionario autoadministrado completado por cada farmacéutico proveedor	Cuestionario adherencia al Servicio de SFT, integrado por las ocho fases del Servicio de SFT (Anexo 5). La respuesta se midió mediante una escala Likert del 1 al 10
Impacto del Servicio	Integración del Servicio de SFT	Grado en el que la farmacia puede incorporar el Servicio en su práctica y rutina diaria	Cuestionario de integración del Servicio de SFT integrado por las dimensiones: rutinización, trabajo en equipo, disponibilidad de recursos y evaluación del Servicio (Anexo 6). La respuesta se midió mediante una escala Likert del 1 al 5	Mes 15
	Impacto del Servicio	Descrito en detalle en el capítulo 5 (Impacto del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en conSIGUE Implantación) del presente informe		

Fase de exploración



Como ya se ha mencionado con anterioridad, la etapa de exploración tuvo como objetivo preparar el sistema y el entorno de la farmacia comunitaria para la implantación del Servicio de SFT. Para ello se abordaron las siguientes estrategias de implantación:

1. Exploración del sistema. En primera instancia se realizó un análisis del sistema y del entorno de la farmacia comunitaria como conjunto, que fue coordinado por los integrantes del grupo gestor del Programa conSIGUE. Como parte de esta exploración, se seleccionaron los COF participantes dentro del Programa, teniendo en cuenta tanto el apoyo interno como el externo hacia el Programa en cada provincia.

2. Exploración de las farmacias y los titulares. Mediante esta estrategia, el COF correspondiente informó a todas las farmacias a nivel provincial de la realización del Programa conSIGUE y las características del mismo. La participación fue por tanto voluntaria y abierta a todas las farmacias de la provincia. Como parte de esta exploración, se realizó una formación para farmacéuticos titulares de diez horas de duración a lo largo de dos días, en la que se abordaron los contenidos descritos en la Tabla 2.2. Al final de la misma, todos los farmacéuticos titulares interesados en participar en el Programa firmaron un documento de compromiso y adhesión al mismo, de entre los cuales se seleccionó una muestra aleatoria de un máximo de 14 farmacias para continuar dentro del Programa. Cabe destacar que dicha selección vino condicionada por la disponibilidad de un solo FoCo por provincia, capaz de ofrecer apoyo a un número recomendado de 14 farmacias.

Tabla 2.2. Contenidos abordados en la formación de farmacéuticos titulares

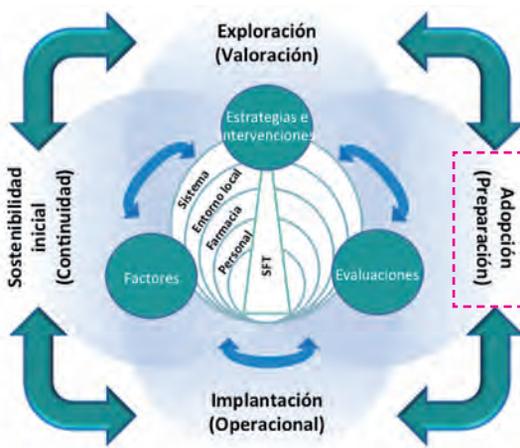
Futuro de la farmacia y provisión de SPF
Plan financiero: ventajas relativas del Servicio de SFT y costes de la implantación
Modelos de gestión de la farmacia
Investigación y modelos de implantación
conSIGUE Impacto
conSIGUE Implantación
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades de la farmacia • FoCo, farmacéutico titular, farmacéutico proveedor, funciones • Proceso de selección de las farmacias • Cronograma

3. Selección y formación de los Formadores Colegiales. Los FoCo fueron seleccionados por el COF correspondiente de acuerdo a los criterios proporcionados por el grupo investigador. El proceso de selección y formación se describirá en profundidad en el capítulo 3 del presente Informe. Una vez finalizado el proceso de selección, los FoCo participantes recibieron una formación presencial de 40 horas distribuidas a lo largo de 5 días, que abarcó las áreas especificadas en la Tabla 2.3. Este proceso de formación se vio complementado con reuniones periódicas establecidas por audioconferencia cada dos semanas con el grupo investigador del Programa conSIGUE, con el objetivo de obtener una formación continua y proporcionar un *feed-back* constante sobre la evolución y estado de las farmacias participantes. Adicionalmente, se realizó una segunda sesión de formación adaptada a las necesidades individuales de los FoCo participantes.

Tabla 2.3. Contenidos abordados en la formación de Formadores Colegiales

Futuro de la farmacia y provisión de SPF	
Implantación	<ul style="list-style-type: none"> • FoCo: Tareas, funciones, caracterización, <i>job description</i> • SPF • Antecedentes, conSIGUE Impacto • conSIGUE implantación: Conceptos, procedimientos, herramientas, cronograma, protocolo, modelo FISpH
Servicio de SFT	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología del Servicio de SFT • Clínica del paciente mayor polimedcado • Casos clínicos • Manejo de fuentes bibliográficas • Manejo de Bot PLUS 2.0
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con el paciente • Comunicación con el médico
Apoyo <i>in situ</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de datos como parte del proceso de facilitación • Herramientas para la facilitación de la implantación de SPF • Factores de implantación. Habilidades para detectar Barreras y Facilitadores para la implantación de SPF • Habilidades/estrategias de intervención en la farmacia

Fase de adopción



RESUMEN FASE DE ADOCIÓN
Objetivo:
 Preparar a las farmacias comunitarias para la etapa de implantación del Servicio de SFT

Estrategias de implantación:

- Formación del farmacéutico proveedor del Servicio de SFT
- Evaluación inicial individualizada de barreras y facilitadores para la implantación del Servicio de SFT

La etapa de adopción tuvo como objetivo preparar a las farmacias comunitarias para la implantación del Servicio de SFT. En esta etapa se utilizaron dos estrategias de implantación, que se describen a continuación:

1. Formación del farmacéutico proveedor del Servicio de SFT. Mediante esta estrategia, se formó a todos los farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT en las farmacias participantes, mediante una formación presencial de 25 horas distribuidas a lo largo de cinco días (Tabla 2.4).

Tabla 2.4. Contenidos abordados en la formación de farmacéuticos proveedores

Contenidos y características de la formación para los farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT

Gestión de la farmacia orientada a Servicios Farmacéuticos Profesionales

Metodología del Servicio de SFT

Clínica, incluyendo el estudio de casos de pacientes en el Servicio de SFT

Comunicación con el paciente

Comunicación con el médico

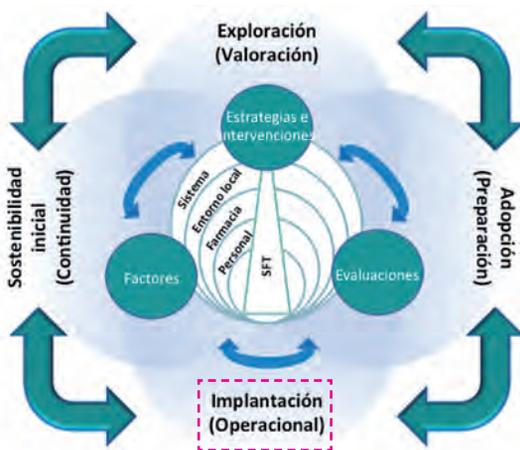
Marketing del Servicio de SFT e identificación e incorporación de pacientes

conSIGUE Implantación: tareas y herramientas (registros, etc.)

Manejo de Bot PLUS 2.0 y cronograma de trabajo

2. Evaluación inicial individualizada de las Barreras y Facilitadores para la implantación del Servicio de SFT. Una vez finalizada la formación de los farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT, el FoCo visitó cada farmacia, con el objetivo de realizar un análisis individualizado de las mismas. El objetivo de esta etapa fue, fundamentalmente, analizar los Factores de implantación e identificar las Barreras y necesidades presentes en la farmacia y/o farmacéutico para la provisión del Servicio de SFT para posteriormente elaborar planes de mejora individualizados, planificando estrategias o intervenciones que abordasen los elementos identificados. Dicho proceso se describirá en profundidad en el capítulo 3 del presente Informe.

Fase de implantación



RESUMEN FASE DE IMPLANTACIÓN

Objetivo:

Facilitar la realización del Servicio de SFT y promover su integración en la farmacia

Niveles:

- Nivel 1, Implantación Inicial: Realización del Servicio de SFT al primer paciente
- Nivel 2, Implantación completa: Realización del Servicio de SFT a 7 pacientes o más

Estrategias de implantación:

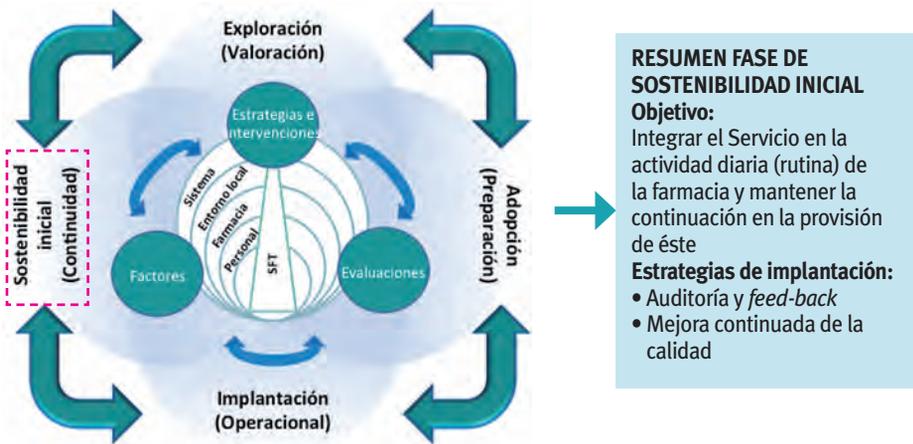
- Facilitación
- Auditoría y *feed-back*

La etapa de implantación tuvo como objetivo facilitar la realización del Servicio de SFT y promover su integración en la farmacia. La etapa de implantación se dividió en implantación inicial e implantación completa tal y como se detalla a continuación. Dentro del Programa conSIGUE Implantación se consideró que una farmacia había avanzado desde la etapa de adopción a la etapa de implantación inicial una vez que el farmacéutico proveedor había reclutado al primer paciente. Una vez alcanzada la etapa de implantación inicial, el FoCo, junto al farmacéutico titular, y al farmacéutico proveedor, realizó un análisis preliminar de los pacientes potenciales susceptibles de recibir el Servicio de SFT en cada una de las farmacias de manera específica y concreta. Como consecuencia de este análisis el equipo de la farmacia decidió el número de pacientes que se comprometía a incluir en el Servicio de SFT. En aquellos casos en los que el número era inferior a 7, el FoCo negoció con el equipo de la farmacia para su incremento. Una vez que la farmacia había captado a los 7 o más pacientes acordados, se consideró que la farmacia había avanzado desde la etapa de implantación inicial a la etapa de implantación completa.

Paralelamente a las etapas de implantación inicial y completa, se llevó a cabo la facilitación del cambio de práctica que consistió en un proceso continuo de apoyo individualizado por parte del FoCo a la farmacia y al farmacéutico, en función de las necesidades detectadas durante sus visitas mensuales a las farmacias. Las intervenciones a realizar dentro de la farmacia se llevaron a cabo mediante el ciclo “PDSA” (del inglés *Plan-Do-Study-Act*, Planifica-Actúa-Estudia-Interpreta), un método esencial de “mejora continua de la calidad” para lograr un cambio duradero a través del sistema de intervenciones. Mediante este método, el FoCo interactuó con los farma-

céuticos para identificar las Barreras y Facilitadores para la implantación del Servicio, diseñó estrategias de intervención de acuerdo a los elementos identificados, para posteriormente estudiar el efecto de dicha intervención y redefinir ésta basándose en el *feed-back* de los farmacéuticos y los resultados de dicha actuación. Tanto el proceso de evaluación de necesidades, Barreras y Facilitadores, así como el proceso de intervención FoCo-Farmacéutico se describen en mayor profundidad en el capítulo 3 del presente Informe.

Fase de sostenibilidad inicial



La etapa de sostenibilidad inicial tuvo como objetivo integrar el Servicio de SFT en la actividad diaria (rutina) de la farmacia y mantener la continuación en la provisión de éste. El concepto de sostenibilidad describe hasta qué punto el Servicio de SFT puede seguir generando a los pacientes y a la sociedad en general los beneficios que se esperan de él durante un periodo largo de tiempo, una vez que se han suprimido los apoyos externos utilizados para la implantación del Servicio. Esto supone que el Servicio sigue manteniendo en el tiempo el mismo impacto clínico, económico y humanístico que se obtenía en la fase de implantación y se ha integrado en las rutinas y se ha institucionalizado en la farmacia comunitaria. Dado que en el momento de la realización del Programa no se contaba con una remuneración externa para la provisión del Servicio, no se llegó a evaluar la etapa de sostenibilidad completa.

Esta etapa se alcanzó una vez que la farmacia mantenía la provisión del Servicio a 7 pacientes a los 15 meses de realización del estudio, y una vez eliminado el apoyo

del FoCo. Por este motivo, la fase de sostenibilidad únicamente se evaluó una vez transcurridos 15 meses desde el inicio del programa de implantación.

2.5. Resultados

2.5.1. Resultados para el objetivo “Medir la evolución de las farmacias participantes en el Programa conSIGUE a través de las distintas etapas del modelo de implantación FISpH durante los 15 meses de estudio”

Un total de 155 farmacias distribuidas en las 11 provincias participantes valoraron inicialmente la posibilidad de inscribirse dentro del Programa de implantación, alcanzando así la **etapa de exploración**. Todas ellas expresaron su voluntad manifiesta de continuar dentro del Programa durante el periodo establecido de 12 meses. No obstante, dada la incapacidad para apoyar a tal número de farmacias (condicionada fundamentalmente por la disponibilidad de un solo FoCo en cada provincia participante), únicamente 135 fueron seleccionadas de forma aleatoria y aceptadas dentro del Programa. Todas ellas fueron preparadas para una futura implantación del Servicio, alcanzando así la **etapa de adopción**. El número de farmacias dentro de esta etapa disminuyó drásticamente entre el mes 0 y mes 1 de estudio, tras el cual, únicamente el 29,03% de las mismas se encontraba en dicha etapa. De hecho, durante el primer mes del Programa se observa uno de los puntos de corte más significativo, ya que el 68,55% de las 135 farmacias participantes alcanzaron la **etapa de implantación inicial**. Este porcentaje se incrementó de forma paulatina hasta alcanzar su punto máximo en el mes 2, en el que un 78,63% de las farmacias la habían alcanzado. Precisamente en este mes es cuando se observó otro de los puntos de inflexión más significativo, ya que es aquí cuando empezó a incrementar el número de farmacias que alcanzaban la etapa de **implantación completa** (3,82%). A partir del mes dos, se observaron dos tendencias opuestas que se mantuvieron enfrentadas hasta el mes 11: el porcentaje de farmacias en la etapa de implantación completa creció al mismo ritmo al que disminuyó el porcentaje de farmacias en la etapa de implantación inicial. En el mes 11 es cuando se produjo un punto de corte y el porcentaje de farmacias que se situaron en la etapa de implantación completa (48,15%) fue por primera vez superior a las farmacias que se encontraban en la etapa de implantación inicial (42,96%). En cuanto a la etapa de **sostenibilidad inicial**, medida exclusivamente en el mes 15 y una vez retirado todo apoyo externo para la implantación del Servicio, fue alcanzada por el 20,74% de las farmacias comunitarias participantes en el Programa.

En la Figura 2.4 se muestra un gráfico con la evolución de las farmacias participantes a lo largo de los 15 meses del Programa de implantación.

2.5.2. Resultados para el objetivo “Medir el alcance de la provisión del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias participantes en el Programa conSIGUE durante 15 meses de estudio”

Tras el inicio del estudio se reclutaron 210 pacientes. Este número se vio incrementado de forma paulatina durante los doce meses de estudio, llegando a 844 pacientes. En el mes 15 se alcanzaron 862 pacientes. En la Figura 2.5 se muestran el número de pacientes incluidos dentro del Servicio de SFT por mes de estudio y su evolución a lo largo de los 15 meses.

Figura 2.5. Alcance de la provisión del Servicio de SFT



NOTA. Para calcular el alcance no se tuvieron en cuenta aquellos pacientes que habiendo recibido una o más visitas del Servicio de SFT no llegaron a finalizar el mismo.

2.5.3. Resultados para el objetivo “Medir la adherencia al Servicio de SFT de los farmacéuticos proveedores participantes en el Programa conSIGUE tras 15 meses de provisión del mismo”

Se completaron un total de 161 cuestionarios de adherencia al Servicio de SFT de entre todas las farmacias participantes, lo que supuso una tasa de respuesta del 72,5%. Se descartaron 16 de ellos (9,9%) por estar mal cumplimentados, habiéndose incluido un total de 145 cuestionarios (90,0%) en el análisis final. A continuación se muestra el número de cuestionarios completados en cada una de las provincias participantes (Tabla 2.5).

Tabla 2.5. Cuestionarios de adherencia al Servicio de SFT completados por provincia

Provincia	Válidos		Perdidos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Albacete	11	78,6	3	21,4	14	100,0
Ciudad Real	12	100,0	0	0,0	12	100,0
Córdoba	7	87,5	1	12,5	8	100,0
A Coruña	12	85,7	2	14,3	14	100,0
Granada	12	100,0	0	0,0	12	100,0
Guadalajara	13	100,0	0	0,0	13	100,0
Gipuzkoa	10	83,3	2	16,7	12	100,0
Huelva	15	78,9	4	21,1	19	100,0
Las Palmas	16	94,1	1	5,9	17	100,0
Santa Cruz de Tenerife	30	96,8	1	3,2	31	100,0
Valencia	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Total	145	90,0	16	9,9	161	100,0

La puntuación media global de los ítems que componían el cuestionario fue de 8,45 (min: 6,17, max: 9,33). A continuación se muestra la puntuación media obtenida para cada uno de los ítems del cuestionario, de acuerdo a su fase del Servicio de SFT correspondiente (Tabla 2.6).

Tabla 2.6. Puntuación media obtenida para cada ítem del cuestionario adherencia al Servicio de SFT

Fase del Servicio de SFT (factor)	Ítem	Media*	DE	Fase del Servicio de SFT (factor)	Ítem	Media*	DE
Oferta del Servicio	Q01	7,21	2,020	Fase de evaluación	Q21	9,11	1,256
	Q02	6,18	2,279		Q22	8,92	1,282
	Q03	7,67	2,580		Q23	8,59	1,894
	Q04	9,02	1,797		Q24	8,50	1,354
	Q05	8,89	1,843		Q25	8,64	1,417
	Q06	8,74	1,985		Q26	8,33	1,549
Primera entrevista	Q07	8,07	1,537	Fase de intervención	Q27	7,56	1,988
	Q08	8,27	1,527		Q28	8,91	1,318
	Q09	8,52	1,657		Q29	8,24	1,813
	Q10	9,13	1,453		Q30	8,41	1,874
	Q11	8,67	1,621		Q31	8,30	1,738
	Q12	9,05	1,340		Q32	8,14	1,640
Estado de situación	Q13	8,96	1,470	Entrevistas sucesivas	Q33	8,13	1,661
	Q14	8,83	1,708		Q34	8,35	1,463
	Q15	8,64	1,704		Q35	8,16	1,676
	Q16	8,54	1,578		Q36	8,08	2,048
Fase de estudio	Q17	8,53	1,354	Aspectos generales del proceso	Q37	9,33	1,634
	Q18	8,44	1,386		Q38	8,63	1,568
	Q19	8,57	1,249		Q39	8,67	1,701
	Q20	8,84	1,158				

*Puntuación medida en una escala Likert del 1 al 10

La puntuación media de la adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% (es decir, en una escala del 0 al 100) fue de 83,80 (DE: 11,36, IC95%: 81,95-85,66). La puntuación máxima fue de 100, mientras que la mínima fue de 38 (Figura 2.6). En la Figura 2.7 se muestra la puntuación media estandarizada al 100% para cada una de las diferentes provincias participantes. En la Figura 2.8 se muestra la comparación de las puntuaciones medias estandarizadas al 100% del cuestionario de adherencia al Servicio de SFT para cada uno de los COF participantes. La longitud de las figuras muestra la dispersión de los datos dentro de cada provincia, lo que quiere decir que a mayor longitud mayor heterogeneidad en los resultados y a menor longitud mayor homogeneidad de los mismos. Cuanto más cercana al valor 100 se encuentra la línea que muestra la media, mayor nivel de adherencia al Servicio de SFT en la provincia correspondiente.

Figura 2.6. Distribución de la puntuación media del cuestionario adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100%

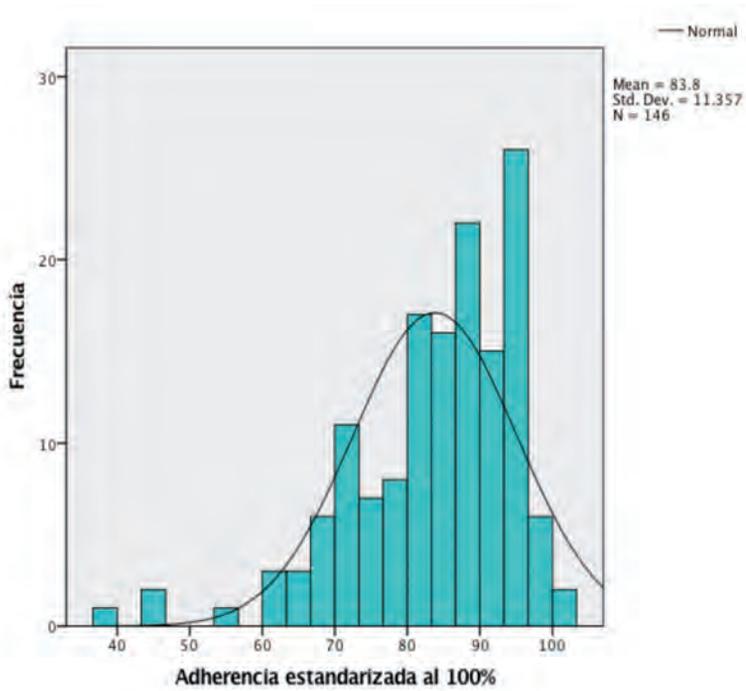


Figura 2.7. Distribución de la puntuación media del cuestionario de adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% para las diferentes provincias participantes

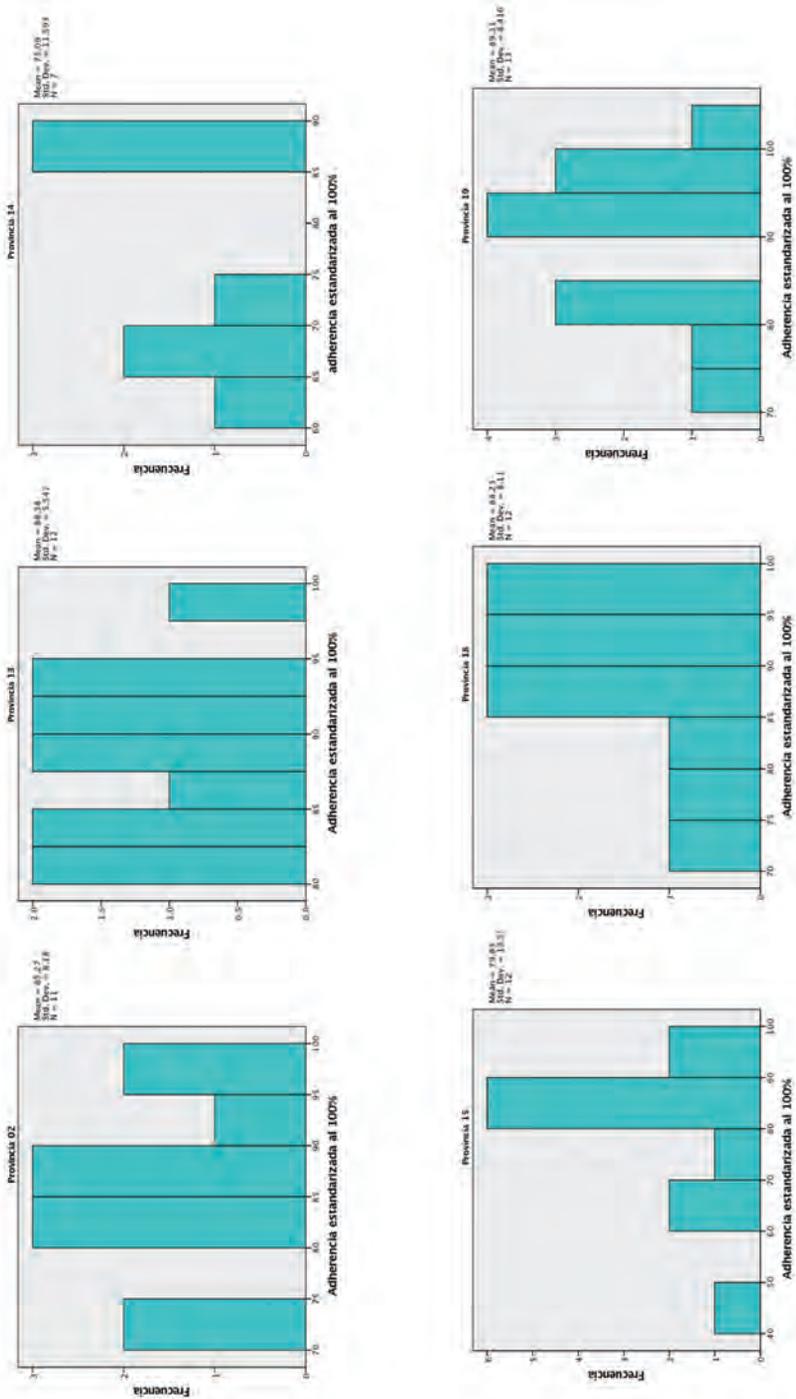


Figura 2.7. Distribución de la puntuación media del cuestionario de adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% para las diferentes provincias participantes (*cont.*)

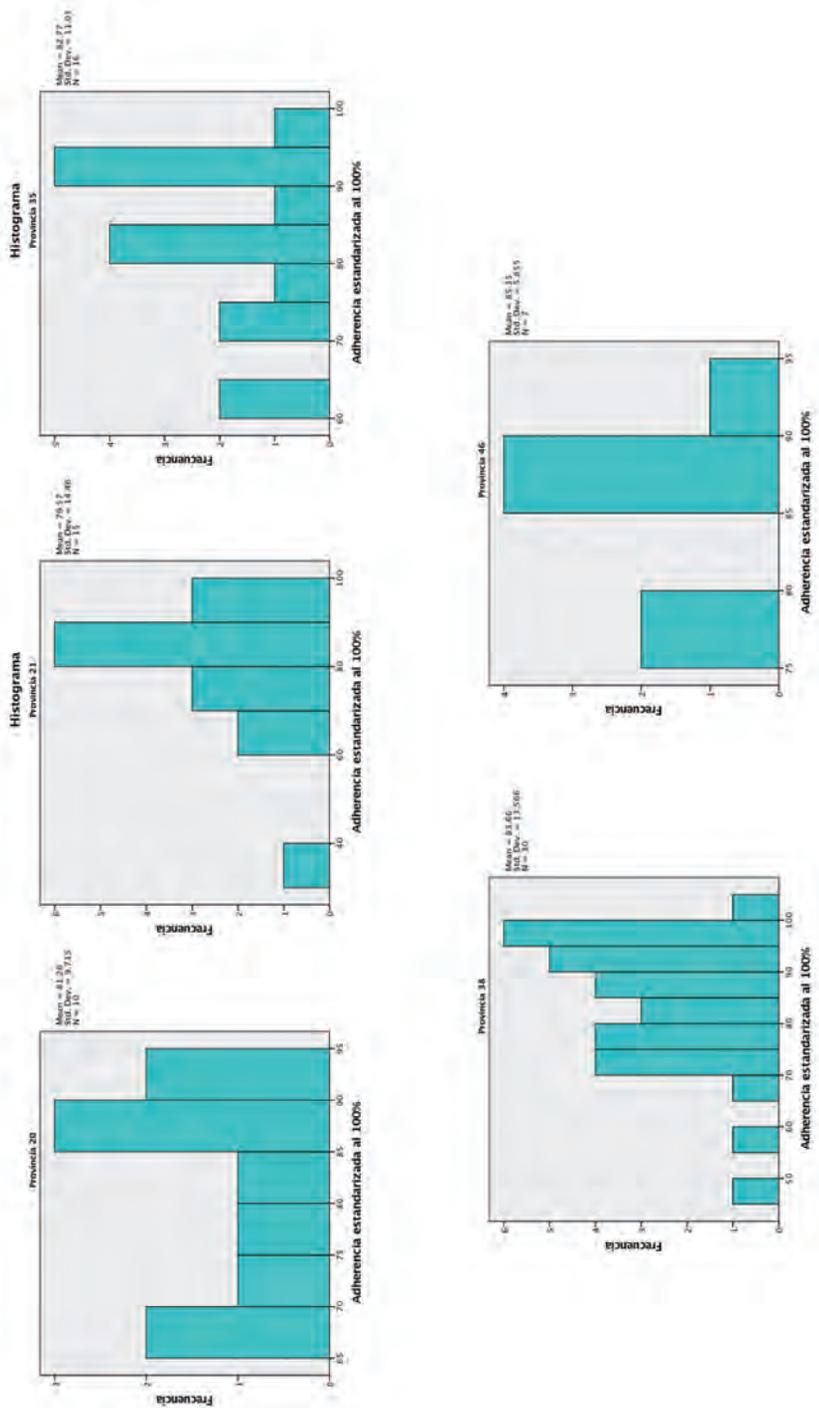
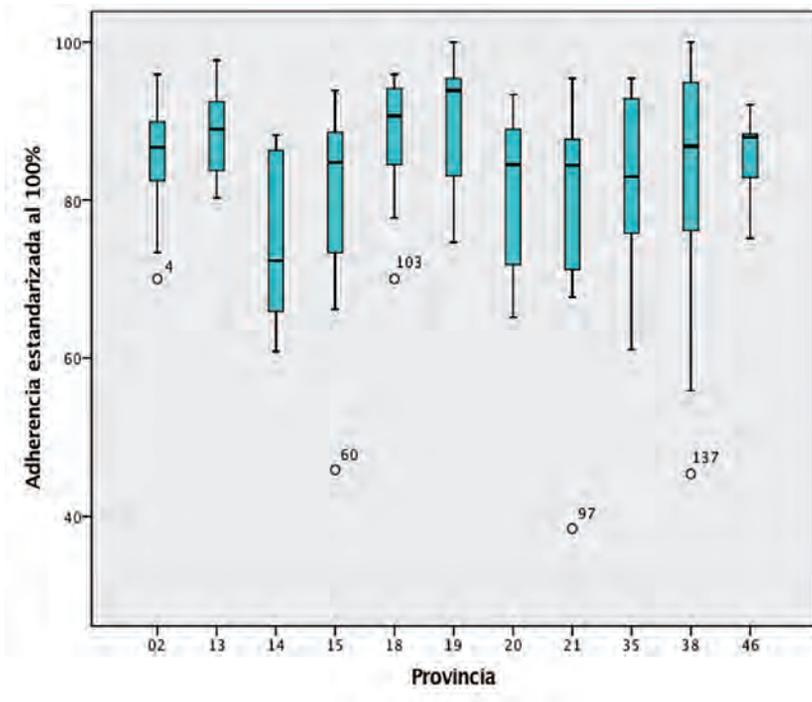


Figura 2.8. Comparación de la puntuación media del cuestionario adherencia al Servicio de SFT estandarizada al 100% para las diferentes provincias participantes



2.5.4. Resultados para el objetivo “Medir la integración del Servicio de SFT tras 15 meses de provisión del mismo”

Se completaron un total de 108 cuestionarios, lo que supuso una tasa de respuesta del 48,6%. A continuación se muestra el número de cuestionarios completados en cada una de las provincias participantes (Tabla 2.7).

Tabla 2.7. Cuestionarios de integración del Servicio de SFT completados en cada provincia participante

Provincia	Válidos		Perdidos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Albacete	9	90	1	10	10	100
Ciudad Real	10	100	0	0	10	100
Córdoba	7	100	0	0	7	100
A Coruña	7	77,8	2	22,2	9	100
Granada	11	100	0	0	11	100
Guadalajara	10	100	0	0	10	100
Gipuzkoa	10	90,9	1	9,1	11	100
Huelva	12	92,3	1	7,7	13	100
Las Palmas	10	100	0	0	10	100
Santa Cruz de Tenerife	11	100	0	0	11	100
Valencia	6	100	0	0	6	100
Total	103		5		108	

La puntuación media obtenida para el número total de ítems fue 3,39 (DE: 0,72) (Figura 2.9). En la Tabla 2.8 se muestra la media de la puntuación obtenida para cada dimensión del cuestionario y para los ítems que lo componían y en la Figura 2.10 la distribución de las puntuaciones. En la Figura 2.9 se muestra la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario de integración del Servicio en las distintas provincias en una escala del 1 al 5, con una interpretación similar a la aportada en la Figura 2.8. En la Figura 2.11 se muestra la comparativa para las cuatro dimensiones evaluadas con el cuestionario de integración.

Figura 2.9. Distribución de la puntuación media obtenida para el cuestionario integración del Servicio de SFT

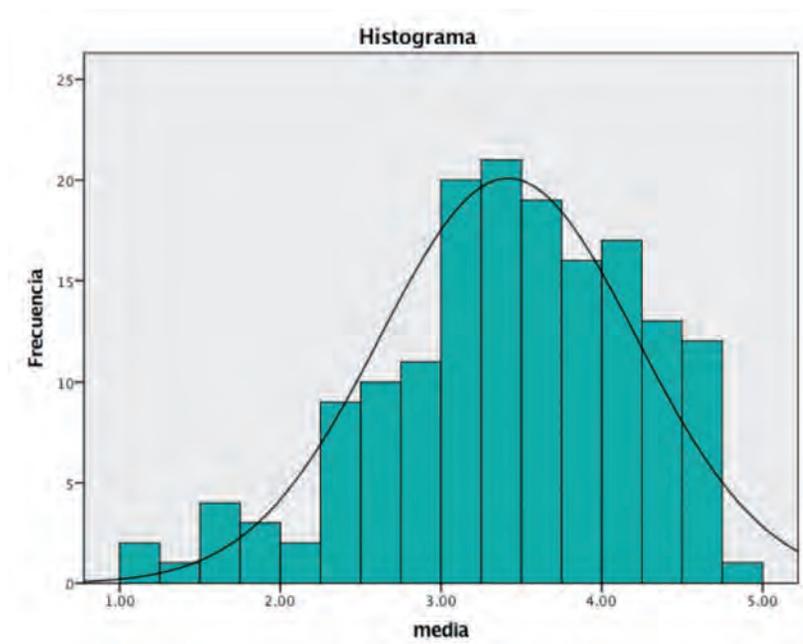


Tabla 2.8. Puntuación media obtenida para cada uno de los ítems del cuestionario integración del Servicio de SFT

Dimensión	Media (DE)	Ítem	Media (DE)	n
Rutinización	3,07 (0,99)	Q01: El nuevo Servicio forma parte de nuestro trabajo habitual.	2,87 (1,18)	108
		Q05: El Servicio ha provocado cambios en la anterior rutina de trabajo de la farmacia de forma permanente.	2,87 (1,21)	108
		Q08: Todos asumimos la provisión del Servicio, como parte de nuestro trabajo habitual.	3,27 (1,34)	108
		Q09: Hemos adaptado nuestros antiguos hábitos de trabajo para prestar el Servicio.	2,95 (1,19)	108
Trabajo en equipo	3,16 (0,11)	Q11: Si no realizo el Servicio, o colaboro en él, de forma apropiada, mis compañeros me lo dirán.	2,89 (1,42)	105
		Q12: El personal de la farmacia involucrado en el Servicio vigila los errores que puedan producirse durante la provisión del mismo.	3,13 (1,26)	103
		Q13: El personal de la farmacia involucrado en el Servicio, plantea posibles problemas que surgen durante el mismo.	3,29 (1,15)	104
Recursos	4,39 (0,63)	Q20: Se dispone de las fuentes bibliográficas apropiadas para realizar el Servicio.	4,18 (0,97)	107
		Q21: La documentación del Servicio está almacenada en un lugar conocido y accesible de la farmacia.	4,36 (0,97)	107
		Q26: Tenemos recursos materiales siempre disponibles.	4,25 (0,95)	108
		Q27: Los recursos materiales están siempre en su lugar.	4,36 (0,87)	108
		Q28: Los recursos materiales están localizables cuando son necesarios.	4,41 (0,87)	108
Evaluación	2,99 (0,11)	Q31: El funcionamiento del Servicio es evaluado periódicamente.	2,87 (1,22)	108
		Q32: Seleccionamos objetivos para mejorar el Servicio.	2,91 (1,19)	108
		Q33: Analizamos si hemos alcanzado los objetivos de mejora planteados.	2,94 (1,19)	108

La integración del Servicio de SFT fue medida en una escala Likert comprendida entre el 1 y el 5

Figura 2.10. Comparación de la puntuación media obtenida en el cuestionario integración del Servicio de SFT entre las distintas provincias participantes

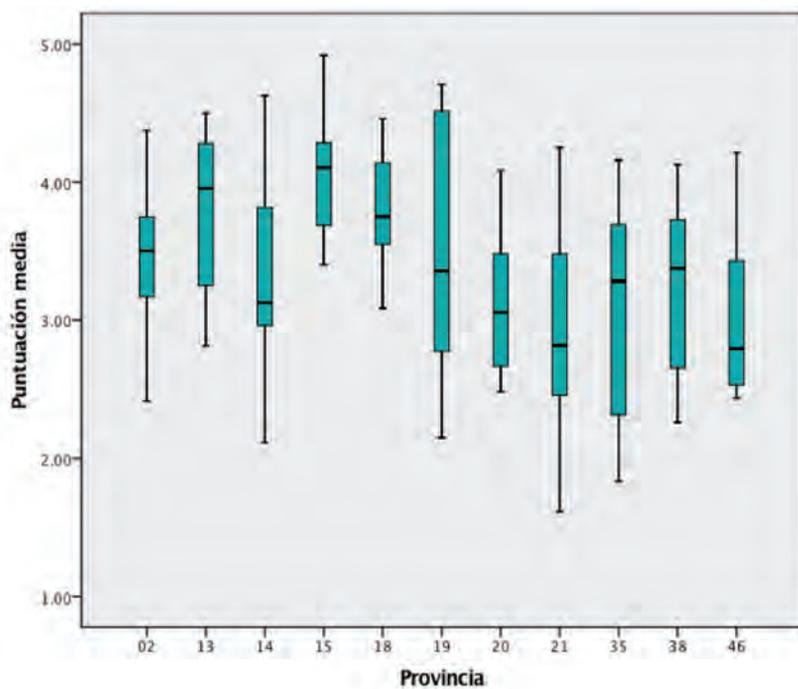
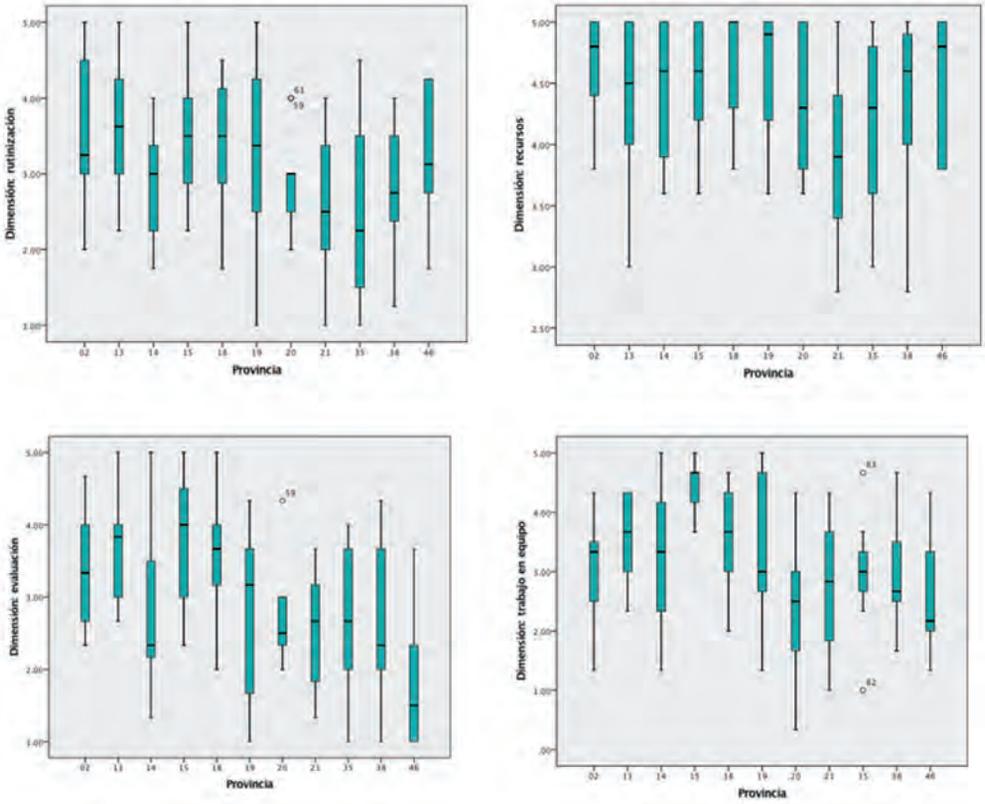


Figura 2.11. Comparación de la puntuación media obtenida en las diferentes dimensiones del cuestionario integración del Servicio de SFT entre las diferentes provincias participantes



2.6. Discusión

2.6.1. Evolución de las farmacias a través de las distintas etapas de implantación y alcance de la provisión del Servicio de SFT

En el presente Informe se muestran, por primera vez, resultados relacionados con la evolución de farmacias a través de las distintas etapas de implantación necesarias para implantar un SPF como es el Servicio de SFT. Dichos resultados vienen respaldados desde el punto teórico por modelos creados dentro del campo de la implantación, aplicados a la práctica de la farmacia comunitaria, y desde el punto empírico, por la realización de un Programa innovador y riguroso para la implantación de un SPF.

La aplicación del modelo aquí expuesto, así como los resultados derivados del mismo, permitirá analizar en un futuro los Programas de implantación para cualquier SPF, desde las siguientes perspectivas.

En primer lugar, es posible analizar la efectividad del Programa de implantación de una forma holística, con el objetivo de identificar áreas de mejora, incluyendo la formación impartida a diferentes niveles, incluyendo Formadores Colegiales, farmacéuticos titulares y farmacéuticos proveedores. En el caso de conSIGUE Implantación, todas las farmacias involucradas al inicio del mismo, se prepararon para una futura implantación del Servicio. Se puede decir por tanto que la formación de los farmacéuticos titulares fue efectiva al 100%, ya que todas las farmacias que exploraron la posibilidad de iniciar el Programa, finalmente decidieron participar. En cuanto a la etapa de preparación (que incluía la preparación de los farmacéuticos proveedores y un análisis inicial de Barreras y Facilitadores en cada farmacia por parte del FoCo), fue poco prolongada en el tiempo, ya que más del 70% de las farmacias participantes la habían completado tras un mes de estudio. Aunque se identificaron farmacias que requirieron más tiempo para prepararse hacia una futura implantación del Servicio, en términos generales el 90% de las farmacias completaron esta etapa tras tres meses de estudio. Se puede decir por tanto que las estrategias empleadas durante dicha etapa parecen ser efectivas. La evolución de las farmacias participantes hasta la etapa de implantación inicial, se realizó de una forma rápida y efectiva. En este sentido, la mayoría de las farmacias participantes habían reclutado al menos un paciente dentro del Servicio tras dos meses de estudio. Esta rapidez puede deberse a la motivación con la que la mayoría de los farmacéuticos proveedores adoptaron el Servicio. La voluntad de diferenciación y profesionalización de la farmacia, ha sido identificada como un facilitador relevante para la implantación de nuevos SPF¹². Si bien es cierto que esta motivación es fundamental para implantar cualquier Servicio complejo como el Servicio de SFT, la motivación como Factor aislado, no asegura una efectiva implantación del mismo al igual que cualquier otro Factor de implantación. La etapa de implantación completa, alcanzada por cada farmacia tras la

captación de 7 pacientes dentro del Servicio, parece ser mucho más prolongada en el tiempo. Esta prolongación en el tiempo puede haber sido motivada por la presencia de diferentes Barreras para la implantación del mismo. Es necesario recordar que la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales es un proceso complejo y multifactorial, condicionado por numerosos Factores de implantación a diferentes niveles, y que condicionan la aparición de Barreras y Facilitadores, tal y como se describirá en profundidad en el capítulo 3 del presente Informe. Cabe destacar que el tiempo necesario para alcanzar esta etapa fue muy variable entre las diferentes provincias participantes. Uno de los Factores clave y de diferenciación entre dichas provincias puede haberse debido a la intensidad del apoyo externo recibido, condicionado fundamentalmente por el FoCo, el COF y la Consejería de Sanidad correspondiente. No obstante, cabe destacar que la asociación entre estos elementos y la tasa de implantación del Servicio de SFT no ha sido evaluada. Lo que resulta evidente es que en ausencia de remuneración, la implantación del Servicio de SFT es un proceso lento, que tarda aproximadamente unos 11 meses en completarse. Si bien es cierto que la falta de remuneración del Servicio ha influido de forma determinante en la consecución de dicha etapa, se desconoce si la implantación de dicho Servicio se vería acelerada en presencia de remuneración externa. Cabe mencionar que aunque la presencia de remuneración por provisión de Servicios ha sido descrito como un Factor esencial en el proceso de implantación¹², al igual que la motivación, no asegura una implantación efectiva como elemento aislado. No obstante, y teniendo en cuenta esta falta de remuneración, aproximadamente el 20% de las farmacias participantes alcanzaron la etapa de sostenibilidad tras 15 meses de provisión del Servicio. Es necesario tener en cuenta que a los 12 meses de estudio se retiró la figura del FoCo, disminuyendo sustancialmente la cantidad de apoyo externo recibido en las farmacias participantes. Resulta por tanto, la necesidad de que los COF que apuesten por la implantación de SPF como parte de su estrategia profesional, cuenten con esta figura innovadora dentro de su plantilla.

En segundo lugar, a través de este análisis es posible evaluar la evolución de las farmacias participantes en el Programa a través de las distintas etapas, con el objetivo de comparar la evolución de farmacias individuales con la evolución de grupos de farmacias a nivel provincial o a nivel nacional. Así, se pueden identificar aquellas farmacias más rezagadas con el objetivo de actuar precozmente y ofrecer un apoyo individualizado de acuerdo a las necesidades de cada farmacia. Esta herramienta puede ser utilizada por el FoCo a nivel local para monitorizar de forma periódica a todas aquellas farmacias bajo su custodia y actuar en consecuencia. Es más, se podrían comparar las Barreras y Facilitadores presentes en farmacias más avanzadas y compararlos con aquellas farmacias más retrasadas.

En cuanto al alcance del Servicio de SFT, éste se proveyó a 862 pacientes durante los 15 meses del estudio. El número de pacientes fue incrementando durante todos los meses de estudio, lo que va en consonancia con el alcance de la etapa de

implantación completa. Solamente entre los meses 0 y 3 se reclutaron un tercio de los pacientes participantes en el estudio. Al cabo del mes seis ya se habían reclutado dos tercios. Esto sugiere que la captación de pacientes resulta más efectiva cuando se realiza justo después de la etapa de preparación. Observando el número total de pacientes, se alcanzó una media de 7,53 pacientes por farmacia. Teniendo en cuenta que el número de pacientes fijado como objetivo mínimo fue de 7, el alcance del Servicio, consiguió el objetivo marcado al inicio del estudio.

2.6.2. Adherencia al Servicio de SFT

Los resultados del presente estudio muestran que los farmacéuticos comunitarios participantes en el Programa conSIGUE y proveedores del Servicio de SFT reportaron tener una adherencia al Servicio elevada, es decir, reportaron estar realizando el Servicio de acuerdo a como fue protocolizado en la totalidad de sus fases. Este dato puede, por un lado, reflejar una gran capacidad individual de los farmacéuticos comunitarios participantes para realizar un Servicio complejo como es el de SFT con la formación inicial recibida durante la etapa de preparación del Programa. Por otro lado, este dato puede reflejar el éxito en la labor continua del FoCo durante la duración del Programa, como profesional externo encargado de asegurar la calidad en la provisión del Servicio.

La evaluación de la adherencia a cualquier servicio sanitario, como son los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, ha sido descrita como un elemento clave durante su proceso de implantación. No sólo la evaluación de la adherencia al Servicio, sino su mantenimiento a niveles aceptables durante su etapa de implantación, resulta un reto importante tanto para los investigadores implicados en este tipo de Servicios como para los proveedores de los mismos, que intentan trasladar aquellas intervenciones que han sido efectivas en el contexto de un ensayo clínico, a la práctica diaria. Así, la medición de este indicador puede ser utilizado en futuros programas de implantación de SPF con los objetivos que se comentan a continuación.

En primer lugar, puede ser utilizada como un indicador de la calidad de la formación impartida a los farmacéuticos proveedores durante la etapa de preparación para la implantación del Servicio. En el caso de conSIGUE Implantación, la herramienta utilizada para evaluar la adherencia al Servicio de SFT midió los diferentes elementos del mismo, desde la captación de pacientes hasta las evaluaciones de los resultados obtenidos en sucesivas visitas del paciente a la farmacia durante toda la duración del Programa. Por lo tanto, mediante el análisis de estos resultados, es posible reforzar aquellas áreas más débiles o difíciles para el farmacéutico durante la realización del Servicio y susceptibles de ser mejoradas. La media de las puntuaciones obtenidas en la herramienta utilizada para su evaluación destaca que los elementos del proceso realizados con menor adherencia fueron: Qo2 (se oferta el Servicio a los pacientes que pueden beneficiarse del Servicio) (6,18), Qo1 (se identifican a los pacientes que pueden beneficiarse del Servicio) (7,21) y Q27 (se programan varias intervenciones

en el tiempo) (7,56). Sorprendentemente, dos de ellos pertenecen a la etapa de oferta del Servicio, y más concretamente, con la identificación de pacientes que pueden beneficiarse del Servicio y la concertación de citas. Por el contrario, los ítems con una media de puntuaciones más alta fueron Q21 (se evalúa la necesidad, efectividad y seguridad de cada uno de los medicamentos de los pacientes) (9,11), Q10 (se registran todos los medicamentos de prescripción médica que utiliza el paciente) (9,13) y Q37 (se obtiene el consentimiento informado del paciente) (9,33). Estos ítems con las puntuaciones más altas están relacionados con el registro de los medicamentos en la primera entrevista y con los aspectos generales del procedimiento del Servicio de SFT y su fase de evaluación. Para las formaciones sucesivas se reforzará la formación tanto de FoCo como de farmacéuticos en estas áreas específicas, sobre todo de la oferta del Servicio (ver capítulo 6). Es posible que la ausencia de una Cartera de Servicios Profesionales implantada y remunerada haya condicionado la oferta del Servicio a determinados pacientes, puede que el farmacéutico no esté acostumbrado a ofrecer este tipo de Servicios o se sienta cohibido por miedo al rechazo del paciente ante un Servicio nuevo y que no conoce.

En segundo lugar, la evaluación de la adherencia al Servicio de SFT puede ser utilizada en procesos de auditoría por parte de organizaciones profesionales, instituciones sanitarias u otros potenciales pagadores, con el objetivo de mantener unos estándares de calidad en la provisión del mismo. Además puede ser utilizada como herramienta para monitorizar la provisión del Servicio durante un proceso de implantación generalizada, feed-back continuo con el equipo investigador y proceso de mejora continua.

Cabe destacar que la herramienta utilizada para medir la adherencia al Servicio de SFT requiere una serie de mejoras que se realizarán en futuras etapas de conSIGUE. Dichas mejoras incluyen una optimización en el proceso de respuesta por parte de los farmacéuticos participantes, y análisis adicionales del cuestionario con el objetivo de determinar la co-linealidad de los ítems que lo componen así como de analizar la validez externa del cuestionario.

2.6.3. Integración del Servicio de SFT en el ámbito de la farmacia comunitaria

En el presente Informe se muestran por primera vez a nivel nacional, los resultados del nivel de integración del Servicio de SFT como un indicador más del proceso de implantación del mismo en la práctica diaria de la farmacia. Los resultados obtenidos muestran que la integración del Servicio durante todo el Programa fue satisfactoria, sobre todo teniendo en cuenta la ausencia de remuneración del mismo. No obstante, se observaron diferencias apreciables entre la puntuación obtenida para cada una de las cuatro dimensiones que componen el concepto de integración del Servicio, que se explican a continuación. Cabe destacar que las dimensiones que obtuvieron una menor puntuación fueron las relacionadas con la evaluación continua del Servicio dentro de cada farmacia participante, con una puntuación media de

2,99 (DE: 0,11) y la de la rutinización del Servicio, con una puntuación media de 3,07 (DE: 0,99). Concretamente, el ítem Q31 (el funcionamiento del Servicio es evaluado periódicamente), fue el que obtuvo la menor puntuación en la dimensión de evaluación y los ítems Q01 (el nuevo Servicio forma parte de nuestro trabajo habitual) y Q05 (el Servicio ha provocado cambios en la anterior rutina de trabajo de la farmacia de forma permanente) con una puntuación de 2,87 cada uno, para la etapa de rutinización. Este resultado puede estar relacionado nuevamente, con la ausencia de una Cartera de SPF que constituya una parte esencial de la actividad diaria de la farmacia comunitaria lo que limita la rutinización del Servicio. A su vez, estos elementos no fueron abordados en la formación de los farmacéuticos proveedores del Servicio, por lo que los farmacéuticos participantes seguramente no contaron con las habilidades y herramientas necesarias para la evaluación del mismo. El proceso de evaluación de cualquier SPF en el ámbito de la farmacia comunitaria permite optimizar el funcionamiento del mismo y es un elemento esencial para su integración, por lo que este elemento se incluirá en futuras ediciones del Programa.

Por otro lado, la disponibilidad de recursos necesarios para la provisión e integración del Servicio fue la dimensión con una mayor puntuación, con una media de 4,39 (DE: 0,63). En este caso, el ítem Q28 (los recursos materiales están localizables cuando son necesarios), con 4,41 (0,87), fue el que obtuvo la mayor puntuación. Dichos resultados muestran la disponibilidad ya existente en la farmacia comunitaria para la integración del Servicio de SFT a gran escala y a un mayor número de pacientes, sin la necesidad de una inversión elevada durante la fase de preparación de la farmacia para la implantación del mismo.

2.7. Conclusiones

El 90% de las farmacias participantes han conseguido implantar el Servicio de SFT con una media de casi 7 pacientes por farmacia. Dicha implantación ha permitido la provisión del Servicio a un elevado número de pacientes, obteniendo así el alcance objetivo del Programa. La provisión del Servicio se ha realizado con una adherencia elevada, de acuerdo a como fue protocolizada. Todos estos indicadores se han obtenido mediante una integración satisfactoria del Servicio en las farmacias participantes a los 15 meses de estudio.

2.8. Referencias bibliográficas

1. Bunting BA, Cranor CW. The Asheville Project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community-based medication therapy management program for asthma. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2006;46(2):133-47.
2. Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE. The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2008;48(1):23-31.

3. Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: short-term outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 2003;43(2):149-59,
4. García-Cárdenas V, Armour C, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Rotta I, Fernández-Llimós F. Pharmacists' interventions on clinical asthma outcomes: a systematic review. *Eur Respir J*, 2015.
5. Westfall JM, Mold J, Fagnan L. Practice-based research—"Blue Highways" on the NIH road-map. *JAMA* 2007;297(4):403-6,
6. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015;10:53.
7. Moullin J, Sabater-Hernández D, Benrimoj SI. Development of a theoretically based implementation protocol. *BMC Health Services Research* 2014, 14(Suppl 2):P83.
8. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it: Implementation research is a growing but not well understood field of health research that can contribute to more effective public health and clinical policies and programmes. This article provides a broad definition of implementation research and outlines key principles for how to do it. *Br J Sports Med* 2014;48(8):731-6.
9. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care* 2012;50(3):217-26.
10. Moullin JC, Sabater-Hernández D, García-Córpas JP, Kenny P, Benrimoj SI. Development and testing of two implementation tools to measure components of professional pharmacy service fidelity. *J Eval Clin Pract* 2015.
11. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011;38(2):65-76.
12. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Hopp TR, Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. *Res Social Adm Pharm* 2005;1(4):546-64.

3. El Formador Colegial (FoCo)

3.1. Introducción

La ciencia de la implantación es definida como el estudio de métodos que promueven el uso sistemático de los hallazgos científicos y prácticas basadas en la evidencia de la práctica diaria y, por consiguiente, mejoran la calidad y efectividad de los servicios en salud¹. Asimismo, se define el término *implantación* como el proceso de poner en práctica o integrar las intervenciones basadas en la evidencia dentro de un contexto específico². En el ámbito de la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, es sabido que este proceso es complejo y multifactorial^{3,4}, habiéndose descrito en la literatura numerosas Barreras que dificultan dicha implantación^{5,6}. Para solventar este problema, aparece el concepto de “facilitación” o “facilitación de la práctica”.

La facilitación es una intervención educativa utilizada como propósito de mejora de la calidad de una determinada práctica. La esencia de la intervención es que dicha práctica, en cualquier ámbito sanitario, proporciona información como parte de una evaluación específica e integral de su liderazgo, cultura y sistemas⁷. Todo proceso de facilitación práctica involucra a un facilitador externo el cual trabaja con el profesional sanitario en las áreas que se quieren mejorar. Esto lo hace estableciendo una relación de confianza y de visitas frecuentes, a través del trabajo con iniciativas específicas y desarrollando una mayor y continua capacidad interna de mejora de la calidad en cualquier tipo de práctica. El facilitador incorpora, en el proceso de facilitación, diversas estrategias que son cuidadosamente diseñadas para satisfacer las necesidades individuales de cada práctica en sí y del personal implicado. Además, los Facilitadores ayudan a los equipos a desarrollar la capacidad necesaria para alcanzar los objetivos y mantener las mejoras conseguidas iniciando nuevas intervenciones de progreso, manteniendo los logros^{7,8}.

3.2. Justificación

Es sabido que la formación tradicional impartida en las aulas no modifica el comportamiento de las personas^{9,10}. De hecho, investigaciones internacionales relacionadas con la implantación de SPF han demostrado que la formación impartida a farmacéuticos de forma aislada, no es una forma efectiva para promover cambios en el ámbito de la farmacia comunitaria^{9,11,12}. Sin embargo, se ha observado que esta formación tradicional, combinada con un proceso de facilitación constante mediante la realización de visitas por una persona facilitadora y asistencia vía telefónica o *e-mail*, favorece la implantación de SPF¹³.

Recientemente, se ha revisado un importante marco teórico utilizado para la implantación de servicios en salud denominado “PARIHS” (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*)¹⁴. Dicho marco sugiere que una implantación de éxito está en función de la fuerza de la evidencia que apoya la intervención, el contexto en el cual la intervención es implantada y la facilitación proporcionada para apoyar la implantación¹⁵. En este sentido, en conSIGUE Implantación surgió la necesidad de involucrar a un facilitador externo que fortaleciese el Modelo FISpH de implantación desarrollado para este Programa, para que de este modo, facilitase el cambio de práctica en la rutina diaria del farmacéutico comunitario actual. Para ello, se desarrolló la figura innovadora del Formador Colegial, facilitador del proceso de implantación del Servicio de SFT en el contexto de la farmacia comunitaria, contratado e integrado dentro de la estructura del COF¹⁶.

Para entender el lenguaje de esta ciencia, existen varios conceptos a tener en cuenta, como son el Clima para la implantación, que incluye; los Factores (que determinan la aparición de Barreras y Facilitadores o determinantes de una práctica), las estrategias (enfoques para hacer frente a las Barreras y/o fomentar los Facilitadores e implantar la innovación) y las evaluaciones de las estrategias realizadas para facilitar la implantación¹⁷. Además es necesario conocer cómo se desarrolla el proceso de implantación (dividido en una serie de fases o etapas) y los dominios (grupos o niveles de influencia). A nivel internacional, un grupo de expertos en implantación, desarrolló el marco teórico *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) que está formado por ideas comunes de las teorías de implantación publicadas previamente y es uno de los marcos teóricos en los que se basó el desarrollo del Modelo FISpH. En él se describe un marco que adopta la contribución significativa de investigaciones relacionadas con la ciencia de la implantación¹⁸. En este marco teórico se explica que antes de la implantación en sí misma, se han de evaluar necesidades, identificando las Barreras y Facilitadores potenciales que influyen en el proceso de implantación, desde la perspectiva del individuo y de la organización involucrada en el proceso¹⁸. Además, durante el proceso de implantación, es importante monitorizar el progreso anticipándose a los elementos influyentes y avanzar hacia el alcance de los objetivos¹⁸.

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Evaluar el Clima de la farmacia para implantación del Servicio de SFT en las farmacias participantes en conSIGUE Implantación.

3.3.2. Objetivos específicos

1. Analizar los Factores de implantación asociados a la aparición de Barreras para la implantación del Servicio de SFT durante 12 meses del Programa en las farmacias participantes.
2. Analizar los Factores de implantación asociados a la aparición de Facilitadores para la implantación del Servicio de SFT durante 12 meses del Programa en las farmacias participantes.
3. Evaluar el número de Barreras y Facilitadores identificados para la implantación del Servicio de SFT durante 12 meses del Programa en las farmacias participantes.
4. Evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas por los Formadores Colegiales para solventar las Barreras identificadas y fomentar los Facilitadores encontrados en las farmacias participantes.

3.4. Método

3.4.1. Diseño

Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, consiguiendo una triangulación con metodología mixta.

3.4.2. Ámbito espacial y temporal

El estudio se llevó a cabo durante 12 meses en farmacias comunitarias pertenecientes a 11 COF, tal y como se muestra en la Tabla 3.1. Los FoCo finalizaron su actividad en el mes 12.

Tabla 3.1. Ámbito espacial y temporal de la evaluación del Clima para la implantación del Servicio de SFT

Fase I		
Mayo 2014-Mayo 2015		
COF Albacete		COF Ciudad Real
COF Valencia		COF Gipuzkoa
Fase II		
Septiembre 2014-October 2015		October 2014-October 2015
COF Granada	COF A Coruña	COF Huelva
COF Guadalajara	COF Córdoba	COF Las Palmas
		COF S.C. Tenerife

3.4.3. Población

La población de estudio estuvo constituida por los 12 FoCo, 135 farmacias y 222 farmacéuticos participantes en el Programa conSIGUE Implantación.

3.4.4. Selección de la muestra

Los Formadores Colegiales fueron seleccionados por su propio COF. Para la selección de los Facilitadores se establecieron unos criterios mínimos y se diseñó una entrevista semiestructurada y una descripción del trabajo a realizar (Anexo 7). No obstante, a partir de los requisitos mínimos establecidos desde el grupo investigador de conSIGUE, cada COF provincial podía incrementar los criterios de selección del FoCo si así lo deseaba.

Criterios de selección del FoCo

- Licenciado/Graduado en Farmacia.
- Experiencia profesional en farmacia comunitaria de su provincia.
- Habilidades en comunicación oral y escrita.
- Conocimientos previos sobre el Servicio de SFT.
- Habilidades de trabajo en equipo.
- Manejo de fuentes bibliográficas.
- Jornada laboral completa (recomendable).
- Dedicación exclusiva para el Programa conSIGUE.

Criterios de inclusión de las farmacias

Se seleccionó una muestra de entre 10 y 14 farmacias en cada provincia participante. Los criterios de inclusión de las farmacias dentro del Programa de implantación del Servicio de SFT en la farmacia comunitaria española fueron:

- Farmacia cuya población usuaria incluyese a pacientes con edad igual o superior a 65 años crónicos polimedcados.
- Farmacia cuyo titular asistiese a la formación específica y posteriormente manifestase su voluntad decidida de implantar el Servicio de SFT.

Criterios de inclusión de los farmacéuticos

Dentro de las farmacias participantes, se seleccionaron farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Farmacéuticos que desarrollasen su actividad en una farmacia implicada en el Programa conSIGUE Implantación durante el periodo de estudio.
- Farmacéuticos que asistiesen a la totalidad de la formación diseñada por el grupo gestor e investigador de conSIGUE.

3.4.5. Variables resultado del proceso de facilitación

Las variables que se midieron en el Programa conSIGUE Implantación como indicadores de resultado del trabajo de los FoCo en las farmacias en las que facilitaron el proceso de implantación fueron: número de farmacias, número de visitas a las farmacias, número de contactos adicionales, tiempo de trabajo efectivo en conSIGUE, tiempo de desplazamientos, Factores de implantación identificados, Barreras y Facilitadores para la implantación del Servicio de SFT y estado de las intervenciones del FoCo. A continuación, se detallan las principales variables medidas en el estudio (Tabla 3.2):

Tabla 3.2. Variables principales del proceso de facilitación

Variable	Definición operacional	Método de medida
Número de farmacias	Número de farmacias que participan y son atendidas por el Formador Colegial en el proceso de facilitación de la implantación del Servicio de SFT.	Dato proporcionado por el Formador Colegial durante los 12 meses de trabajo de campo.
Número de visitas a las farmacias	Suma de todas las visitas que el FoCo realiza cada mes a las farmacias participantes.	Medido por el FoCo mediante anotación semanal de cada una de las visitas realizadas por farmacia.
Número de contactos adicionales	Suma de todas las veces que el FoCo contacta con los farmacéuticos vía telefónica, mensajes de texto, WhatsApp, correo electrónico, encuentros en el COF, asistencia a talleres, etc. (No incluidas las visitas a las farmacias).	Medido por el FoCo mediante anotación semanal de cada uno de los contactos adicionales mantenido con los farmacéuticos.
Tiempo de trabajo efectivo en conSIGUE	Tiempo de trabajo invertido por el FoCo en conSIGUE (organización de talleres para los farmacéuticos, trabajo in situ en las farmacias, reflexión y planificación de intervenciones, reuniones en centros de salud, gerencias médicas, etc.).	Medida por el FoCo mediante anotación semanal de las horas de trabajo dedicadas a conSIGUE.
Tiempo de desplazamientos	Tiempo que el FoCo invierte en desplazamientos cuya finalidad esté relacionada con conSIGUE (desplazamiento a farmacias, centros de salud, gerencias médicas, etc.).	Medida por el FoCo mediante anotación semanal durante sus desplazamientos diarios. (Se incluye cualquier modo de desplazamiento).

Tabla 3.2. Variables principales del proceso de facilitación (cont.)

Variable	Definición operacional	Método de medida
Factores de implantación	Elementos que influyen en la implantación de SPF, los cuales se agrupan en cuatro dominios: Servicio, Personal, Farmacia y Entorno local. La definición de cada uno de los Factores se muestra en el Anexo 8.	Recogido por el FoCo mediante sus visitas a las farmacias, asignando a las Barreras y Facilitadores identificados, los Factores de implantación influyentes en ellos.
Barreras para la implantación del Servicio de SFT	Elementos que dificultan el proceso de implantación del Servicio.	Recogido por el FoCo a partir de sus visitas a las farmacias, mediante un <i>checklist</i> de identificación de Barreras y Facilitadores presentes o no en la farmacia y/o farmacéutico, y mediante el trabajo diario del FoCo con los farmacéuticos.
Facilitadores para la implantación del Servicio de SFT	Elementos que favorecen el proceso de implantación del Servicio.	Recogido por el FoCo a partir de sus visitas a las farmacias, mediante un <i>checklist</i> de identificación de Barreras y Facilitadores presentes o no en la farmacia y/o farmacéutico, y mediante el trabajo diario del FoCo con los farmacéuticos.
Intervenciones del FoCo	Planes de actuación del FoCo sobre las Barreras y Facilitadores identificados, en los que interviene con el objetivo de minimizar o eliminar las Barreras y utilizar los Facilitadores en beneficio del proceso de implantación.	Recogido por el FoCo mediante el “ciclo de intervención”, documento que recoge las Barreras y Facilitadores identificados por el FoCo de forma individualizada por farmacia, la causa, los objetivos, estrategias de intervención, resultado de las intervenciones y estado de las mismas: no iniciada, en proceso, resuelta o no resuelta.

3.4.6. Proceso de facilitación

Formación de los FoCo

Previamente al comienzo del trabajo de campo de los farmacéuticos proveedores, los FoCo recibieron una formación específica la cual se realizó en tres grupos de acuerdo a las fases del estudio, tal y como se muestra en la Tabla 3.3.

Tabla 3.3. Formación de los Formadores Colegiales de los COF provinciales

conSIGUE Implantación (Estudio principal)		
Fase 1. Marzo 2014	Fase 2. Septiembre 2014	
COF Albacete	COF A Coruña	COF Huelva
COF Ciudad Real	COF Córdoba	COF Las Palmas
COF Valencia	COF Granada	COF Santa Cruz de Tenerife
COF Gipuzkoa	COF Guadalajara	

El estudio piloto en el COF de Navarra sirvió para comprobar la viabilidad del proceso diseñado, la mejora de los registros, de las herramientas utilizadas y la mejora de la formación de los FoCo del estudio principal. La formación estuvo relacionada con el Servicio a implantar, los registros de investigación, las herramientas de trabajo como Facilitadores del cambio de práctica, técnicas de comunicación, clínica del paciente mayor polimedcado, búsquedas bibliográficas y Bot PLUS 2.0 entre otros aspectos. Los cuatro FoCo de la primera fase recibieron una formación de 40 horas durante 5 días en el CGCOF en el mes de marzo de 2014, y los ocho FoCo de la segunda fase recibieron dicha formación antes del comienzo del Programa en sus provincias, en septiembre de 2014. Para esta segunda formación, se preguntó a los primeros FoCo, en base a su experiencia en el día a día con los farmacéuticos y tras varios meses en conSIGUE Implantación, cómo mejorarían la formación recibida y, de acuerdo a sus comentarios, se modificó una parte del contenido sin variar el objetivo de la formación. Así, ante la demanda de cómo motivar a los farmacéuticos se incluyó una última sesión de “entrevista motivacional y el arte de la negociación inteligente”, a la que asistieron todos los FoCo. Además, durante el último día de formación hubo una jornada en la que participaron e intervinieron con su experiencia, los cuatro primeros FoCo (Anexo 9). Por otro lado, se les proporcionó un pendrive que contenía sus herramientas de trabajo, una biblioteca de guías de práctica clínica actualizadas, páginas web de diferentes sociedades científicas, fuentes bibliográficas en Atención Farmacéutica, material para las presentaciones de conSIGUE a los médicos, y varios artículos sobre el cambio de dirección estratégica en la farmacia, la percepción sobre su trabajo, el papel del Formador Colegial y técnicas motivacionales para el cambio de práctica¹⁹.

Cuadernos de recogida de datos de los FoCo

Para conocer el trabajo de los FoCo una vez comenzase conSIGUE, así como la evolución de las farmacias, se diseñó un documento de registro en formato Excel en el que los FoCo recogían el estado de cada una de sus farmacias, anotando cada mes el número de pacientes en SFT y pacientes en cada una de las etapas de la metodología del Servicio, farmacias caídas, número de Resultados Negativos asociados a la Medicación registrados y número de intervenciones realizadas. Además, se incluyó un apartado de registros del FoCo donde se recogió semanalmente el número de visitas de éste a las farmacias, el número de contactos adicionales, el tiempo de trabajo efectivo en conSIGUE y el tiempo invertido en desplazamientos. Este documento lo enviaban los FoCo al grupo investigador unos días previos a las reuniones grupales para poder conocer de antemano la situación y evolución y centrar así la reunión posterior.

Sistema de comunicación FoCo-Grupo investigador

Como método de comunicación y apoyo a los FoCo, desde el grupo investigador de conSIGUE se prefijaron reuniones periódicas de forma grupal mediante audioconferencia cada dos semanas al inicio y una vez al mes después. Esto permitió conocer cómo los Formadores Colegiales, las farmacias y los farmacéuticos proveedores iban evolucionando y adquiriendo independencia y habilidades, así como conocer el avance del proceso de facilitación. En estas reuniones los FoCo comentaron los éxitos y plantearon problemas y dudas que iban encontrando, de forma que entre el grupo investigador y el resto de FoCo, se les iban aportando soluciones que pusieron en práctica, así como las felicitaciones y el reconocimiento del trabajo bien hecho.

Por otro lado, desde el grupo investigador se fomentó la independencia de los FoCo para que formasen equipo entre ellos sin depender del grupo investigador de conSIGUE. Para ello se les animó desde el inicio a que organizaran sus propios grupos de WhatsApp y realizaran sus propias videoconferencias. No obstante, el grupo investigador les dio soporte de forma continuada. Como resultado, y dado que el papel de facilitador es un trabajo que no se había utilizado hasta el momento y del que no se tiene experiencia en España, los FoCo se apoyaron mutuamente mediante estos medios, además de mediante llamadas telefónicas particulares, consiguiendo así una motivación extra, una sensación de acompañamiento en el proceso y una resolución de dudas particulares relacionadas con el propio trabajo de facilitador. También, siempre que lo requirieron, el grupo investigador dio apoyo a cada uno de los FoCo vía telefónica, telemática y por correo electrónico durante los 12 meses del estudio. Además, se realizaron reuniones individuales con el objetivo de aportar a cada FoCo una motivación extra de forma personalizada.

Etapas del proceso de facilitación

El proceso de facilitación consistió en un proceso continuo de apoyo individualizado por parte de los FoCo a los farmacéuticos, en función de las necesidades detectadas durante sus visitas mensuales a las farmacias. Este proceso está basado en el ciclo “PDSA” (Plan-Do-Study-Act)²⁰ un método de mejora continua de la calidad para lograr un cambio de práctica duradero a través del sistema de intervenciones. Este método sigue un enfoque de cuatro etapas cíclicas dirigidas hacia la creación de cambios para mejorar la práctica. En la primera etapa “Plan”, se identifica el cambio a desarrollar, en la segunda etapa “Do” se produce la intervención y se prueba el cambio, en la tercera etapa “Study” se examina el éxito del cambio y finalmente en la etapa “Act” se identifican las adaptaciones necesarias y pasos a seguir para un nuevo progreso en el ciclo²⁰. Dentro del proceso de facilitación, tuvo especial relevancia la figura del FoCo como facilitador del proceso, el cual tuvo como objetivo principal proporcionar apoyo y asistencia in situ en la propia farmacia a los farmacéuticos proveedores en el estudio para implantar el Servicio de SFT durante la duración del Programa. Siguiendo este método, se proporcionó a los Formadores Colegiales una herramienta de trabajo en formato Excel (“ciclo de intervención”) para trabajar sobre las Barreras y Facilitadores identificados. Así, desarrollaron el proceso de facilitación, tal y como se muestra en la Figura 3.1.

Figura 3.1. Proceso de facilitación



- 1) **Exploración inicial:** Los FoCo realizaron un análisis inicial de la situación de las farmacias y farmacéuticos, de forma individualizada, identificando las Barreras y Facilitadores que dificultaban o favorecían el proceso de implantación. Esta exploración inicial se realizó tras una semana de la formación impartida a los farmacéuticos proveedores. A partir de la exploración inicial del primer mes de estudio, los FoCo visitaban al menos, una vez al mes a cada farmacia para continuar con la exploración y análisis. Esta identificación la realizaron mediante un *checklist* diseñado a tal efecto, que contenía una serie de indicadores relacionados con todos los Factores de implantación descritos como relevantes por Ferlie *et al.*²¹ a diferentes niveles (Servicio de SFT, Personal, Farmacia y Entorno local).
- 2) **Planificación de la intervención:** Una vez identificadas las Barreras y Facilitadores, los FoCo las relacionaban con los Factores de implantación que influían en la situación identificada. Analizaban su causa teniendo en cuenta las circunstancias propias de la farmacia y del farmacéutico y a continuación, se marcaban y planificaban objetivos e intervenciones que solventasen las Barreras encontradas y/o reforzasen los Facilitadores identificados.
- 3) **Intervención:** Los FoCo llevaban a cabo su intervención con el farmacéutico proveedor o farmacéutico titular, otros empleados de la farmacia u otros agentes sanitarios si la situación lo requería, para resolver las situaciones analizadas previamente. Las posibles vías de intervención fueron bien directamente en la farmacia con el personal implicado, o bien por correo electrónico o teléfono en caso de que no fuese necesaria la presencia *in situ*.
- 4) **Análisis de resultados:** Tras la planificación, los FoCo marcaban la intervención como “no iniciada” si todavía no la habían llevado a cabo. Una vez que intervenían y en caso de que no hubiese todavía un resultado concreto en el momento de analizar el resultado de su intervención, ésta todavía estaba pendiente de resolución y la identificaban como “en proceso”. En el momento adecuado los FoCo comprobaban el desenlace de su intervención: “resuelta o no resuelta”. De este modo, si la situación no quedaba resuelta, de forma cíclica y en la medida de lo posible, los FoCo volvían a analizar la situación, planificaban una nueva intervención e intervenían de nuevo con el objetivo de resolverla.

Al concluir los 12 meses de trabajo de campo, los FoCo utilizaron el análisis de la farmacia realizado por ellos mismos durante todo el año y trabajaron con el farmacéutico titular y con el farmacéutico proveedor (cuando éste no coincidía en la misma persona), los objetivos, las responsabilidades y los puntos clave para la continuidad del Servicio de SFT una vez que el FoCo dejase de ir a la farmacia. Por otra parte, los FoCo formaron a un total de 19 nuevos farmacéuticos proveedores, pertenecientes a farmacias que ya estaban participando en el programa conSIGUE Implantación, y que se incorporaron al mismo una vez éste ya había comenzado. Para ello utilizaron

la misma formación que el grupo investigador impartió al inicio del Programa para el resto de farmacéuticos y además contaron con el apoyo de clínicos locales y farmacéuticos que tenían experiencia previa en la provisión del Servicio de SFT.

3.4.7. Análisis estadístico

Los datos del trabajo de los FoCo fueron recogidos por ellos mismos durante el desarrollo del Programa. Una vez al mes, los FoCo enviaban al grupo investigador de conSIGUE sus registros vía correo electrónico para proporcionar un *feedback* del proceso de facilitación y evolución de las farmacias.

Una vez concluido el trabajo de campo, los datos fueron enviados en soporte de papel y electrónico al grupo investigador para su análisis. La información resultante de las Barreras y Facilitadores descritos por los FoCo tanto en las farmacias como en los propios farmacéuticos generó un volumen de datos tan elevado que no permitía su análisis mediante métodos tradicionales y por tanto se siguieron modelos de Big Data. Dos miembros del grupo investigador validaron todos los registros recibidos mediante la comprobación de los *checklist* utilizados para la identificación de Barreras y Facilitadores y su correspondencia con los datos descritos en el “ciclo de intervención”, la adecuación de los Factores de implantación identificados con la situación descrita por el FoCo y el estado de las intervenciones realizadas por éste. Se obtuvo así, tras la consecución de las diferentes etapas, la frecuencia de los Factores de implantación identificados por los Formadores Colegiales en las farmacias de los COF participantes.

3.4.8. Aspectos éticos

El protocolo de investigación del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (CEI-Granada) con número de registro 13/C-11 en diciembre de 2013 (Anexo 1).

3.5. Resultados

3.5.1. Características de la muestra

Participaron un total de 12 Formadores Colegiales pertenecientes a 11 COF: A Coruña, Albacete, Ciudad Real, Córdoba, Gipuzkoa, Granada, Guadalajara, Huelva, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia. Los 12 Formadores Colegiales apoyaron a un total de 135 farmacias y 222 farmacéuticos proveedores.

3.5.2. Resultados del proceso facilitación

De las 135 farmacias participantes correspondientes a los 11 COF, los FoCo realizaron un total de 1.973 visitas durante los 12 meses que duró el Programa y hubo un total de 6.642 contactos adicionales. Es decir, los FoCo realizaron una media de 15,1 visitas por farmacia y año, y una media de 51,2 contactos adicionales (Tabla 3.4). Esta media se realizó en función del número de farmacias que se encontraban en las fases de preparación y posteriores del proceso de implantación. Es decir las farmacias que volvieron a la etapa de exploración durante el Programa no recibieron más visitas por parte de los FoCo y por tanto, la media para esos meses se calculó sin tener en cuenta esas farmacias. Es preciso resaltar que debido a los distintos tipos de contratos laborales hubo variaciones en los resultados del número de visitas, de los contactos adicionales, del tiempo invertido en desplazamientos y del trabajo efectivo de los FoCo en conSIGUE en función de las provincias como se muestra en las Tablas 3.4 y 3.5.

Tabla 3-4. Visitas de los FoCo a las farmacias y contactos adicionales en 12 meses

Provincia	Número de farmacias	Visitas FoCo	Contactos adicionales	Total (visitas + contactos adicionales)	Media de visitas	Media contactos adicionales
A Coruña	13*	180	1.516	1.696	15,0	126,3
Albacete	12*	175	581	756	15,5	51,5
Ciudad Real	12	184	291	475	15,3	24,3
Córdoba	13*	208	656	864	16,2	51,0
Gipuzkoa	13*	175	209	384	13,9	16,5
Granada	11	158	479	637	14,4	43,5
Guadalajara	10	146	831	977	14,6	83,1
Huelva	14*	203	962	1165	15,2	71,8
Las Palmas	13*	193	523	716	16,9	45,5
S.C. Tenerife	12	197	283	480	16,4	23,6
Valencia	12*	154	311	465	13,2	26,5
TOTAL	135	1.973	6.642	8.615	15,1	51,2

*Farmacias caídas: A Coruña: 4; Albacete: 1; Córdoba: 2; Gipuzkoa: 1; Huelva: 1; Las Palmas: 3; Valencia: 1 (Total: 13)

Tabla 3.5. Tiempo de trabajo efectivo y desplazamientos

Provincia	Trabajo efectivo (h/semana)	Desplazamientos (h/semana)	TOTAL* (h/semana)
A Coruña	38,5	3,0	41,5
Albacete	20,8	3,4	24,2
Ciudad Real	23,5	3,9	27,4
Córdoba	28,8	2,6	31,4
Gipuzkoa	28,4	3,6	32,0
Granada	27,5	2,9	30,4
Guadalajara	24,4	2,3	26,7
Huelva	32,5	3,9	36,4
Las Palmas	21,4	3,8	25,2
S.C. Tenerife	31,3	4,0	35,3
Valencia	28,2	3,3	31,5

*No se incluyó el tiempo invertido en audioconferencias.

Los FoCo tuvieron distintos contratos laborales:

- Jornada completa: A Coruña, Córdoba, Gipuzkoa, Guadalajara, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia.
- Jornada 3/4: Albacete, Ciudad Real y Granada.
- Media jornada: Huelva.

Los datos referentes a los Factores de implantación relacionados con las Barreras y Facilitadores descritos por los FoCo se describen en la Tabla 3.6. Tras el análisis de los datos, el *Tiempo* apareció como el Factor de implantación más frecuente relacionado con Barreras para la implantación del Servicio, con una frecuencia de 764 veces; es decir, entre las 2.686 Barreras que identificaron los FoCo en las 135 farmacias participantes, el tiempo destinado a la provisión del Servicio de SFT, integrado éste dentro de la rutina diaria de la farmacia, apareció relacionado con Barreras para la implantación en 764 ocasiones (11,4%). En segundo y tercer lugar de importancia, los *Registros* y la *Metodología del Servicio* fueron los Factores de la implantación relacionados con Barreras para la implantación del Servicio más frecuentes, con una frecuencia del 10,1% y 8,3% respectivamente. Estos dos Factores de implantación están relacionados con la calidad y coherencia de los registros completados por los farmacéuticos para la investigación y con la adecuación de éstos a la metodología propuesta; es decir, representa la capacidad del farmacéutico para seguir paso a paso la metodología planteada, desde la oferta del Servicio y primera entrevista, pasando por la fase de estudio, evaluación e intervenciones, todo ello de forma continuada en el tiempo y protocolizada.

Tabla 3.6. Factores de implantación más frecuentes

Factores de implantación relacionados con Barreras y Facilitadores			Factores de implantación relacionados con Barreras			Factores de implantación relacionados con Facilitadores					
Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%
Tiempo	Servicio	911	7,3	Tiempo	Servicio	764	11,4	Motivación	Personal	411	7,2
Características personales	Personal	856	6,9	Registros	Servicio	678	10,1	Características personales	Personal	347	6,1
Registros	Servicio	846	6,8	Metodología del Servicio	Servicio	559	8,3	Apoyo externo	Farmacia	276	4,8
Metodología del Servicio	Servicio	683	5,5	Características personales	Personal	509	7,6	Etapas del cambio	Personal	273	4,8
Motivación	Personal	679	5,5	Bibliografía	Servicio	337	5,0	Liderazgo	Farmacia	230	4,0
Reclutamiento	Servicio	515	4,1	Reclutamiento	Servicio	301	4,5	Creencias	Personal	219	3,8
Etapas del cambio	Personal	494	4,0	Motivación	Personal	268	4,0	Identificación	Personal	216	3,8
Bibliografía	Servicio	457	3,7	Complejidad	Servicio	240	3,6	Reclutamiento	Servicio	214	3,7
Apoyo externo	Farmacia	396	3,2	Etapas del cambio	Personal	221	3,3	Equipo	Farmacia	210	3,7
Liderazgo	Farmacia	394	3,2	Red de trabajo con médicos	Entorno local	178	2,6	Conocimiento y experiencia	Personal	204	3,6
SUBTOTAL		6.231	50,0	SUBTOTAL		4.055	60,3	SUBTOTAL		2.600	45,4
OTROS (28)		6.223	50,0	OTROS (28)		2.671	39,7	OTROS (28)		3.128	54,6
TOTAL		12.454	100,0	TOTAL		6.726	100,0	TOTAL		5.728	100,0

Por otro lado, la *Motivación y Características personales* de los farmacéuticos fueron los Factores de implantación más frecuentes relacionados con Facilitadores del proceso de implantación, con una frecuencia del 7,2% y 6,1%. Se definió la *Motivación* como el interés mostrado por los miembros de la farmacia para proveer el Servicio de SFT y trabajar en equipo para facilitar su provisión, lo que significa que la motivación del día a día de los profesionales implicados en la implantación de SPF, influye como Factor más importante a la hora de llevar a cabo dicho proceso. Por otro lado, las *características personales* implicaban las cualidades, atributos o caracteres personales de los farmacéuticos proveedores y titulares, los cuales influyeron, en este caso, como Facilitadores para la provisión del Servicio de SFT.

En la Tabla 3.6 aparece recogida la frecuencia de los diez primeros Factores de implantación sobre un total de 38 (Anexo 10), en la que se puede observar que así como las *Características personales* de los farmacéuticos apareció relacionado como Facilitador en segundo lugar, a su vez, apareció como Factor de implantación relacionado con Barreras en cuarto lugar. Esto podría significar que los atributos o caracteres de los propios farmacéuticos, influirán de un modo positivo o negativo en el proceso de implantación. Por ejemplo, un farmacéutico titular involucrado en su COF en grupos de Atención Farmacéutica, con iniciativas hacia este cambio de paradigma, serán unas *Características* que actúen como Factores Facilitadores para la implantación de SPF en la farmacia comunitaria. Por el contrario, un farmacéutico titular sin formación en SPF y que a su vez interfiere en las tareas de los farmacéuticos proveedores implicados en el Programa, sin permitirles que desarrollen éste de forma autónoma influirá como *Características personales* del farmacéutico que actuarán como Barreras para la implantación del Servicio. Continuando con la frecuencia de los Factores de implantación relacionados con Facilitadores, cabe destacar en tercer lugar el *Apooyo externo* recibido por los farmacéuticos como uno de los Factores más importantes en el proceso de implantación, con una frecuencia del 4,8%. Se definió este tercer Factor como la medida en que la farmacia recibe el apoyo externo que necesita, es decir, qué importancia tiene en el proceso de facilitación para la implantación de SPF el hecho de que la farmacia y los propios farmacéuticos reciban un apoyo externo por parte del FoCo mediante visitas periódicas a la farmacia, el apoyo in situ, la organización de talleres en el COF, formación en la propia farmacia, apoyo en la relación con los médicos del área, motivación, resolución de dudas, etc., todo ello desarrollado mediante unas estrategias de intervención en función del análisis realizado por el FoCo en la farmacia de forma mensual.

A lo largo de los 12 meses se identificaron un total de 2.686 Barreras, de las que se resolvieron 1.956 (72,8%). Además, se identificaron 1.916 Facilitadores de los que 1.191 (62,2%) se utilizaron de forma satisfactoria para favorecer la implantación del Servicio de SFT. La diferencia en cuanto al número de Barreras y Facilitadores identificados varió de unas provincias a otras al igual que lo hicieron el número de farmacéuticos proveedores participantes. Así pues, en los COF donde los FoCo facilitaron el proceso de implantación a un menor número de farmacéuticos proveedores fue en los COF de Albacete, Ciudad Real y Guadalajara, con 13 farmacéuticos por provincia al inicio de conSIGUE, y el FoCo del COF de Santa Cruz de Tenerife, el que facilitó el proceso a un mayor número de farmacéuticos, un total de 31 al inicio del Programa. En la Figura 3.2 y en la Tabla 3.7 se muestra el estado de las Barreras y Facilitadores sobre los que trabajaron los FoCo a lo largo de los 12 meses.

Figura 3.2. Estado de las Barreras y Facilitadores identificados

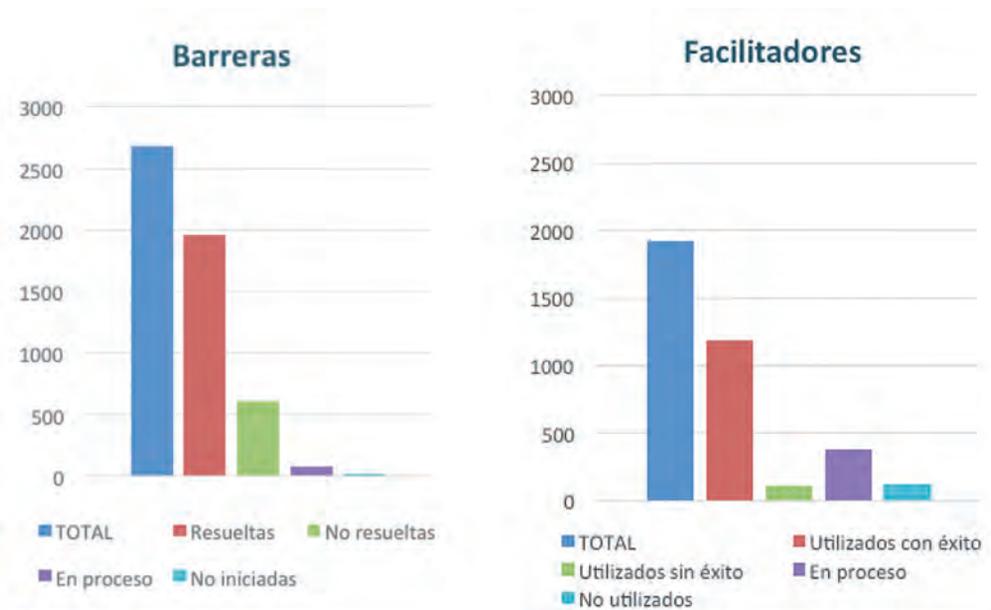


Tabla 3-7. Resultado de Barreras y Facilitadores

Provincia	Total (B+F)							Barreras (B)							Facilitadores (F)						
	Resueltas	% Resueltas	No resueltas	En proceso	No iniciadas	Sin clasificar	Total (B)	Resueltas	% Resueltas	No resueltas	En proceso	No iniciadas	Sin clasificar	Total (B)	Utilizados con éxito	% Utilizados con éxito	Utilizados sin éxito	En proceso	No utilizados	Sin clasificar	Total (F)
A coruña	114	45,1	135	0	0	4	253	114	45,1	135	0	0	4	253	111	78,2	31	0	0	0	142
Albacete	124	81,0	18	8	0	3	153	124	81,0	18	8	0	3	153	319	81,4	14	26	6	27	392
Ciudad Real	134	84,8	14	10	0	0	158	134	84,8	14	10	0	0	158	104	71,7	5	36	0	0	145
Córdoba	165	68,2	52	17	3	5	242	165	68,2	52	17	3	5	242	114	85,1	8	11	1	0	134
Gipuzkoa	212	78,5	47	5	4	2	270	212	78,5	47	5	4	2	270	107	89,9	7	3	2	0	119
Granada	195	73,9	64	5	0	0	264	195	73,9	64	5	0	0	264	106	52,2	13	19	65	0	203
Guadalajara	119	93,0	8	0	1	0	128	119	93,0	8	0	1	0	128	53	98,1	0	1	0	0	54
Huelva	167	69,0	70	0	4	1	242	167	69,0	70	0	4	1	242	167	87,0	23	1	1	0	192
Las Palmas	145	60,9	78	5	6	4	238	145	60,9	78	5	6	4	238	18	20,5	2	18	41	9	88
S.C. Tenerife	516	90,4	32	21	1	1	571	516	90,4	32	21	1	1	571	92	30,2	1	210	0	2	305
Valencia	65	38,9	91	10	0	1	167	65	38,9	91	10	0	1	167	0	0,0	0	51	0	91	142
Total	1.956	72,8	609	81	19	21	2.686	1.191	62,2	104	376	116	129	1.916	1.191	62,2	104	376	116	129	1.916

3.6. Discusión

En el Programa conSIGUE Implantación participaron un total de 12 FoCo, 135 farmacias y 222 farmacéuticos. El número de farmacias incluidas varió en función de la provincia. Así, tanto el número de visitas que los FoCo realizaron a éstas, como el número de Barreras y Facilitadores identificados también fue distinto. Desde el inicio del Programa, se estableció que cada FoCo al menos debía realizar una visita al mes a cada una de sus farmacias, si bien es cierto que si el farmacéutico lo requiera, el FoCo podía realizar tantas visitas a la farmacia como fuesen necesarias y de acuerdo a un horario realista que permitiese seguir atendiendo al resto de farmacéuticos. Finalmente se observó que todos los FoCo realizaron un mínimo de una visita al mes a cada una de sus farmacias. La provincia donde más visitas realizó el FoCo fue en Las Palmas, con una media de 16,9 visitas por farmacia y año, seguida de Santa Cruz de Tenerife (16,4 visitas/farmacia/año), teniendo en cuenta que esta última también fue la provincia en la que participaron un mayor número de farmacéuticos proveedores. Dado que la identificación de Barreras y Facilitadores, así como las intervenciones, se realizaron de forma individualizada para cada farmacéutico proveedor, podría ser que este mayor número de visitas del FoCo estuviese relacionado con este hecho. Los FoCo establecieron un elevado número de contactos adicionales con los farmacéuticos proveedores, es decir, contactos vía correo electrónico, teléfono, en el propio COF, etc. con el objetivo de intervenir de este modo en caso de que hubiese que hacerlo y además, monitorizar el proceso de implantación y proporcionar al farmacéutico la sensación de cercanía y seguridad. Hubo ocasiones en que estos contactos adicionales fueron el resultado de la insistencia de los FoCo ante la gran dificultad que encontraron para llegar a acordar las citas para realizar las visitas correspondientes con algunos farmacéuticos. En esta línea, se recomiendan encuentros frecuentes entre los farmacéuticos y los Facilitadores para conseguir logros importantes, impulsados éstos por los planes de actuación, para así ir avanzando en la implantación de SPF⁷. La selección de participantes, que estén convencidos, dispuestos y preparados para el cambio es un elemento crítico, por lo que su reclutamiento es una etapa importante que precede al resto de esfuerzos de un Programa²². La facilitación práctica requiere un tiempo y unos recursos considerables, por lo que tanto los Facilitadores como los profesionales sanitarios que deseen cambiar su práctica deberían establecer un compromiso común para trabajar juntos en base al entendimiento de qué van a hacer, cómo lo van a hacer y por qué lo van a hacer⁷.

Los FoCo de las diferentes provincias contaron con distintos tipos de contratos laborales. Los FoCo de los COF de A Coruña, Córdoba, Gipuzkoa, Guadalajara, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia tuvieron una jornada de 40 h/semana. En Albacete, Ciudad Real y Granada, jornada de 30 h/semana; y en Huelva, 20 h/semana. En esta última provincia, cabe destacar que el COF contó con dos FoCo contratadas a media jornada cada una. No podemos comparar las visitas a las farmacias de cada FoCo entre las diferentes provincias porque por un lado los contratos laborales fueron distintos, y por otro, el número de farmacias y farmacéuticos varió. Sin embargo, es posible que el hecho de que los FoCo visitasen más unas farmacias que otras, estuviese influenciado por el tipo de contrato laboral de éstos, pues los farmacéuticos, dentro de su rutina habitual tenían muchas tareas que en ocasiones dificultaban que los FoCo pudiesen acudir a la farmacia teniendo una jornada reducida. Por otro lado, el número de visitas a las farmacias también podría estar influenciado por la complejidad del Servicio a implantar. Además de este hecho y en función del número de farmacias y farmacéuticos participantes y de la distancia desde el COF a las farmacias, desde el equipo conSIGUE se recomienda una jornada laboral de 40 h/semana.

En el Programa conSIGUE se recogió el tiempo de trabajo efectivo (horas/semana) desarrollado por los FoCo, es decir, el tiempo que cada FoCo destinaba a trabajar en temas relacionados con conSIGUE, como fue la preparación de formación y talleres para los farmacéuticos proveedores, las visitas a las farmacias, el análisis de las Barreras y Facilitadores identificados o búsqueda de bibliografía. El tiempo de trabajo efectivo también incluía las reuniones entre los farmacéuticos proveedores y los médicos y farmacéuticos de atención primaria de la zona de las farmacias participantes, y sus distritos sanitarios y gerencias médicas para llegar a una colaboración interprofesional junto con el farmacéutico comunitario, en beneficio del proceso de implantación y de la salud de los pacientes incluidos en el estudio. Del mismo modo, el tiempo invertido por los FoCo en desplazamientos, incluyó todos los viajes a las farmacias participantes, centros de salud, etc., fue calculado en horas/semana y recogido por el propio FoCo diariamente.

Dentro del proceso de facilitación, los FoCo realizaron en primer lugar una exploración inicial individualizada, a nivel del propio farmacéutico y de la farmacia, identificando los Factores de implantación que actuaban como Barreras o Facilitadores de la propia implantación en función de si estaban presentes o ausentes⁶. Para ello, se proporcionó a los FoCo un documento con los Dominios y Factores que tienen alguna influencia en la implantación (Anexo 8). Ferlie *et al.*²¹ proponen la presencia de cuatro niveles de cambio: el individuo, el grupo o el equipo, la organización y el sistema en el cual las organizaciones están incluidas. De acuerdo a estos dominios, sugerían que hay que considerar los cuatro niveles del cambio con el fin de maximizar la probabilidad de éxito. En consonancia con estos elementos, también se les proporcionó a los FoCo una descripción de los 38 Factores

influyentes en el proceso (Anexo 4). Los Factores descritos pueden ser utilizados como guía de evaluación en el contexto y progreso de la implantación, y ayudar así a explicar los hallazgos de la investigación^{18,23}. De este modo, los FoCo identificaron los Factores de implantación correspondientes a los cuatro primeros dominios de conSIGUE (Servicio, Personal, Farmacia y Entorno local) (Anexo 8), puesto que los FoCo no podían intervenir sobre el quinto dominio (Sistema), ya que incluye Factores como “remuneración”, “gobierno” o “legislación y políticas”, que escapan a su alcance. En segundo lugar, y una vez identificados los correspondientes Factores que actuaban como Barreras o Facilitadores de la implantación del Servicio de SFT, los FoCo diseñaron y planificaron las intervenciones necesarias para por un lado solventar o resolver las carencias u obstáculos detectados en las farmacias y/o farmacéuticos que impedían la implantación y por otro, utilizar los Facilitadores en beneficio de ésta. Posteriormente, los FoCo llevaron a cabo las estrategias diseñadas y evaluaron el resultado obtenido de cada una de ellas.

Las intervenciones a realizar dentro de la farmacia se planificaron mediante el “ciclo de intervención”, una herramienta cuya base se fundamenta en el ciclo “PD-SA” (Plan-Do-Study-Act)^{20,24,25}, método para lograr un cambio de práctica duradero a través del sistema de intervenciones. Los Formadores Colegiales interactuaron como observadores participantes con los farmacéuticos para identificar áreas de cambio tanto en la propia farmacia como en el farmacéutico, para a continuación, planificar la intervención, determinar y asignar tareas, ejecutar la intervención, estudiar el efecto de la misma y mejorar ésta basándose en el *feedback* de los farmacéuticos y los resultados de esta actuación²⁴.

El *Tiempo*, definido como la cantidad de tiempo que se dedica a la provisión del Servicio de SFT dentro de la rutina diaria de la farmacia, fue el Factor que apareció con más frecuencia en las farmacias y que actuó como la Barrera más común, retrasando que el Servicio de SFT se rutinizase como una tarea más dentro del sistema de trabajo en la farmacia. La *Motivación*, definida como el interés mostrado por los miembros de la farmacia para proveer el Servicio de SFT y trabajar en equipo para facilitar su provisión, fue el Factor más frecuente que apareció como Facilitador. Un mismo Factor de implantación actúa como Barrera o como Facilitador en función de si está presente de forma negativa o positiva respectivamente en el área de estudio. Sin embargo, es improbable que haya una relación causal lineal entre Factores concretos y cambios específicos de la práctica. Es más admisible decir que los Factores interactúan entre sí haciendo que sea difícil predecir con confianza el impacto individual de cada Factor²³. Es decir, una combinación de distintos Factores deriva en una Barrera o Facilitador sobre el que trabajar para llegar a un cambio de práctica efectivo. En próximos estudios sería interesante estudiar cómo la combinación de distintos Factores de implantación propicia la aparición de Barreras o Facilitadores. La frecuencia con la que aparecieron todos los Factores de implantación descritos aparece recogida en el Anexo 10. De los 38 Factores involucrados

relacionados con Barreras, solo los diez primeros ya suponen un 60,3% del total, y un 45,4% en los Factores relacionados con Facilitadores. Es decir, si en futuras investigaciones se tienen en cuenta la influencia de estos diez primeros Factores se podrá actuar sobre ellos desde el inicio del Programa, mejorando la implantación de SPF mediante el diseño de estrategias que actúen directamente sobre estos elementos, como podría ser una formación específica dirigida a la gestión de tiempo y la motivación de un equipo de trabajo. Así, se podrá formar a futuros FoCo en estos aspectos, pudiendo anticiparnos y saber cómo identificar estos elementos y cómo trabajar sobre ellos para minimizarlos en caso de que estén presentes como Barreras o, cómo potenciarlos en caso de que actúen como Facilitadores del proceso de implantación. A su vez, estos Factores podrían ir variando en función de la etapa de implantación en la que se encuentre cada farmacia o farmacéutico. Para futuras investigaciones sería aconsejable tener estos aspectos en cuenta para una facilitación de la implantación de SPF más completa.

Sin embargo, en la literatura internacional todavía no está definido cuál debe ser la mejor estructura para un programa de facilitación²⁶. En una reciente revisión sistemática en el área de la facilitación²⁷ se han identificado diez características que son importantes en este campo: 1) Diseñar estrategias de intervención para satisfacer las necesidades específicas del personal implicado. 2) Trabajar con un número reducido de participantes al mismo tiempo. 3) Ofrecer facilitación de alta intensidad (ej. visitas más frecuentes). 4) Selección cuidadosa de las intervenciones. 5) Centrar la facilitación en el proceso de cambio en lugar de en el contenido clínico. 6) Establecer objetivos específicos con el personal involucrado en la práctica. 7) Mantener reuniones complementarias, en persona o de forma virtual. 8) Seleccionar Facilitadores con antecedentes específicos (ej. medicina, enfermería y farmacia), que sean creíbles para los profesionales involucrados en el proceso a facilitar. 9) Preparar y formar a los Facilitadores en esfuerzos alcanzables. 10) Ofrecer facilitación durante un periodo de tiempo significativo. En este sentido, se puede decir que los FoCo cumplieron con las diez características citadas.

En cuanto al sistema de comunicación que se estableció entre los FoCo y el grupo investigador, fue por audioconferencia, con una media de una reunión grupal al mes, más las reuniones individuales en caso de que lo necesitasen, además de por correo electrónico, llamada telefónica y WhatsApp siempre que fuese necesario. Se consideró que dado que los FoCo estaban repartidos por 11 provincias de la geografía española, este era el mejor método para mantener un contacto continuo entre los Facilitadores y el grupo investigador. Así, se monitorizó y apoyó de forma efectiva el trabajo de los FoCo.

A largo de los doce meses de Programa, hubo momentos en que los FoCo se desmotivaron en ocasiones debido a la influencia de farmacéuticos puntuales que los rehuían, lo que les impedía realizar su trabajo correctamente. Una investigación de 2015 sobre la facilitación práctica sugiere que un acuerdo firmado por am-

bas partes (facilitadores y profesionales sanitarios implicados en el cambio de práctica), donde se recojan las responsabilidades de cada uno y las consecuencias, sería una estrategia prudente que aseguraría que el profesional farmacéutico en este caso, valorase su compromiso⁷. Asimismo, la selección de farmacéuticos que hayan completado otros proyectos con éxito y que tengan razones (incentivos) y un objetivo claro para participar, podría predecir buenas decisiones de reclutamiento⁷. Por otra parte, es importante añadir que aunque todos los FoCo contaron con un horario flexible que les permitiese atender a los farmacéuticos cuando fuese necesario, esta flexibilidad debe ser incluida dentro de la jornada laboral con sus márgenes específicos. Los FoCo contaron con distintos contratos laborales y farmacias repartidas por la geografía de sus provincias, de modo que para futuros proyectos se recomienda seleccionar un contrato laboral adecuado para el Formador Colegial, en el que se tenga en cuenta la complejidad del Servicio a implantar, el número de farmacias y farmacéuticos a los que va a apoyar el FoCo y la orografía, vías de comunicación y distancia desde el COF a cada una de las farmacias, pues el tiempo invertido en el desplazamiento podría resultar un Factor limitante para el proceso de facilitación en la implantación de SPF. Ello es debido a que los FoCo no solo dan asistencia *in situ* a los farmacéuticos, sino que además, desde su lugar de trabajo ubicado en el COF preparan nuevos talleres y formaciones frecuentes, hacen búsquedas de información específicas, diseñan estrategias e intervenciones individualizadas, gestionan reuniones con médicos para favorecer la colaboración interprofesional, etc.

Con la información actual es difícil establecer el tiempo que un FoCo debe dedicar a cada una de las farmacias comunitarias para la facilitación de la implantación de un Servicio, ya que como se ha mostrado, es un proceso que depende de muchos Factores. Entre ellos la preparación previa de la farmacia, la predisposición de los farmacéuticos hacia los SPF, el modo en que se organiza el trabajo dentro de la farmacia, el trabajo en equipo y sobre todo los Factores relacionados con la implantación que puedan actuar como Barreras o Facilitadores. Los estudios dirigidos hacia la intensidad y duración óptimas de una intervención de facilitación práctica no son concluyentes²⁶. Sin embargo, atendiendo al resultado de Barreras y Facilitadores identificados, y teniendo en cuenta que los FoCo resolvieron el 72,8% de las Barreras encontradas, y utilizaron con éxito el 62,2% de los Facilitadores presentes en las farmacias, se podría decir que el trabajo de los FoCo fue muy efectivo. En cualquier ámbito es habitual centrarse en los aspectos negativos para llegar a resolverlos, y es probable que éste sea el motivo por el que hubo una mayor tasa de éxito en el trabajo con las Barreras detectadas, pues los FoCo se concentraron mucho en el trabajo de resolver los conflictos que dificultaban la implantación. Sin embargo, los Facilitadores son tan importantes como las Barreras, pues haciendo uso de ellos y potenciándolos se podría aumentar el éxito de futuros Programas de implantación.

3.7. Conclusiones

El proceso de facilitación desarrollado por los FoCo ha permitido identificar los Factores de implantación más frecuentes relacionados con Barreras y Facilitadores, sobre las que los FoCo han trabajado de forma efectiva consiguiendo minimizar y eliminar dificultades y dotar a los farmacéuticos de las habilidades necesarias para la implantación del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias involucradas.

Los Factores de implantación más frecuentes son el Tiempo, las Características personales y los Registros, siendo el Tiempo el Factor de implantación relacionado con Barreras más frecuente y la Motivación el Factor de implantación relacionado con Facilitadores más frecuente.

El Formador Colegial es una figura imprescindible para el éxito de los procesos de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.

3.8. Referencias bibliográficas

1. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* 2006;1(1).
2. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract.* 2008;14(2):117-23.
3. Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M, Sherbourne CD, Wells KB. Interventions in organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Adm Policy Ment Health.* 2008;35(1-2):21-37.
4. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJ. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm.* 2010;51(2):69-87.
5. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci.* 2009;31(1):32-9.
6. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *Int J Pharm Pract.* 2006;14:163-70.
7. Van Hoof TJ, Grant RE, Campbell C, Colburn L, Davis D, Dorman T, et al. Society for Academic Continuing Medical Education Intervention Guideline Series: Guideline 2, Practice Facilitation. *J Contin Educ Health Prof.* 2015;35 Suppl 2:S55-9.
8. Taylor EF, Genevro J, Peikes D, Geonnotti K, Wang W, Meyers D. Building Quality Improvement Capacity in Primary Care: Supports and Resources. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
9. Dualde E, Faus MJ, Santonja FJ, Fernández-Llimós F. Effectiveness of a videoconference training course on implementing pharmacy services. *Pharm World Sci.* 2009;31(6):638-42.

10. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core Implementation Components. *Res Soc Work Pract.* 2009;19(5):531-40.
11. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. *Res Social Adm Pharm.* 2010;6(3):163-73.
12. Roberts AS, Benrimoj SI, Dunphy DC, Palmer IC. *Community pharmacy: strategic change management*: McGraw-Hill; 2007.
13. Parchman ML, Noel PH, Culler SD, Lanham HJ, Leykum LK, Romero RL, et al. A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in primary care: initial and sustained effects. *Implement Sci.* 2013;8:93.
14. Harvey G, Kitson A. *Implementing Evidence-Based Practice in Healthcare: A Facilitation Guide*. 1st ed: Routledge; 2015.
15. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol.* 2015;3:32.
16. Pérez-Escamilla B, García-Cárdenas V, Gastelurrutia MA, Varas R, Sáez-Benito L, Martínez-Martínez F, et al. Percepción de los Formadores Colegiales sobre el futuro profesional de esta nueva figura laboral en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2014;16(2):81-8.
17. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst.* 2015;13:16.
18. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.
19. Bimbela JL. Counselling: a technology for the wellbeing of the professional. *Anales Sis San Navarra.* 2001;24(Supl. 2):33-42.
20. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2013;23(4):290-8.
21. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q.* 2001;79(2):281-315.
22. Margolis PA, Lannon CM, Stuart JM, Fried BJ, Keyes-Elstein L, Moore DE, Jr. Practice based education to improve delivery systems for prevention in primary care: randomised trial. *BMJ.* 2004;328(7436):388.
23. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of Factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013;8:35.
24. Nagykaldi Z, Mold JW, Aspy CB. Practice facilitators: a review of the literature. *Fam Med.* 2005;37(8):581-8.

25. Knox L, Brach C. The Practice Facilitation Handbook: Training Modules for New Facilitators and Their Trainers. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2013. AHRQ Publication No. 13-0046-EF.79.
26. Liddy C, Laferriere D, Baskerville B, Dahrouge S, Knox L, Hogg W. An overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions. Healthc Policy. 2013;8(3):58-67.
27. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. Ann Fam Med. 2012;10(1):63-74.

4. Práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico

4.1. Introducción

En los últimos años, los esfuerzos para mejorar la atención sanitaria de los pacientes se ha centrado en el acercamiento de los profesionales sanitarios de diferentes disciplinas para utilizar su experiencia¹. Este objetivo, ampliamente perseguido por diferentes profesionales del ámbito sanitario, requiere la existencia de una relación profesional colaborativa entre los agentes implicados dando lugar al concepto de colaboración interprofesional. Partiendo de esta premisa, la colaboración requiere de dos o más profesionales trabajando juntos de forma paralela dando lugar al concepto de “interdependencia” o dependencia mutua, que puede ser definido como dos profesionales que requieren depender el uno del otro más que actuar independientemente, para alcanzar resultados positivos en el desarrollo de su actividad profesional².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó en el año 2010 que las prácticas colaborativas en atención sanitaria son especialmente importantes cuando se necesita la contribución de más de un profesional sanitario como en el caso de individuos muy enfermos y enfermos crónicos. Posteriormente, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) en consenso con la OMS en 2012 desarrolló un documento sobre buenas prácticas en farmacia y estándares de calidad de los SPF. Este documento se originó como consecuencia de la evolución de la farmacia comunitaria en todo el mundo y de la necesidad de mejorar la calidad de los SPF y la colaboración entre profesionales de diferentes ramas. Su objetivo común era ofrecer al paciente servicios sanitarios de la más alta calidad. Por otra parte, la Organización Farmacéutica Colegial lleva años trabajando, junto con otros agentes implicados como la Universidad y las Sociedades Científicas, para alcanzar un reto común: la generalización sostenible de SPF a través de una Cartera de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la farmacia comunitaria española. El objetivo de cada uno de los SPF que se ofrecen debe ser relevante para el paciente y debe estar claramente definido y comunicarse eficazmente a todas las partes involucradas.

Una característica especial dentro del concepto de colaboración es la continuidad en la colaboración entre los profesionales sanitarios que aborda tres áreas; la información, la dirección y la relación entre los profesionales sanitarios³. En este sentido, conseguir la continuidad en la relación profesional requiere de una habilidad constante para que el personal que proporciona los Servicios a los pacientes, lo haga con sentido, coherencia y predictibilidad.

Los resultados derivados del Programa conSIGUE Impacto, indican que el farmacéutico comunitario, aunque no esté físicamente presente en el centro de salud, puede integrarse funcionalmente de forma efectiva en el equipo multidisciplinar de Atención Primaria. Con el objetivo de continuar avanzando en la implantación sostenible de SPF en las farmacias comunitarias de España, el Programa conSIGUE contempla la práctica colaborativa interprofesional entre el farmacéutico comunitario y el médico, como elemento clave para la sostenibilidad, mantenimiento y eficacia de dichos Servicios.

El farmacéutico es el eje de unión ente el paciente y el médico. Por tanto la relación profesional colaborativa entre ambos profesionales de la salud debe de ser respaldada y evaluada por organizaciones. Es sin duda, un objetivo ambicioso, pero la evolución de la farmacia comunitaria en los últimos años hace que sea necesaria la evaluación de la relación entre profesionales que dirigen sus esfuerzos a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Existe un modelo de Relación Profesional Colaborativa, en inglés *Collaborative Working Relationships (CWR)* que ha sido testado por diferentes autores y describe la relación profesional colaborativa para farmacéutico comunitario y médico. Postula que la colaboración entre farmacéutico y médico puede progresar a través de las cinco etapas de incremento de la colaboración caracterizados por el aumento de confianza, la toma de decisiones compartidas y la interdependencia entre ambos profesionales^{4,5}. A continuación se describen las características de cada una de las etapas que componen dicho modelo (Figura 4.1).

Etapas 0 - Conciencia profesional: en esta etapa de pre-relación el farmacéutico y médico tienden a tener una visión estereotipada el uno del otro. Está caracterizada por la existencia de interacciones breves de naturaleza discreta. Por ejemplo, los farmacéuticos quizás llaman al médico para consultar sobre algún tema relacionado con la dosis: cambio de dosis, aclarar la dosis. Tradicionalmente, los farmacéuticos no han pensado aún en construir una relación profesional. De la misma manera, el médico le da poco valor a los SPF y no siente necesidad de colaborar. Randal P et al. proporcionan ejemplos sobre interacciones de naturaleza discreta⁶. Ejemplo: en esta etapa los farmacéuticos llaman por teléfono al médico para hacer alguna petición o solicitar que rellene algún dato, alertan al médico de la posibilidad de aparición de algún efecto adverso o discuten algún problema relacionado

con los medicamentos detectado durante el proceso de dispensación. Tales interacciones tienden a ser de corta duración, sin que exista la intención de desarrollar una relación o identificar nuevas estrategias para mejorar el proceso de atención sanitaria al paciente.

Etapa 1 - Reconocimiento profesional: En esta etapa, los esfuerzos para establecer una relación son mayoritariamente unilaterales por parte de los farmacéuticos que comienzan a hacer que el médico sea consciente de los SPF que pueden proporcionar. Normalmente, los farmacéuticos toman la iniciativa tras darse cuenta de sus habilidades y de que necesitan colaborar con el médico. Los esfuerzos se realizan por parte del farmacéutico de forma unilateral. En esta etapa, los farmacéuticos ven como necesaria la relación para el éxito de su nuevo Servicio clínico. Sin embargo, los médicos no ven el valor del Servicio ni la necesidad del establecer una relación profesional directa con el farmacéutico.

Etapa 2 - Exploración y prueba: Durante esta etapa, los médicos comienzan a ser conscientes de las habilidades del farmacéutico y a evaluar las habilidades del mismo en un número limitado de pacientes durante un período de prueba. Es fundamental una primera impresión sobre la calidad de la atención proporcionada por los farmacéuticos a los pacientes.

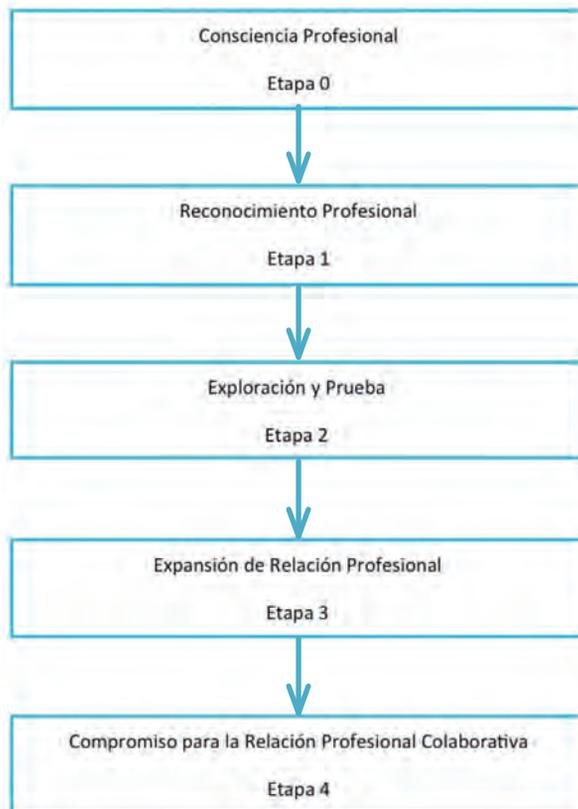
Etapa 3 - Expansión de la relación profesional: Si las etapas anteriores han sido satisfactorias, los farmacéuticos pueden buscar oportunidades de expansión en el ámbito de la colaboración. La comunicación comienza a ser bilateral, los médicos comienzan a tener mayor disposición para interactuar o sugerir modos de ampliar la colaboración. Sin embargo en esta etapa, así como la relación crece también se pueden potenciar los conflictos. En cambio, negociar una solución que sea satisfactoria para ambas partes puede reforzar la relación.

Etapa 4 - Compromiso para la Relación Profesional Colaborativa: Como la relación comienza a establecerse más firmemente, los médicos comienzan a depender del conocimiento y de las habilidades que los farmacéuticos proporcionan a la relación profesional colaborativa. De la misma manera, los farmacéuticos reciben más información clínica que los médicos les proporcionan para ayudarles en la gestión del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes. Durante esta etapa los farmacéuticos deben cuidar la relación, no dar la relación por garantizada, deben esforzarse para mejorar la calidad y el alcance de la comunicación y de sus SPF. Aspectos como documentar bien la atención sanitaria de los pacientes, analizar de forma periódica los resultados clínicos, tener mejora continua de la calidad y desarrollar canales explícitos de comunicación son vitales para el éxito en el desarrollo de la colaboración. Esto conduce a un beneficio mutuo y equitativo por ambas partes.

Una vez que la relación ha alcanzado la etapa final en el modelo, los farmacéuticos y médicos quizás decidan formalizar su relación profesional abordando acuerdos de colaboración práctica. Los autores del marco teórico utilizado para este estudio, sugieren a los farmacéuticos que los Acuerdos de Colaboración Práctica deben considerarse como un hecho relativamente tardío dentro del proceso colaborativo y animan a los farmacéuticos a concentrarse inicialmente en el desarrollo de una relación profesional fuerte con el médico⁵.

Los Acuerdos de Colaboración Práctica firmados entre ambos profesionales serán un pilar para el mantenimiento y sostenibilidad a lo largo del tiempo de los SPF, en el ámbito de la Atención Primaria en España.

Figura 4.1. Modelo para la relación profesional colaborativa farmacéutico-médico



4.2. Justificación

A lo largo de los últimos años la profesión farmacéutica apoyada por la Organización Farmacéutica Colegial, las Sociedades Científicas, la Universidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha comenzado a integrar los SPF en la actividad de la farmacia comunitaria en España.

Para implantar dichos SPF implicando al farmacéutico comunitario de una forma activa en el ámbito de la atención primaria, surge la necesidad de evaluar la relación profesional colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico. Hasta el momento sólo existen modelos teóricos que tratan de explicar las diferentes etapas por las que transcurre esta relación profesional. Sin embargo, es importante tener modelos probados en la práctica que permitan poder influir sobre el proceso de acercamiento y de colaboración entre ambos profesionales. Es decir, es necesario desarrollar herramientas que permitan medir el progreso de dicha relación.

Eso permitirá analizar la etapa del proceso de colaboración interprofesional en que se encuentra el farmacéutico y diseñar estrategias que ayuden al farmacéutico a progresar en dicho proceso.

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo principal

Evaluar la práctica colaborativa entre farmacéuticos y médicos desde la perspectiva del farmacéutico comunitario.

4.3.2. Objetivos secundarios

1. Diseñar y validar un cuestionario que permita medir la relación profesional colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario.
2. Comparar la práctica colaborativa de un grupo de farmacéuticos participantes en el Programa conSIGUE para la implantación del Servicio de SFT con un grupo de farmacéuticos no participantes en dicho programa.

4.4. Método

4.4.1. Diseño del instrumento de medida de práctica colaborativa

Para el diseño del cuestionario se realizó una revisión de la literatura sobre modelos de colaboración farmacéutico-médico. Posteriormente se seleccionaron los artículos de investigaciones previas en los que aparecían cuestionarios que evaluaban aspectos relacionados con la colaboración entre farmacéutico y médico. Se realizó un análisis del contenido de los cuestionarios a nivel descriptivo y se concentró en el contenido “*manifiesto*” siguiendo las etapas de la Figura 4.2 para su desarrollo. Este análisis sirvió para ordenar, clarificar, sintetizar y comparar la información de los diferentes cuestionarios obtenidos en la revisión bibliográfica con el fin de obtener una visión lo más completa posible del tema de estudio y su relación con el marco teórico.

Figura 4.2. Fases del análisis del contenido de los cuestionarios



Basándonos en el modelo CWR⁶ entre farmacéutico comunitario y médico como marco teórico de la investigación y en el análisis del contenido de los cuestionarios de estudios previos se propuso un “pool” de 40 ítems (Anexos 11 y 12) iniciales que caracterizaban interacciones entre farmacéutico comunitario y médico a través de cada una de las etapas del modelo CWR. Para cada ítem, se preguntaba a los farmacéuticos que consideraran un médico con el que tuvieran la mayor parte de las interacciones profesionales y estimaran el nivel de frecuencia con el que se producían las interacciones expuestas en cada ítem. El nivel de frecuencia se evaluaba en una escala Likert de 7 puntos donde el 1 significa nunca, el 2 muy raramente, el 3 raramente, el 4 ocasionalmente, el 5 frecuentemente, el 6 muy frecuentemente y el 7 siempre. En los Anexos 11 y 12 se muestra el cuestionario final utilizado.

4.4.2. Muestra de estudio para la validación del cuestionario y comparación del nivel de practica colaborativa entre farmacéutico comunitario

La muestra de estudio estuvo constituida por farmacéuticos comunitarios proveedores del Servicio de SFT participantes en el Programa conSIGUE y farmacéuticos comunitarios que realizaban atención habitual en farmacias no participantes en el Programa conSIGUE.

4.4.3. Administración del cuestionario

El cuestionario fue enviado con la colaboración del CGCOF a los COF de las diferentes provincias colaboradoras en el Programa conSIGUE Implantación. Previamente, el CGCOF envió una carta a los COF de dichas provincias solicitando su autorización para enviar el cuestionario de forma aleatorizada a farmacéuticos no participantes en el Programa conSIGUE Implantación.

El cuestionario fue enviado en sobre cerrado para ambos grupos de farmacéuticos comunitarios de las provincias de A Coruña, Córdoba, Granada, Guadalajara, Huelva, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife. El sobre contenía, el cuestionario para ambos grupos y una carta de instrucciones para la correcta cumplimentación del mismo y posterior devolución en sobre cerrado a la Unidad de Postgrado de la Facultad de Farmacia de Granada dirigido al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

4.4.4. Análisis para la validación del cuestionario

La validación del cuestionario fue un proceso complejo que implicó realizar una evaluación empírica utilizando diferentes técnicas estadísticas. Dado que no existe un criterio concreto ni único a partir del cual pueda considerarse que un cuestionario es válido, en general es necesario realizar más de un estudio con esta finalidad⁷.

En nuestro caso, la validación del cuestionario abordó el estudio de la validez del contenido y la fiabilidad del mismo. El estudio de la validez de contenido se basó en

el análisis del concepto que se pretendía medir y, en especial, en la definición de las áreas o dimensiones que abarca el concepto de la práctica colaborativa entre ambos profesionales sanitarios. Con este objetivo se evaluó de forma empírica la validez de contenido aplicando el análisis factorial, explorando por el método de extracción de los componentes principales de las respuestas a los ítems del cuestionario, intentando agruparlos en función de factores subyacentes. Para mejorar el significado y la interpretación de los factores obtenidos originariamente, se realizó una rotación ortogonal de los factores teniendo en cuenta que los factores eran independientes. Como medida de refinamiento se realizó análisis factorial confirmatorio. Como medida individual de adecuación de la muestra se utilizó el test de Kaiser-Meyer-Oklím (KMO), considerando un valor comprendido entre 0,80 y 0,90 como un indicador de una buena correlación de cada variable concreta con el resto de variables de la matriz o base de datos.

Para abordar el estudio de la fiabilidad del cuestionario, el objetivo fue evaluar la homogeneidad entre el pool inicial de 40 ítems que pretendían caracterizar la relación profesional colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario basándose en el modelo teórico CWR. Se evaluó la fiabilidad del cuestionario en términos de consistencia interna de los ítems. La técnica estadística utilizada para el análisis de la consistencia interna de los ítems fue el alfa de Cronbach.

Para el análisis estadístico de la validación del cuestionario de práctica colaborativa se utilizó el programa SPSS para Mac versión 23 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA).

4.5. Resultados

Se invitó a completar el cuestionario a un total de 336 farmacéuticos. Se cumplieron y retornaron 285 con una tasa de respuesta del 84,82%. La muestra estaba compuesta por dos grupos independientes; 108 (37,9%) eran farmacéuticos comunitarios participantes en el Programa conSIGUE Implantación y 177 (62,1%) eran farmacéuticos comunitarios que no participaban en el Programa conSIGUE Implantación. La edad media de los farmacéuticos era de 46,45 años (DE: 19,48). El 29,5% eran hombres y el 70,5% eran mujeres. Un 58,5% eran titulares, el 38,3% eran adjuntos y un 2,1% eran sustitutos. El resto desempeñaban otras funciones en la farmacia. El número medio de años que llevaban ejerciendo la profesión en farmacia comunitaria era de 16,48 años (DE: 10,91) y el período de tiempo que llevaban trabajando en la farmacia en la que actualmente ejercían era de 15,59 años (DE: 19,48). Los farmacéuticos encuestados ejercían en un total de 278 farmacias comunitarias, de las cuales un 58,6% estaban situadas en área urbana y el 41,6% en área rural. El 48,1% de las farmacias tenían un horario de apertura de 8 horas, el 30% de 12 horas, el 3,5% de 24 horas y el resto tenía otro tipo de horario que no se especificó en los cuestionarios.

En cuanto a los médicos que mantenían una relación profesional colaborativa con los farmacéuticos encuestados, la mayoría ejercía su práctica profesional en el Siste-

ma Sanitario público (79,6%), mientras que el 20,0% lo hacía en entidades privadas y una minoría del 1,4% ejercía la profesión en ambos Sistemas público y privado.

4.5.1. Resultados de la validación del cuestionario

Mediante el análisis factorial exploratorio se identificaron cuatro patrones de interacciones que explicaban el 68,80% de la variabilidad total observada en los 40 ítems originales. A través del análisis factorial exploratorio se identificaron un total de 15 ítems que construyeron el modelo. El alfa de Cronbach para el total de 15 ítems fue de 0,77. El Factor 1, que agrupaba los ítems de las etapas 2 y 3 incluía los ítems; 20, 28, 35, 18, y 38. El Factor 2 que agrupaba los ítems de la etapa 1, incluía los ítems 10, 11, 13 y 15. El Factor 3 que agrupaba los ítems que caracterizan la etapa 0, incluía los ítems 3, 1 y 4. El factor 4, que agrupaba los ítems de la etapa 4, incluía los ítems 14, 17 y 6. En la Tabla 4.1 se muestra la matriz de correlación para el análisis factorial exploratorio. El test KMO fue de 0,813, lo que indicó una buena correlación de cada variable concreta con el resto de la matriz.

Tabla 4.1. Matriz de correlación para el análisis factorial exploratorio

	Componente			
	Etapas 2-3	Etapas 1	Etapas 0	Etapas 4
Ítem número 20	0,915			
Ítem número 28	0,790			
Ítem número 35	0,764			
Ítem número 18	0,737			
Ítem número 38	0,636			
Ítem número 11		0,914		
Ítem número 10		0,890		
Ítem número 15		0,786		
Ítem número 13		0,760		
Ítem número 3			0,904	
Ítem número 1			0,824	
Ítem número 4			0,681	
Ítem número 14				0,867
Ítem número 17				0,829
Ítem número 6				0,743

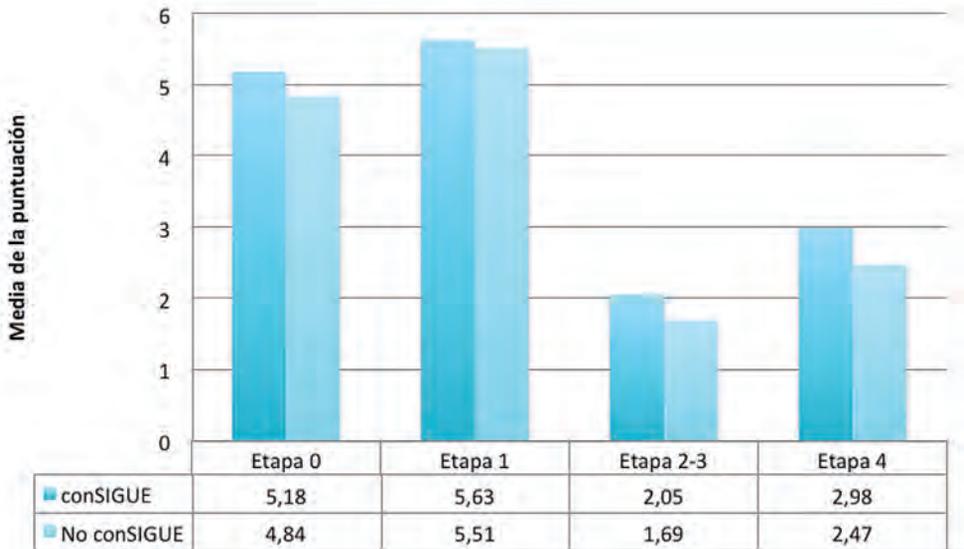
Método de extracción: análisis de los componentes principales. Método de rotación: Oblimin con normalización de Kaiser. (Anexos 11 y 12)

4.5.2. Resultado del estudio comparativo sobre la relación profesional colaborativa de los farmacéuticos comunitarios participantes en el Programa conSIGUE y los farmacéuticos no participantes en el Programa conSIGUE

Como consecuencia del análisis exploratorio se construyó un cuestionario en el que se agruparon las etapas dos y tres del modelo CWR en una sola etapa resultando un nuevo modelo de cuatro etapas que se denominó Modelo de Práctica Colaborativa conSIGUE para farmacéuticos comunitarios y médicos (MPC - conSIGUE FarMed).

Además durante el proceso de validación se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (conSIGUE y no conSIGUE) en las etapas 2-3 ($p=0,007$) y 4 ($p=0,005$) del modelo (MPC - conSIGUE FarMed) mientras que en la etapa 0 ($p=0,06$) y en la etapa 1 ($p=0,36$) no existieron diferencias estadísticamente significativas en la media de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario por ambos grupos.

Figura 4.3. Comparación de las etapas de colaboración farmacéutico-médico



4.6. Discusión

Mediante este estudio se diseñó y validó un cuestionario como instrumento de medida de práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario. Los resultados indicaron una buena fiabilidad y validez del cuestionario con 15 ítems. Se ha trabajado mucho en el intento de caracterizar las cinco etapas del modelo “*Collaborative Working Relationships*” de una manera empírica sin que hasta el momento se haya conseguido. Muchos autores han abordado el tema analizando las características que a su modo de ver pueden influir en la relación interprofesional. Estas características son las características de los individuos, las características del contexto y las características de los intercambios que se producen entre ambos profesionales sanitarios. Sin embargo, como se ha dicho, no existía un estudio empírico que fuese capaz de caracterizar las etapas del modelo CWR desde la perspectiva del farmacéutico comunitario. Por ello el abordaje realizado en nuestro estudio era muy ambicioso. Los resultados han demostrado la utilidad de la herramienta para comparar la práctica colaborativa en dos grupos independientes de farmacéuticos. El hecho de no aparecer diferencias estadísticamente significativas en la media de las puntuaciones de los ítems que caracterizan la etapa 0 y la etapa 1 y de aparecer diferencias estadísticamente significativas en las etapas 2 y 3 entre ambos grupos, teniendo en cuenta que la nueva etapa 2 agrupa las etapas 2 y 3 del modelo original, proporciona evidencia sobre la utilidad del instrumento para medir la relación profesional colaborativa entre ambos grupos.

Aun así, este modelo de práctica colaborativa entre ambos profesionales sanitarios a través de las interacciones que caracterizan etapas concretas de un “Modelo de Práctica Colaborativa MPC - conSIGUE FarMed” es un modelo abierto influenciado por las características de los individuos y las características del contexto. De tal forma que este modelo de práctica colaborativa está abierto a sufrir modificaciones en el futuro ya que la implantación de nuevos SPF en la farmacia comunitaria puede mejorar la relación profesional colaborativa entre ambos profesionales y ayudar a caracterizar el modelo añadiendo nuevas interacciones que estén relacionadas con las etapas que se proponen en el modelo de práctica colaborativa “MPC - conSIGUE FarMed”.

Conocer el nivel de colaboración alcanzado por los farmacéuticos dentro del modelo “MPC - conSIGUE FarMed” y las características de las interacciones y los intercambios que se derivan de estas interacciones permitirá proponer estrategias de implantación que favorezcan este tipo de intercambios entre ambos profesionales, así como promocionar el paso del farmacéutico a un nivel superior de colaboración dentro del modelo “MPC - conSIGUE FarMed”. Esta iniciativa sería una vía útil para integrar diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos dentro del ámbito de la Atención Primaria en colaboración con otros profesionales de la salud como es el médico de Atención Primaria.

En futuros estudios será necesario profundizar en determinadas áreas como son los intercambios que resultan de las interacciones que caracterizan cada una de las etapas del “MPC - conSIGUE FarMed” así como proporcionar al farmacéutico las estrategias para mejorar este tipo de interacciones con el médico. A medida que las interacciones entre ambos sean de mayor calidad la relación profesional colaborativa se hará más consistente y duradera. Futuras investigaciones podrían encaminarse a evaluar la relación existente entre ambos profesionales sanitarios con los resultados obtenidos en diferentes SPF con el nivel alcanzado por los farmacéuticos comunitarios dentro del “MPC - conSIGUE FarMed”.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se propone el siguiente modelo de colaboración farmacéutico-médico “MPC - conSIGUE FarMed” que consta de cuatro etapas (Figura 4.4).

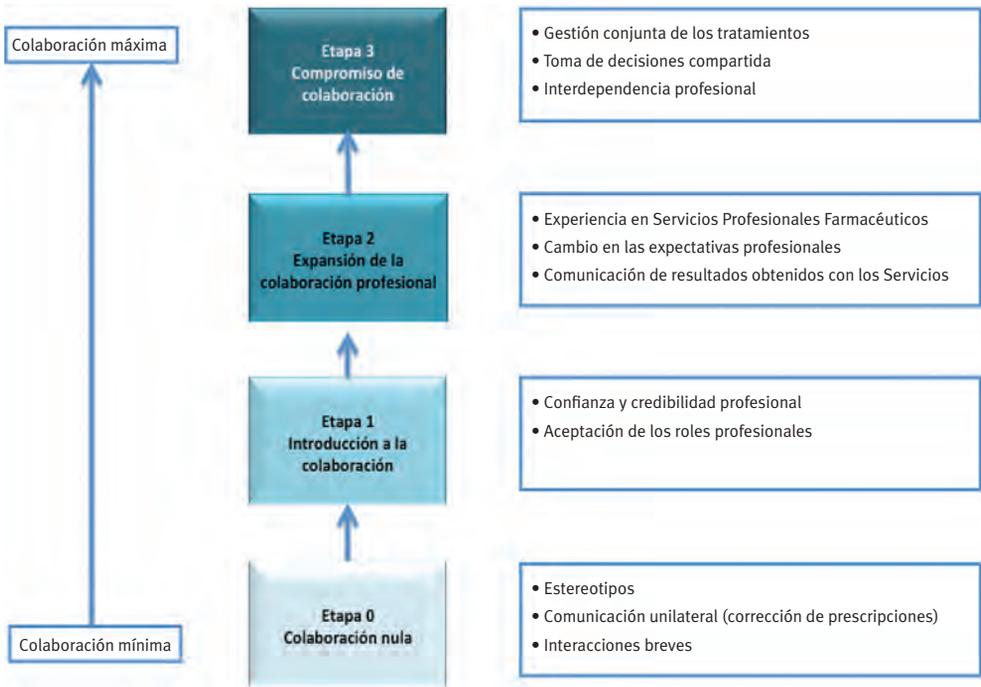
Etapas de colaboración nula: Caracterizada por interacciones breves, comunicación unilateral por parte del farmacéutico y presencia de estereotipos.

Etapas de introducción a la colaboración: Relacionada con la confianza, la aceptación del rol del médico y su experiencia profesional en materia de medicamentos.

Etapas de expansión de la colaboración: Está caracterizada por la información al médico de los resultados obtenidos con los SPF y de los beneficios para los pacientes que los reciben, con el conocimiento de las expectativas profesionales entre ambos y las expectativas que tiene el médico sobre los Servicios Profesionales Farmacéuticos. También juega un papel importante en la caracterización de esta etapa la experiencia profesional del médico en los SPF.

Etapas de compromiso de colaboración: Existe interdependencia entre ambos a nivel profesional, compartiendo responsabilidades, a la vez que gestionan los tratamientos de forma conjunta y el médico involucra al farmacéutico en la toma de decisiones sobre los tratamientos farmacoterapéuticos.

Figura 4.4. Comparación de las etapas de colaboración farmacéutico-médico



4.7. Conclusiones

En base a modelos teóricos se ha diseñado un cuestionario para evaluar la colaboración entre el farmacéutico comunitario y el médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario en España y se ha validado evaluando su validez y fiabilidad.

La puntuación media obtenida para las etapas altas de colaboración en aquellos farmacéuticos participantes en el Programa conSIGUE fue significativamente superior a las de los farmacéuticos que realizaban su práctica habitual.

4.8. Referencias bibliográficas

1. Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships. *Ann Pharmacother* 2004;38(5):764-70.
2. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care* 2005; 19 (Suppl 1):8-20.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327(7425):1219-21.
4. Liu Y, Doucette WR. Exploring stages of pharmacist-physician collaboration using the model of collaborative working relationship. *JAPhA* 2011; 51(3):412-7.
5. McDonough RP, Doucette WR. Building working relationships with providers. *JAPhA* 2003; 43(5 Suppl 1):44-55.
6. Zillich AJ, Doucette WR, Carter BL, Kreiter CD. Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. *Value Health* 2005;8(1):59-66.
7. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. (4ª edición). Validación de cuestionarios. (2013). Cap 21: 200-210.

5. Impacto del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en conSIGUE Implantación

5.1. Introducción

La finalidad que se pretende alcanzar con el uso de medicamentos es la de curar, prevenir o mejorar la enfermedad para optimizar la calidad de vida de los pacientes. La importancia de este objetivo justifica la existencia de un gran número de medicamentos, fabricados cada vez con mayor calidad, y con una eficacia y seguridad demostradas en ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Así, en la actualidad, los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más utilizada para mantener o mejorar la salud de la población. Sin embargo, no siempre que se utiliza un medicamento, el resultado es el deseado. En muchas ocasiones la farmacoterapia falla, bien sea porque no se alcanza el objetivo para el cual fueron indicados los medicamentos, o bien porque causan un daño adicional al paciente¹⁻⁴.

Estos fallos de la farmacoterapia han sido descritos en diversos estudios e incluso se ha demostrado su relación con un aumento en la incidencia de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y mortalidad, así como con un incremento del gasto sanitario en el conjunto de la población^{2,5-10}. No obstante, también se ha demostrado que los fallos de la farmacoterapia son evitables en un alto porcentaje^{2,11-14}.

Estos sucesos justifican el desarrollo del concepto de Atención Farmacéutica, que pretende ser una respuesta efectiva para detectar, prevenir y resolver los fallos de la farmacoterapia, aportando soluciones a este auténtico problema de salud pública.

El farmacéutico, por su formación y su accesibilidad al paciente, especialmente en el ámbito de la farmacia comunitaria, tiene un gran potencial para desarrollar estrategias que favorezcan el abordaje de esta problemática¹⁵. A nivel internacional, dentro del concepto de Atención Farmacéutica se pueden englobar una gran variedad de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, que difieren entre sí en cuanto a sus objetivos y metodología.

Organizaciones como la FIP o la OMS apoyan este cambio en la filosofía de la práctica orientada a la provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos. La FIP, en

su manifiesto¹⁶ “Mejorar la salud global reforzando los puntos débiles del desarrollo, distribución y responsabilidad en el uso de los medicamentos”, reconoce al farmacéutico como experto en materia de medicamentos que ha de asegurar la optimización de los resultados de la farmacoterapia a través de la atención centrada en el paciente. En el mismo documento añade que la salud de los pacientes se ve deteriorada cuando no se usa adecuadamente el medicamento. Por su parte, la OMS describe este papel del farmacéutico centrado en la atención al paciente en el documento “Desarrollo de la práctica farmacéutica centrada en la atención al paciente”¹⁷.

En España, recientemente el grupo de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) definió el concepto de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en farmacia comunitaria¹⁸ como aquellas “actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad”.

Por todo lo comentado anteriormente, se hace necesario un cambio en el ámbito de la farmacia comunitaria hacia una práctica más asistencial, más centrada en los pacientes. Este cambio está apoyado por la profesión farmacéutica, hecho manifestado tanto por organizaciones nacionales^{19,20} como internacionales²¹. La provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales no sólo logra una mejora en el proceso y resultados derivados del uso del medicamento sino que también puede lograr una reducción de los gastos derivados del uso de otros recursos sanitarios (disminución del número de medicamentos, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias)²². En este sentido, a nivel internacional existe una tendencia clara para remunerar la provisión de SPF, plasmada en países como por ejemplo: Reino Unido (*Medication Use Review*), Estados Unidos (*Medication Therapy Management*), Australia (*Home Medication Review* y *Meds Check Program*)²³, Canadá (*Cancer Check*)^{24,25}. Estos casos constituyen claros ejemplos de la apuesta que diversos gobiernos están realizando hacia un modelo de farmacia orientada a la provisión de Servicios remunerados centrados en el paciente que utiliza medicamentos²⁶.

Bajo la filosofía de la práctica de la Atención Farmacéutica²⁷ se han desarrollado diferentes SPF orientados al paciente que buscan optimizar su farmacoterapia²⁸. Dentro de este concepto se engloban varios Servicios que presentan diferencias en cuanto a sus metodologías y/o finalidad. Así, existen Servicios que se centran en mejorar un aspecto de la farmacoterapia, como por ejemplo la adherencia del paciente²⁹, mientras que otros más globales tratan de detectar cualquier fallo o aspecto a mejorar en el proceso de uso de los medicamentos, como por ejemplo el Servicio

denominado “Revisión de la Medicación” (*Medicines Use Review*, en inglés)²². Benrimoj *et al.*³⁰ proponen una jerarquía que distingue hasta 14 niveles de SPF basándose en la complejidad de la toma de decisiones clínicas y en la amplitud del cambio requerido para su implantación. En España, el Servicio de SFT es un Servicio Profesional consensuado por Foro AF¹⁹ que lo define como “el Servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este Servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente¹⁹”.

Este Servicio presenta un gran potencial como herramienta para la gestión de la farmacoterapia en grupos de pacientes con especial riesgo de sufrir RNM (rRNM), tales como son los pacientes polimedicados y la población mayor. Siguiendo esta línea, en España este Servicio puede ser de vital importancia debido a que la población mayor está continuamente en aumento³¹. Eso es así porque este grupo poblacional presenta una serie de características sociodemográficas y fisiológicas que pueden influir en los resultados clínicos de su medicación. Una elevada proporción de personas mayores son polimedicados y padecen múltiples enfermedades crónicas, por lo que son atendidos por diferentes especialistas³². Las personas mayores presentan una alta prevalencia de PRM, tales como, duplicidades, falta de adherencia, sobreutilización de medicamentos, administración errónea, interacciones, etc.³³. También, asociado al proceso de envejecimiento, se producen modificaciones farmacocinéticas que ocasionan una gran variabilidad inter-individual en la respuesta farmacológica de su organismo. Por todo ello, esta población presenta un elevado riesgo de no conseguir los resultados esperados de su farmacoterapia, y en consecuencia, tienen un mayor riesgo de presentar problemas de RNM y de hospitalización^{2,34}.

Respecto a la investigación sobre SPF en el marco de la Atención Farmacéutica, ésta ha de realizarse en 3 etapas: 1) Diseño del Servicio cuyo objetivo es definirlo, probar los sistemas, los métodos de proceso y sus herramientas, 2) Evaluación del impacto del Servicio que pretende medir el efecto de la intervención farmacéutica/Servicio diseñado sobre determinadas variables de resultado (clínicas, económicas y/o humanísticas) y por último, 3) Implantación del Servicio que busca cómo integrarlo en la práctica diaria del farmacéutico y lograr su sostenibilidad.

Todo ello implica que desde la fase de diseño de un Servicio es preciso tener en cuenta la sostenibilidad del mismo así como asegurar que sus objetivos sean adecuados para las necesidades individuales de la población a la que van destinados. Una vez generada evidencia científica sobre su impacto clínico, económico y humanístico, será necesario asegurar que los Servicios diseñados puedan ser implantados de forma sostenible y manteniendo su efectividad. En esta fase de implantación

puede ser necesaria la adaptación del Servicio para asegurar su sostenibilidad. Un elemento clave para garantizar la misma es que el Servicio sea rentable tanto para su proveedor (en términos económicos), como para el paciente (en términos de salud), y para el pagador del Servicio (en términos de inversión coste-efectividad).

A nivel nacional, Foro AF¹⁹, en su documento de Consenso, definió la Atención Farmacéutica como “la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales de la salud para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades destinadas a la prevención de enfermedades y promoción de la salud”. Entre estas actividades asistenciales del farmacéutico, el Servicio de SFT presenta el mayor nivel de efectividad en la obtención de los mejores resultados en salud cuando se utilizan medicamentos. Eso es así ya que este Servicio no sólo se basa en la búsqueda de la mejora del proceso de uso de los medicamentos, sino que aborda la evaluación de los resultados en salud que se obtienen de dicha utilización³⁵. En definitiva, la implantación del Servicio de SFT se considera un reto para el futuro de la Farmacia como profesión, para lograr la remuneración de los SPF y para la integración del farmacéutico en el Sistema Sanitario español.

5.2. Justificación

Diversas revisiones sistemáticas³⁶⁻³⁹ han demostrado la efectividad de la revisión de la medicación sobre el número de medicamentos inapropiados, el conocimiento y la adherencia a los tratamientos por parte los pacientes mayores. Sin embargo, las revisiones sistemáticas³⁸⁻⁴⁰ que han evaluado el impacto de estos Servicios sobre los resultados clínicos en los pacientes mayores concluyen que existe un número limitado de estudios de calidad suficiente y que existen resultados contradictorios al respecto. En este sentido, una revisión de revisiones sistemáticas recomendaba llevar a cabo un estudio de alta calidad que utilizara indicadores de resultado clínico adecuados al Servicio evaluado⁴¹.

En los últimos años, en España se ha tratado de fomentar la investigación e implantación del Servicio de SFT en el ámbito de la farmacia comunitaria, mediante diversas estrategias impulsadas principalmente por la Organización Farmacéutica Colegial, Sociedades Científicas, así como por Foro AF. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos la implantación real del Servicio era todavía un reto para la profesión. En este contexto, en el año 2009, se diseñó un Programa de carácter nacional denominado conSIGUE Impacto⁴² para evaluar el impacto clínico, humanístico y económico que podría tener la prestación de este Servicio en la población de pacientes mayores con enfermedades crónicas polimedicaos. Este Programa que contó con la participación de 178 farmacias, 250 farmacéuticos y 1.403 pacientes de 4 provincias es-

pañolas (Gipuzkoa, Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas y Granada), demostró que la provisión del Servicio de SFT durante 6 meses en el ámbito de la farmacia comunitaria generaba beneficios en los pacientes mayores crónicos polimedcados. Entre los principales resultados de efectividad clínica del Servicio de SFT obtenidos en el Programa conSIGUE Impacto cabe destacar, una reducción significativa en el porcentaje de problemas de salud no controlados del 56%, así como una reducción significativa en el porcentaje de pacientes que refirieron haber acudido a los servicios de urgencias y haber sido hospitalizados durante los 6 meses de provisión del Servicio de SFT (disminución del 49% y 55% respectivamente). Los pacientes que recibieron este Servicio mostraron además una mejoría significativa de la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente con un incremento de 6 puntos de media y una reducción media de medicamentos de 0,15. Por otro lado, se demostró que el Servicio de SFT era coste-efectivo⁴³ y que genera beneficios al Sistema Sanitario.

Siguiendo las etapas de investigación de los SPF⁴⁴, una vez demostrada la efectividad clínica, económica y humanística del Servicio de SFT, el siguiente paso consiste en diseñar una estrategia que permita su implantación definitiva pasando a formar parte de la práctica habitual en la farmacia comunitaria (Programa conSIGUE Implantación). Junto con la evaluación del proceso de implantación del Servicio de SFT propiamente dicho, es necesario reevaluar el impacto del mismo, con el fin de corroborar si su implantación en el día a día de la farmacia comunitaria logra los mismos resultados obtenidos en conSIGUE Impacto⁴².

5.3. Objetivo

Evaluar los resultados clínicos y humanísticos que se obtienen durante la implantación del Servicio de SFT a pacientes mayores crónicos polimedcados.

5.4. Método

5.4.1. Diseño del estudio

El Programa conSIGUE Implantación utilizó un diseño híbrido de efectividad-implantación⁴⁵. Se realizó en dos fases. La primera de ellas, consistió en la realización de un estudio piloto en el COF de Navarra, cuyo objetivo fue comprobar la viabilidad del programa diseñado, la mejora de los materiales utilizados, de los protocolos establecidos, de las herramientas utilizadas, los diferentes sistemas de medida para la evaluación del Programa, y la mejora de la formación tanto de los FoCo como de los farmacéuticos titulares y proveedores del Servicio (los resultados del pilotaje se adjuntan en el Anexo 13). Posteriormente a la realización del estudio piloto, se comenzó a realizar la segunda fase de conSIGUE Implantación: el estudio principal.

5.4.2. Ámbito espacial y temporal

El trabajo de campo del estudio principal se llevó a cabo en farmacias comunitarias de 11 COF provinciales: A Coruña, Albacete, Ciudad Real, Córdoba, Gipuzkoa, Granada, Guadalajara, Huelva, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia. Debido al alto número de COF provinciales y farmacias participantes se formaron dos grupos compuestos por las provincias que se muestran en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1. Grupos de COF participantes en el estudio principal

Grupo 1		
Grupo 1.A	Grupo 1.B	
1. Albacete	3. Gipuzkoa	
2. Valencia	4. Ciudad Real	
Grupo 2		
Grupo 2.A	Grupo 2.B	Grupo 2.C
5. Granada	7. A Coruña	9. Huelva
6. Guadalajara	8. Córdoba	10. S.C. Tenerife
		11. Las Palmas

El trabajo de campo tuvo una duración de 12 meses. En la Tabla 5.2 se presentan las fechas de inicio y fin del trabajo de campo del Programa conSIGUE Implantación para cada grupo provincial.

Tabla 5.2. Ámbito temporal del Programa conSIGUE Implantación

Grupo provincial	Duración del trabajo de campo (inicio-final)
Grupo 1.A (COF 1-2)	Abril 2014-Mayo 2015
Grupo 1.B (COF 3-4)	Mayo 2014-Junio 2015
Grupo 2.A (COF 5-6)	Septiembre 2014-October 2015
Grupo 2.B (COF 7-8)	Septiembre 2014-October 2015
Grupo 2.C (COF 9-11)	October 2014-October 2015

5.4.3. Población

La población de estudio estuvo constituida por pacientes mayores crónicos polimedicados que acudían a las farmacias comunitarias participantes.

Criterios de inclusión para los pacientes

- Pacientes crónicos (con al menos 6 meses de historia de utilización de sus medicamentos).
- Pacientes de ambos sexos, con 65 años o más.
- Polimedicados (que utilizaban cinco o más medicamentos).
- Pacientes que firmasen el consentimiento informado.
- Pacientes autónomos (no dependientes), que fuesen capaces de completar el cuestionario EuroQuol-5D.
- Pacientes habituales de la farmacia comunitaria.

Criterios de exclusión para los pacientes

- Pacientes que no pudiesen participar en la entrevista del Servicio de SFT por sí mismos o a través de sus cuidadores.

5.4.4. Selección de la muestra

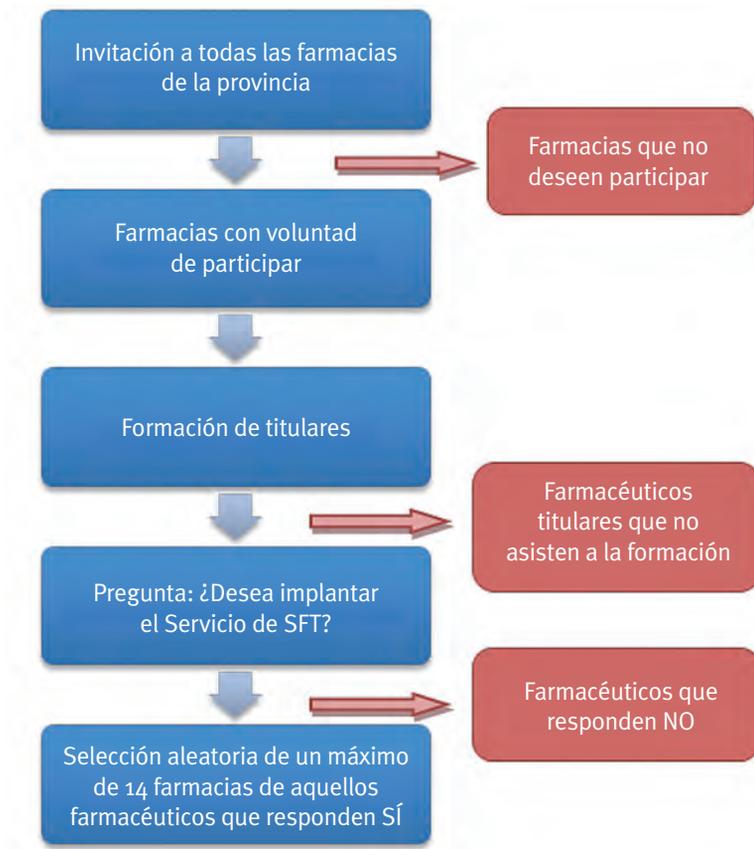
Según los cálculos realizados para el tamaño muestral del estudio principal, era necesario contar al menos con 110 farmacias comunitarias, pertenecientes a los 11 COF citados anteriormente. Para la selección de las farmacias se realizó un muestreo por etapas (Figura 5.1). Cada COF envió circulares con la invitación a participar en el estudio a todas las farmacias comunitarias de su provincia. A continuación se convocó a todos los titulares que habían manifestado voluntad de participar, a una Jornada de formación específica (Tabla 2.2 capítulo 2). Al finalizar la misma se valoró su decisión de participar mediante la respuesta SÍ/NO a su voluntad real de implantar el Servicio. Cuando el número de titulares superaba las 10 farmacias, se adoptó la decisión de incluir hasta 14 farmacias, mediante la aleatorización de las candidatas.

Previamente al inicio del estudio, el CGCOF y los COF participantes, fueron informados y capacitados en el Programa de implantación del Servicio de SFT y otros SPF susceptibles de ser integrados en sus futuras Carteras de Servicios para la farmacia comunitaria correspondientes. Mediante este proceso de capacitación, el equipo investigador del Programa conSIGUE formó a los integrantes de los COF participantes con el objetivo de que entendieran su papel, asumieran su responsabilidad y lidera-

ran el cambio de práctica profesional del farmacéutico hacia la implantación de futuros SPF.

Además, para la prestación del Servicio de SFT, fue imprescindible que la farmacia comunitaria contara con al menos un farmacéutico proveedor capacitado para realizar dicha prestación. El programa de formación (titulares y proveedores) tuvo una duración total de 7 días y fue impartido por los integrantes del grupo gestor de conSIGUE (Universidad de Granada y CGCOF) y los COF implicados. Todas las sesiones formativas se realizaron por duplicado, con el objetivo de que pudiese asistir más de un farmacéutico por farmacia a dicha formación.

Figura 5.1. Proceso de selección de farmacias comunitarias dentro del programa conSIGUE Implantación



Respecto a los COF y las farmacias participantes, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Para la selección e inclusión de los COF dentro del estudio, estos debían cumplir los siguientes requisitos básicos:
 - Solicitud de interés en participar remitida al CGCOF en tiempo y forma.
 - Apoyo del Presidente y de la Junta de Gobierno.
 - Compromiso en cuanto a la contratación de un farmacéutico para ejercer exclusivamente como FoCo durante un periodo de 12 meses. La dedicación del FoCo al Programa conSIGUE Implantación fue de al menos de 3/4 de la jornada laboral completa (30-40 horas semanales) dependiendo de cada COF. Las funciones y actividades del FoCo en conSIGUE Implantación han sido desarrollada en el capítulo que aborda la figura del FoCo.

Adicionalmente y de forma opcional, los COF provinciales aportaron los siguientes recursos a la formación de los farmacéuticos proveedores y/o de los FoCo:

- Experto local en la metodología del Servicio de SFT.
- Experto local en clínica del paciente mayor polimedicado.
- Talleres sobre metodología del Servicio de SFT para reforzar los conocimientos adquiridos y resolver dudas y sesiones clínicas adicionales enfocados en enfermedades concretas.
- Para la selección e inclusión de las farmacias dentro del Programa de Implantación del Servicio de SFT en la farmacia comunitaria española, éstas debían cumplir los siguientes requisitos básicos:
 - Farmacia con población que cumplía los criterios de inclusión del Programa.
 - Farmacia cuyo titular había manifestado su voluntad decidida de implantar el Servicio de SFT.
 - Farmacias cuyos titulares asistieron a la totalidad de la formación impartida por el grupo investigador de conSIGUE.

Los farmacéuticos participantes en el Programa seleccionaron a su vez a los pacientes por muestreo por conveniencia que, en la medida de lo posible, fuesen atendidos por médicos conocidos por el farmacéutico, con el objetivo de facilitar tanto la participación de los mismos como las intervenciones que debería realizar el farmacéutico durante la provisión del Servicio.

5.4.5. Variables resultado del impacto clínico y humanístico del Servicio de SFT

Las variables que se midieron en el estudio conSIGUE Implantación como indicadores de resultado del impacto clínico y humanístico fueron: número de medicamentos utilizados por el paciente, control del problema de salud (media de los problemas de salud no controlados y porcentaje de problemas de salud no controlados respecto al total de problemas de salud al inicio y en el momento de la evaluación -6 y 12 meses-), Resultados Negativos asociados a la Medicación, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y calidad de vida relacionada con la salud (Tabla 5.3).

En la prestación del Servicio de SFT, existe una terminología concreta que es preciso conocer y definir para facilitar una mayor comprensión y permitir una mejor asimilación de la información presentada en el presente informe. Estas definiciones vienen recogidas en el consenso de Foro AF del 2008¹⁹ y en el documento de Foro AF en Farmacia Comunitaria (2010)⁴⁶:

Problemas relacionados con los Medicamentos (PRM): Son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM. Se propone el siguiente listado de PRM, que pueden ser causas de RNM:

- Administración errónea del medicamento.
- Características personales.
- Conservación inadecuada.
- Contraindicación.
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada.
- Duplicidad.
- Errores en la dispensación.
- Errores en la prescripción.
- Incumplimiento.
- Interacciones.
- Medicamento no necesario.
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento.
- Probabilidad de efectos adversos.
- Problema de salud insuficientemente tratado.
- Otros.

La asignación de categorías de este listado no es excluyente, por lo que a una determinada incidencia se pueden asignar uno o más PRM. Tampoco es exhaustivo, de manera que podrán incluirse más categorías en función de las diferentes situaciones que el fármaco va encontrándose en su práctica diaria.

Resultados Negativos asociados a los Medicamentos (RNM): Son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados, o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos. Se dividen los RNM en tres categorías:

- Necesidad.
- Efectividad.
- Seguridad.

A su vez, cada una de estas categorías se desdobra en dos:

- Una necesidad de medicamento (problema de salud no tratado).
- Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario).
- Una Inefectividad no cuantitativa.
- Una Inefectividad cuantitativa.
- Una Inseguridad no cuantitativa.
- Una Inseguridad cuantitativa.

A continuación, se proporcionan las definiciones operacionales de las principales variables de resultado medidas en el presente estudio (Tabla 5.3).

Tabla 5-3. Definición operacional de las variables del estudio

Variable	Definición operacional	Método de medida
Control de problemas de salud (PS)	Consecución o no de los objetivos terapéuticos del tratamiento farmacológico de un paciente para un problema de salud determinado.	Medido por el farmacéutico proveedor del Servicio mediante parámetros clínicos proporcionados por el paciente, medidos por el farmacéutico, síntomas y/o signos percibidos por el farmacéutico y/o referidos por el paciente. Se analizan el % de PS no controlados respecto al total de PS al inicio y a los 6 y 12 meses de SFT, así como el número medio de problemas de salud no controlados por paciente, al inicio del estudio, a los 6 y a los 12 meses.
Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)* Riesgos de RNM (rRNM)*	Resultados negativos en salud no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados, o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Para RNM: Medido por el farmacéutico proveedor del Servicio mediante parámetros clínicos proporcionados por el paciente o medidos por el farmacéutico, síntomas y/o signos percibidos por el farmacéutico y/o referidos por el paciente. • Para rRNM: Evaluado por el farmacéutico proveedor del Servicio mediante la detección de algún PRM; ej. falta de adherencia al tratamiento farmacológico por parte del paciente, interacciones, etc. <p>Los RNM y rRNM se clasificaron en 3 categorías, de acuerdo al método consensuado por Foro AF⁹:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) necesidad, 2) efectividad y 3) seguridad.
Número de medicamentos	Suma de todos los medicamentos prescritos y no prescritos utilizados por el paciente.	Medido por el farmacéutico proveedor del Servicio mediante la revisión de la medicación del paciente usando la información facilitada por el paciente y la documentación aportada por el mismo (informes médicos si los hubiese).

Número de visitas a urgencias	Número de veces que el paciente ha acudido a los Servicios de urgencias (a nivel ambulatorio y hospitalario) en los seis meses previos.	Medido por el farmacéutico proveedor del Servicio al inicio, mitad y al final del estudio mediante pregunta directa al paciente.
Número de ingresos hospitalarios	Número de veces que el paciente ha sido hospitalizado en los seis meses previos a la medición de esta variable.	Medido por el farmacéutico al inicio, mitad y al final del estudio mediante pregunta directa al paciente.
Calidad de vida relacionada con la salud	Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno ⁴⁷ .	Medida durante la visita del paciente, al inicio, mitad y final del estudio, mediante el cuestionario auto administrado EuroQol-5D (EQ-5D). Mediante esta herramienta auto-administrada, el propio paciente valora su estado de salud. Primero en niveles de gravedad por dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/ malestar y ansiedad/depresión y a continuación en una escala visual analógica (EVA) desde o: peor estado de salud imaginable hasta 100 mejor: estado de salud imaginable) ⁴⁸ .

Impacto Humanístico

* Para clasificar el tipo de intervención realizada por el farmacéutico sobre los PS/PRM/RNM, se utilizaron las siguientes categorías⁵¹:

- Propuesta de modificar la dosis (cambio en la cantidad de medicamento)
- Propuesta de modificar la dosificación (cambio en la cantidad de principio activo)
- Propuesta de modificar la pauta (redistribución de la cantidad de medicamento)
- Propuesta de añadir un medicamento
- Propuesta de retirar un medicamento
- Propuesta de sustituir un medicamento
- Forma de uso y administración del medicamento
- Aumentar la adherencia al tratamiento (actitud del paciente)
- Educar en medidas no farmacológicas
- No está clara

* Para conocer el destinatario de la/s intervenciones farmacéuticas, se establecieron 3 categorías:

- Paciente
- Médico
- Paciente y médico

* Para conocer la vía de comunicación del farmacéutico con el destinatario, se utilizaron las siguientes categorías:

Con el paciente:

- Verbal
- Escrita
- Telefónica

Con el médico:

- Telefónica
- Verbal cara a cara
- Verbal a través del paciente
- Escrita paciente-médico
- Escrita farmacéutica-médico
- No se sabe

* Para expresar el resultado de la intervención del farmacéutico sobre los RNM/rRNM, se utilizaron las siguientes categorías:

- Intervención aceptada y RNM/rRNM resuelto
- Intervención no aceptada y RNM/rRNM resuelto
- No se sabe resultado de la intervención y RNM/rRNM resuelto
- Intervención aceptada y RNM/rRNM no resuelto
- Intervención no aceptada y RNM/rRNM no resuelto
- No se sabe resultado de la intervención y RNM/rRNM no resuelto
- Intervención aceptada y no se sabe que ocurrió con RNM/rRNM
- Intervención no aceptada y no se sabe que ocurrió con RNM/rRNM
- No se sabe resultado de la intervención y no se sabe que ocurrió con RNM/rRNM

5.4.6. Procedimiento general del estudio

En el Programa conSIGUE Implantación, la intervención del farmacéutico consistió en prestar el Servicio de SFT a los pacientes incluidos aplicando la metodología consensuada en Foro AF¹⁹, conteniendo el Método Dáder³⁵. Así, los farmacéuticos prestaron el Servicio de SFT cumpliendo las siguientes etapas:

1. Oferta del Servicio. Ofrecieron el Servicio a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y se reclutaron cuando estos aceptaban entrar en el Programa para la provisión del Servicio de SFT.

2. Análisis de la situación. Mediante una entrevista personal en una zona especialmente preparada (Zona de Atención Personalizada: ZAP), recogieron la información del paciente (que incluyó, entre otros aspectos: los problemas de salud; el número, tipo y pauta de medicamentos utilizados; los parámetros clínicos, etc.) y utilizando herramientas habituales en la farmacia como Bot PLUS 2.0, dispositivos (ej. tensiómetros, glucómetros, medidores del colesterol, etc.), accedieron además a otras fuentes de información como guías de práctica clínica, fichas técnicas del medicamento, etc., evaluaron la farmacoterapia en relación con los problemas de salud (PS) del paciente identificando al final los posibles PRM, RNM y sus riesgos de aparición (rRNM).

3. Plan de actuación (Fase de intervención). En base al análisis realizado de la situación del paciente (medicamentos y PS) y teniendo en cuenta el control de los PS, plantearon y llevaron a cabo intervenciones con el médico y/o el paciente, para prevenir o resolver los posibles RNM o riesgo de RNM identificados.

4. Evaluación y seguimiento. Una vez llevadas a cabo las intervenciones, comprobaron su resultado: aceptación o no de las mismas (por parte del médico y/o el paciente), resolución o no de los RNM o riesgos de RNM, y registraron su evolución.

Para asegurar la realización correcta del proceso se realizó, previo al trabajo de campo, el entrenamiento de los farmacéuticos en la fase de formación tal y como se ha descrito anteriormente.

5.4.7. Obtención de la información

A todos los farmacéuticos proveedores, se les facilitó una carpeta a modo de cuaderno de recogida de datos (CRD) en la que tenían que registrar la información requerida relacionada con el Servicio de SFT durante los 12 meses que duró el trabajo de campo.

5.4.8. Análisis estadístico

Los datos del Servicio de SFT prestado y de los pacientes que lo recibieron fueron registrados por los farmacéuticos proveedores en un CRD. Una vez concluido el tra-

bajo de campo, estos datos fueron recogidos por el FoCo, quien se aseguró de la confidencialidad de la información, antes de enviarlos posteriormente al equipo investigador. Cuatro miembros del equipo investigador introdujeron la información de los registros recibidos a una base de datos. Una vez finalizado el procesamiento de los datos *ad hoc*, los cuadernos de recogida de la información del Programa fueron almacenados en un armario cerrado para mantener la confidencialidad de los mismos.

Los resultados del presente informe se han calculado con los datos disponibles a los 6 meses (n=608) para aquellos pacientes que recibieron el Servicio de SFT durante al menos 6 meses y a los 12 meses (n=176) para aquellos pacientes que recibieron el Servicio de SFT durante 12 meses. Los resultados a los 6 meses de la prestación del Servicio de SFT se han comparado a su vez con los resultados obtenidos en el Programa conSIGUE Impacto, que también tuvo una duración de 6 meses. Por último, los resultados relacionados con los RNM, PRM e intervenciones farmacéuticas realizadas durante la provisión del Servicio se han analizado con los datos disponibles en el periodo 1 y 6, en todos aquellos pacientes que recibieron SFT al menos durante 6 meses. Toda la información obtenida se analizó utilizando el programa IBM SPSS versión 22 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos).

Para describir las variables cuantitativas se utilizaron medidas de posición (media) y de dispersión (desviación estándar). Para realizar comparaciones entre variables cuantitativas de grupos independientes se utilizó el test de la t de Student.

Para describir las variables cualitativas o categóricas, se utilizaron medidas de frecuencia (porcentajes). Para comparar variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado para muestras independientes. Cuando no se pudo emplear el test de Chi cuadrado, se utilizó el estadístico exacto de Fisher.

5.4.9. Aspectos éticos

El protocolo de investigación del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (CEI-Granada) con número de registro 13/C-11 en diciembre de 2013 (Anexo 1). Previamente a la inclusión en el estudio, cada paciente recibió información de forma verbal y por escrito sobre el mismo mediante el documento mostrado en el Anexo 2. Además, cada paciente incluido firmó la hoja de consentimiento informado, cuya plantilla se muestra en el Anexo 3.

5.5. Resultados

5.5.1. Características de la muestra

En el Programa conSIGUE Implantación participaron un total de 877 pacientes reclutados en 126 farmacias pertenecientes a 11 COF provinciales: A Coruña (n=74),

Albacete (n=87), Ciudad Real (n=91), Córdoba (n=55), Gipuzkoa (n=94), Granada (n=84), Guadalajara (n=53), Huelva (n=79), Las Palmas (n=65), Santa Cruz de Tenerife (n=103), y Valencia(n=92).

En la Tabla 5.4 se muestran los porcentajes de pacientes que recibieron el Servicio de SFT durante 1, 3, 6, 9 o 12 meses. De los 877 pacientes del total de la muestra, 269 pacientes recibieron el Servicio durante 3 meses o menos mientras que los 608 pacientes restantes fueron seguidos durante 6 meses (190 pacientes) o más (418 pacientes).

Tabla 5.4. Número de pacientes que reciben 1, 3, 6, 9 ó 12 visitas de SFT

	1	3	6	9	12
Paciente n (%)	120 (13,7)	149 (17,0)	190 (21,7)	242 (27,6)	176 (20,1)
	n=269			n= 418	

NOTA: Durante el proceso se han perdido 13 farmacias y 33 pacientes.

A continuación se muestran las principales características de los pacientes de la muestra global, así como los resultados de las principales variables del Programa conSIGUE Implantación comparados con los resultados del Programa conSIGUE Impacto.

Las características sociodemográficas de estos pacientes y los valores basales de las variables recogidas para la descripción de los resultados clínicos y humanísticos del Servicio de SFT en los pacientes de la muestra global se encuentran detallados en la Tabla 5.5. Los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en conSIGUE Implantación tenían una media de edad de 75,48 años, siendo en un 59,2% de los casos mujeres. Estas variables no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la muestra analizada en conSIGUE Impacto ($p=0,6783$ y $p=0,7181$ respectivamente). Respecto al nivel educativo de los pacientes de la muestra, un 76,2% no tenían estudios o tenían estudios en conSIGUE Implantación frente a un 70,3% en conSIGUE Impacto. Por otra parte, el porcentaje de pacientes con estudios secundarios o universitarios fue algo mayor en conSIGUE Impacto con respecto a conSIGUE Implantación (29,7% vs 20,8%). Esta variable presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases del Programa; $p=0,0050$.

Al inicio del estudio, los pacientes incluidos en conSIGUE Implantación tenían una media de problemas de salud (PS) mayor que los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en conSIGUE Impacto (5,99 vs 4,96 PS; $p\leq 0,0001$) y utilizaban más medicamentos que dichos pacientes (9,15 vs 7,74 medicamentos; $p\leq 0,0001$). Por el contrario, el número medio de PS no controlados por paciente en conSIGUE Implan-

tación fue de 1,32 mientras que los pacientes de conSIGUE Impacto presentaron una media algo mayor (media de PS no controlados=1,46). Esta variable presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases del Programa; $p=0,0431$.

Con una media de 63,51 puntos en la calidad de vida relacionada con la salud referida por los pacientes al inicio del estudio, los valores basales de esta variable de resultado humanístico no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes incluidos en el programa conSIGUE Impacto (64,97 puntos); $p=0,1303$.

Tabla 5.5. Características de la muestra global de pacientes al inicio del estudio

	conSIGUE Implantación (n=877)	conSIGUE Impacto (n=688)	p-valor
Edad (años); media (DE)*	75,48 (6,6)	75,34 (6,5)	0,6783
Género (mujeres); n (%)**	517 (59,2)	409 (60,1)	0,7181
Nivel educativo; n (%)***			
Sin estudios	257 (31,5)	149 (27,0)	
Estudios primarios	365 (44,7)	239 (43,3)	0,0050
Estudios secundarios	113 (13,8)	106 (19,2)	
Estudios universitarios	57 (7,0)	58 (10,5)	
Medicamentos utilizados; media (DE)	9,15 (3,1)	7,74 (2,5)	$\leq 0,0001$
PS; media (DE)	5,99 (2,1)	4,96 (1,76)	$\leq 0,0001$
PS no controlados; media (DE)****	1,32 (1,4)	1,46 (1,3)	0,0431
Calidad de vida relacionada con la salud; media (DE)*****	63,51 (19,1)	64,97 (18,6)	0,1303

DE: desviación estándar; PS: problema de salud.

*5 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 22 datos perdidos en conSIGUE Impacto;

**3 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 7 datos perdidos en conSIGUE Impacto;

***85 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 136 datos perdidos en conSIGUE Impacto;

****3 datos perdidos en conSIGUE Implantación; *****7 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 3 datos perdidos en conSIGUE Impacto.

Dado que una parte de los resultados analizados hace referencia al impacto clínico y humanístico obtenido en la muestra de pacientes que recibieron el Servicio de SFT durante 6 meses o más ($n=608$), con el fin de compararlos con los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en conSIGUE Impacto, a continuación se presentan las características sociodemográficas de dichos pacientes y los valores de las variables recogidas al inicio del estudio para la descripción de sus resultados clínicos y humanísticos (Tabla 5.6). Cabe destacar que a los 6 meses de SFT, los pacientes incluidos en conSIGUE Implantación tenían una media de PS mayor que los pacientes analizados en conSIGUE Impacto (5,98 vs 4,96 PS; $p \leq 0,0001$).

Tabla 5.6. Características de la muestra de pacientes que recibieron SFT al menos durante 6 meses al inicio del estudio

	conSIGUE Implantación (n=608)	conSIGUE Impacto (n=688)	p-valor
Edad (años); media (DE)*	75,35 (6,4)	75,34 (6,5)	0,9780
Género (mujeres); n (%)**	517 (59,2)	409 (60,1)	0,7181
Nivel educativo; n (%)***			
Sin estudios	189 (33,4)	149 (27,0)	
Estudios primarios	253 (44,7)	239 (43,3)	0,0030
Estudios secundarios	77 (13,6)	106 (19,2)	
Estudios universitarios	38 (6,7)	58 (10,5)	
Medicamentos utilizados; media (DE)	9,05 (3,0)	7,74 (2,5)	$\leq 0,0001$
PS; media (DE)	5,98 (2,0)	4,96 (1,76)	$\leq 0,0001$
PS no controlados; media (DE)	1,39 (1,4)	1,46 (1,3)	0,3510
Calidad de vida relacionada con la salud; media (DE)****	64,53 (19,2)	64,97 (18,6)	0,6756

DE: desviación estándar; PS: problema de salud.

*5 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 22 datos perdidos en conSIGUE Impacto;

**3 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 7 datos perdidos en conSIGUE Impacto;

***51 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 136 datos perdidos en conSIGUE Impacto;

****2 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 3 datos perdidos en conSIGUE Impacto.

5.5.2. Resultados clínicos y humanísticos de la implantación del Servicio a los 6 meses de SFT

A continuación, se presentan los resultados del impacto clínico y humanístico del Servicio de SFT. Estos resultados se calcularon con los datos disponibles a los 6 meses de la prestación del Servicio de SFT frente al inicio (n=608) y se compararon con los resultados obtenidos en el Programa conSIGUE Impacto, de 6 meses de duración.

Número de medicamentos

El cambio observado sobre el número promedio de medicamentos utilizados por los pacientes incluidos en conSIGUE Implantación (disminución de 0,06 medicamentos), se encuentra detallado en la Tabla 5.7. Este cambio mantiene la misma tendencia que la observada en el Programa conSIGUE Impacto, aunque las diferencias encontradas para el número promedio de medicamentos tras 6 meses de provisión del Servicio no fueron estadísticamente significativas en las farmacias de los COF de conSIGUE Implantación. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la magnitud del cambio en el número promedio de medicamentos utilizados por los pacientes entre conSIGUE Implantación y conSIGUE Impacto ($p=0,0075$).

El cambio en el número de medicamentos a los 6 meses de la prestación del Servicio de SFT según el número de medicamentos al inicio del estudio se muestra en la Tabla 5.8. Los pacientes con menos de 8 medicamentos mostraron un aumento de 0,20 medicamentos en conSIGUE Implantación, mientras que en aquellos pacientes analizados en conSIGUE Impacto, se observó una disminución de -0,02 medicamentos. En aquellos pacientes con 8 a 10 medicamentos y 11 o más medicamentos mostraron respectivamente disminuciones de -0,13 (cambio no estadísticamente significativo; $p=0,1172$) y -0,30 (cambio estadísticamente significativo; $p\leq 0,05$). Esta misma tendencia fue observada en el análisis de los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en conSIGUE Impacto.

Tabla 5.7. Medicamentos utilizados por los pacientes que estuvieron en SFT al menos 6 meses

	conSIGUE Implantación (n=608)	conSIGUE Impacto (n=688)	p-valor
Inicio; media (DE)	9,05 (3,0)	7,74 (2,5)	$\leq 0,0001$
6 meses; media (DE)*	8,99 (3,1)	7,45 (2,4)	$\leq 0,0001$
Cambio	-0,06 (1,6)	-0,29 (1,3)‡	0,0075

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p\leq 0,05$), DE: desviación estándar.

*42 datos perdidos en conSIGUE Impacto.

Tabla 5.8. Cambio en el número de medicamentos a los 6 meses según el número de medicamentos utilizados al inicio del estudio en los pacientes que estuvieron en SFT al menos 6 meses

	conSIGUE Implantación (n=608)	conSIGUE Impacto (n=646)	p-valor
Pacientes que utilizaban de 5 a 7 medicamentos al inicio; media (DE)*	0,20 (1,2)	-0,02 (0,91)	0,0109
Pacientes que utilizaban de 8 a 10 medicamentos al inicio; media (DE)**	-0,13 (1,6)	-0,36 (1,29)	0,1172
Pacientes que utilizaban 11 o más medicamentos al inicio; media (DE)***	-0,30 (1,9)‡	-1,20 (1,81)‡	0,0003

NOTA. El cambio en el número de medicamentos=medicamentos mes 6 – medicamentos mes 1.

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

*n=215 en conSIGUE Implantación y n=369 en conSIGUE Impacto;

**n=232 en conSIGUE Implantación y n=189 en conSIGUE Impacto;

***n=161 en conSIGUE Implantación y n=88 en conSIGUE Impacto.

Durante la prestación del Servicio de SFT en conSIGUE Implantación, se observó una disminución en el número de medicamentos en un porcentaje menor de pacientes (27,3%) que en el análisis de la muestra de conSIGUE Impacto (33,4%). Por otra parte, en un 42,4% de los pacientes de conSIGUE implantación no se produjo ningún cambio en esta variable frente a un 46,9% en conSIGUE Impacto. Sin embargo, se observó un aumento en el número de medicamentos en un porcentaje mayor de pacientes en la muestra conSIGUE implantación que en la de conSIGUE Impacto (30,3% vs 19,7%). Las diferencias en dichos cambios fueron estadísticamente significativas ($p \leq 0,0001$) (Tabla 5.9).

Tabla 5.9. Tendencia al cambio en el número de medicamentos a los 6 meses de estudio en los pacientes que estuvieron en SFT al menos 6 meses

	Disminuye n (%)	Igual n (%)	Aumenta n (%)
conSIGUE Implantación (n=608)	166 (27,3)	258 (42,4)	184 (30,3)
conSIGUE Impacto (n=646)	216 (33,4)	303 (46,9)	127 (19,7)

Diferencias estadísticamente significativas entre conSIGUE Implantación e Impacto ($p \leq 0,0001$)

Problemas de salud no controlados

La media de PS no controlados en los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en el Programa conSIGUE Implantación disminuyó de forma estadísticamente significativa en una media de 0,53 problemas de salud. Esta tendencia se corresponde con la observada en conSIGUE impacto en la que se obtuvo una disminución de 0,81 (Tabla 5.10). No obstante, la disminución en la media de PS no controlados en los pacientes que recibieron el Servicio en las farmacias del Programa conSIGUE Impacto fue mayor que en conSIGUE Implantación (diferencia estadísticamente significativa; $p \leq 0,0001$).

Tabla 5.10. Problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en SFT al menos 6 meses

	conSIGUE Implantación (n=605)	conSIGUE Impacto (n=688)	p-valor
Inicio; media (DE)	1,39 (1,4)	1,46 (1,3)	0,3516
6 meses; media (DE)*	0,86 (1,1)	0,62 (0,9)	$\leq 0,0001$
Cambio	-0,53 (1,2)‡	-0,81 (1,1)‡	$\leq 0,0001$

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

*3 datos perdidos en conSIGUE Implantación; 42 datos perdidos en conSIGUE Impacto

En la Tabla 5.11 se observa el porcentaje de PS no controlados en ambas muestras. En conSIGUE Implantación éste cambió de 23,6% a 14,3% lo que supone una disminución del 39,4%. Por su parte, en conSIGUE Impacto el porcentaje inicial (29,5%) pasó a 12,7% a los 6 meses. En ambos casos el cambio fue estadísticamente significativo.

Tabla 5.11. Problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en SFT al menos 6 meses

	conSIGUE Implantación (n=605)	conSIGUE Impacto (n=688)
Inicio	23,6%	29,5%
6 meses	14,3%‡	12,7%‡

NOTA. El porcentaje de problemas de salud no controlados se ha calculado respecto al total de problemas de salud (denominador).

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Análisis descriptivo de los RNM y PRM identificados y de las intervenciones farmacéuticas realizadas en el Programa conSIGUE Implantación durante los periodos 1 (mes 1) y 6 (mes 6)

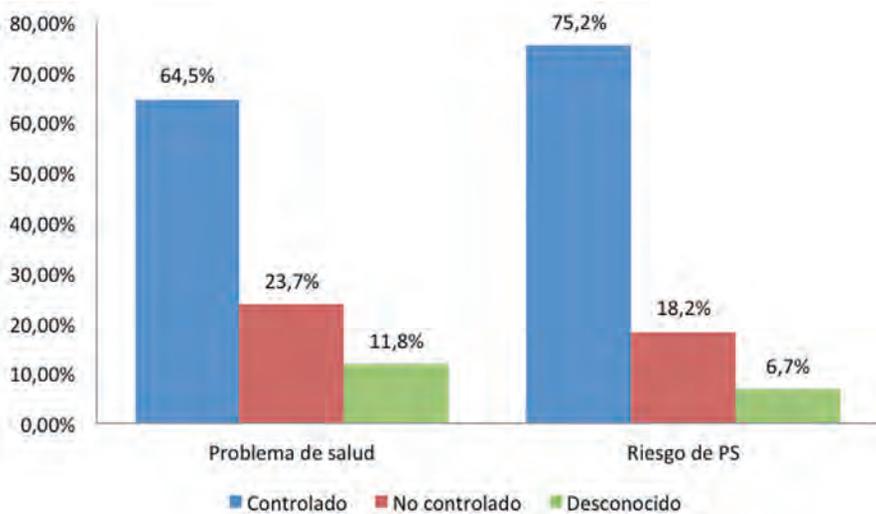
Para la descripción de los RNM y PRM identificados mediante el Servicio de SFT, se analizaron los datos correspondientes a los pacientes de la muestra que habían recibido dicho Servicio durante 6 meses o más (608 pacientes).

- **Periodo 1**

A continuación, se muestran los resultados del análisis descriptivo de los RNM y PRM identificados y de las intervenciones del farmacéutico realizadas en el Programa conSIGUE Implantación durante el periodo 1.

Los pacientes incluidos en la muestra presentaron en el periodo 1 un total de 3.632 (83,3%) problemas de salud y refirieron 730 (16,7%) tratamientos preventivos. En la Figura 5.2 se muestran los datos del control de los PS de los pacientes una vez eliminados del análisis los datos perdidos (34 PS y 9 tratamientos preventivos). Durante la primera entrevista se identificaron 853 PS no controlados (23,7%) y 131 tratamientos preventivos con problemas en su utilización (18,2%). No fue posible evaluar el control del problema de salud en 424 PS (11,8%) ni si el tratamiento preventivo consigue su objetivo en 48 (6,7%) casos. Se entiende que un tratamiento preventivo consigue su objetivo terapéutico cuando el medicamento se utiliza tal y como está prescrito y no se manifiesta el PS cuya aparición se pretende prevenir.

Figura 5.2. Control de los problemas de salud y de los riesgos de PS en el periodo 1



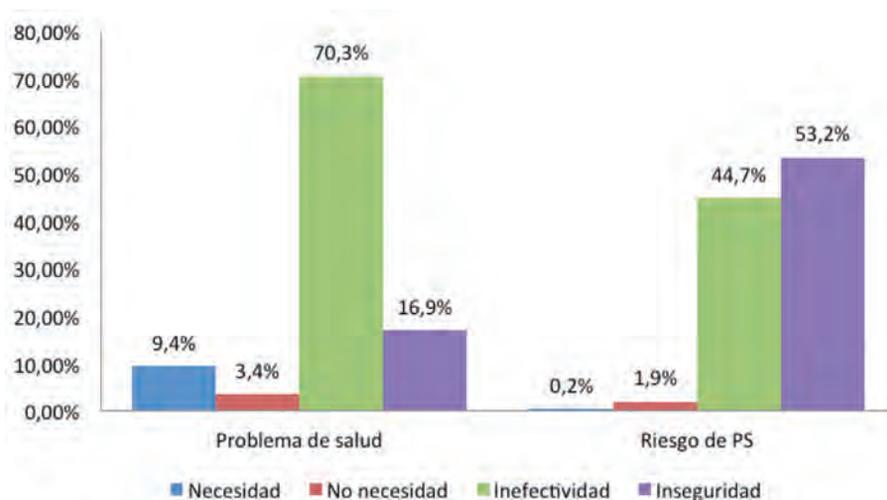
PS: problema de salud

Riesgo de PS: se entiende como riesgo de PS no controlado aquella situación en la que el medicamento no se utiliza correctamente o se manifiesta el PS cuya aparición se pretende prevenir

Tras la evaluación de la farmacoterapia en el periodo 1 del estudio, los farmacéuticos identificaron un total de 844 RNM (23,2% de los PS analizados). Adicionalmente, se identificaron un total de 426 riesgos de RNM, que incluían tanto tratamientos preventivos que no se utilizaban correctamente o que no estaban consiguiendo su objetivo terapéutico, como PS controlados en los que se identificó al menos un PRM. No fue posible evaluar la existencia o no de un RNM o riesgo de RNM en 38 ocasiones (0,8%). Estos datos suponen una media de 1,39 RNM y 0,70 rRNM por paciente.

En Figura 5.3 se pueden observar los tipos de RNM y riesgos de RNM identificados en el periodo 1. Un total de 591 RNM (70,3%) fueron clasificados de inefectividades del tratamiento farmacológico. Otros 142 RNM (16,9%) fueron considerados de Inseguridad. Por su parte, 79 (9,4%) y 29 (3,4%) de los RNM fueron considerados fallos de necesidad y no necesidad de un tratamiento farmacológico. Respecto a los riesgos de RNM identificados durante el análisis de la farmacoterapia, 225 rRNM (53,2%) fueron de inseguridad del tratamiento mientras que otros 189 (44,7%) fueron de inefectividad. Por último, 1 (0,2%) y 8 (1,9%) rRNM fueron de necesidad y no necesidad respectivamente. En este periodo 1, hubo 3 casos en los que los farmacéuticos identificaron un problema de salud como un RNM pero no evaluaron el tipo de RNM identificado. En otras 3 ocasiones los farmacéuticos identificaron un riesgo de RNM y no evaluaron si éste estaba relacionado con la necesidad, efectividad o seguridad del tratamiento.

Figura 5.3. Clasificación de los problemas de salud y de los riesgos de aparición de un PS en el periodo 1



PS: problema de salud

Riesgo de PS: se entiende como riesgo de PS no controlado aquella situación en la que el medicamento no se utiliza correctamente o se manifiesta el PS cuya aparición se pretende prevenir

En cuanto a los PRM descritos por los farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT durante el periodo 1, se registraron un total de 1.766 PRM. Estos datos suponen una media de 2,9 PRM por paciente. En la Tabla 5.12 se describen los tipos de PRM identificados y descritos como posibles causas de estos RNM.

Tabla 5.12. PRM identificados en los pacientes de la muestra en el periodo 1

	n	%
Administración errónea del medicamento	58	3,3
Características personales	88	5,0
Conservación inadecuada	1	0,1
Contraindicación	16	0,9
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	120	6,8
Duplicidad	29	1,6
Errores en la dispensación	0	0,0
Errores en la prescripción	5	0,3
Incumplimiento	319	18,1
Interacciones	261	14,8
Medicamento no necesario	43	2,4
Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	18	1,0
Probabilidad de efectos adversos	346	19,6
Problema de salud insuficientemente tratado	356	20,2
Otros	37	2,1
Perdido	69	3,9

En este primer periodo del SFT se realizaron un total de 851 intervenciones, una media de 1,21 por paciente. Estas intervenciones estuvieron relacionadas con 738 PS distintos. En la Tabla 5.13 se muestran el número y porcentaje de los tipos de intervención llevados a cabo.

Tabla 5.13. Intervenciones iniciadas durante el periodo 1

	n	%
Propuesta de modificar la dosis	39	4,6
Propuesta de modificar la dosificación	18	2,1
Propuesta de modificar la pauta de administración	33	3,9
Propuesta de añadir un medicamento	71	8,3
Propuesta de retirar un medicamento	81	9,5
Propuesta de sustituir un medicamento	102	12,0
Informar sobre proceso de uso y administración del medicamento	85	10,0
Promover la adherencia al tratamiento	172	20,2
Educación en medidas no farmacológicas	179	21,0
La opción que se debe tomar no está clara	48	5,6
Perdido	23	2,7

Con respecto a los destinatarios de estas intervenciones, en 439 de los PS intervenidos durante el periodo 1 (59,5%) el destinatario de la intervención fue el paciente, en 71 casos (9,6%) las intervenciones se llevaron a cabo con el médico y en 206 de los PS intervenidos, se llevaron a cabo intervenciones con el paciente y el médico (27,9%). No se registró el destinatario de la intervención en 22 (3%) de los PS intervenidos.

En la Tabla 5.14 se muestran las vías de comunicación utilizadas en las intervenciones realizadas con los pacientes y los médicos durante el periodo 1. En las intervenciones con los pacientes los farmacéuticos utilizaron la vía oral en un 86% de las veces, mientras que realizaron intervenciones por escrito un 13,4% de las veces y utilizaron la vía telefónica en un 0,6% de las intervenciones. Por su parte, en las intervenciones con los médicos, los farmacéuticos utilizaron la vía verbal cara a cara en un 23,9% de las intervenciones, la vía escrita a través del paciente en un 24,2% de las mismas, la vía telefónica en el 21,4% de las intervenciones, la vía verbal a través del paciente en el 21,1% de las veces y por último, enviaron una carta directa al médico en el 9,1% de las intervenciones realizadas en este periodo 1. No se registró la vía de comunicación utilizada en 0,4% de las intervenciones con el médico realizadas con el periodo 1.

Tabla 5.14. Vías de comunicación de las intervenciones realizadas durante el periodo 1

Con el paciente			Con el médico		
	n	%		n	%
Verbal	565	86	Telefónica	61	21,4
Escrita	88	13,4	Verbal cara a cara	68	23,9
Telefónica	4	0,6	Verbal a través del paciente	60	21,1
			Escrita paciente-médico	69	24,2
			Escrita farmacéutica-médico	26	9,1
			No se sabe	1	0,4

De las 718 intervenciones analizadas, un total de 579 de estas intervenciones (80,6%) fueron aceptadas por su destinatario, mientras que 120 intervenciones (16,7%) no fueron aceptadas y en 19 de los casos (2,6%) no se conoció el resultado de la intervención.

Durante este periodo se resolvieron 460 RNM o riesgos de RNM (64,1%), mientras que 221 RNM o riesgos de RNM (30,8%) quedaron sin resolver tras la intervención. En 37 de los RNM intervenidos (5,2%), no fue posible conocer qué ocurrió con el RNM. La relación entre la aceptación de las intervenciones del farmacéutico por su destinatario y la resolución o no del RNM se muestra en la Tabla 5.15.

Tabla 5.15. Resultados de la intervención y evolución del RNM/riesgo de RNM en el periodo 1

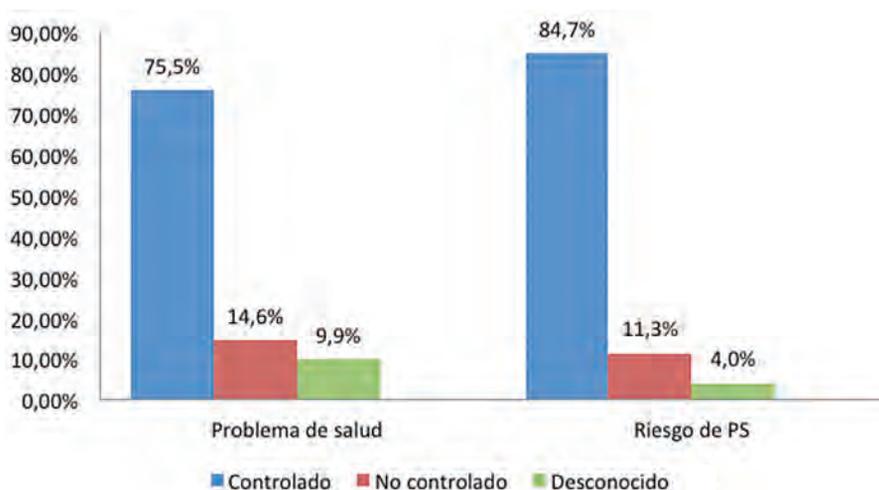
		Qué ocurrió con el RNM n (%)		
		Resuelto	No resuelto	No se sabe
Resultado de la intervención	Aceptada	426 (59,3)	123 (17,1)	30 (4,2)
	No aceptada	29 (4)	88 (12,3)	3 (0,4)
	No se conoce	5 (0,7)	10 (1,4)	4 (0,6)

- **Periodo 6**

A continuación, se muestran los resultados del análisis descriptivo de los RNM y PRM identificados y de las intervenciones del farmacéutico realizadas en el Programa conSIGUE Implantación durante el periodo 6.

Los pacientes incluidos en la muestra presentaron en el periodo 6 un total de 3.492 (84,1%) problemas de salud y refirieron 658 (15,8%) tratamientos preventivos. En la Figura 5.4 se muestran los datos del control de los PS de los pacientes una vez eliminados del análisis los datos perdidos (26 PS y 5 tratamientos preventivos). Se identificaron 505 PS no controlados (14,6%) y 74 tratamientos preventivos con problemas en su utilización (11,3%). No fue posible evaluar el control del problema de salud en 343 PS (9,9%) y ni si el tratamiento preventivo consigue su objetivo en 26 (4,0%) casos.

Figura 5.4. Control de los problemas de salud y de los riesgos de aparición de un PS en el periodo 6.



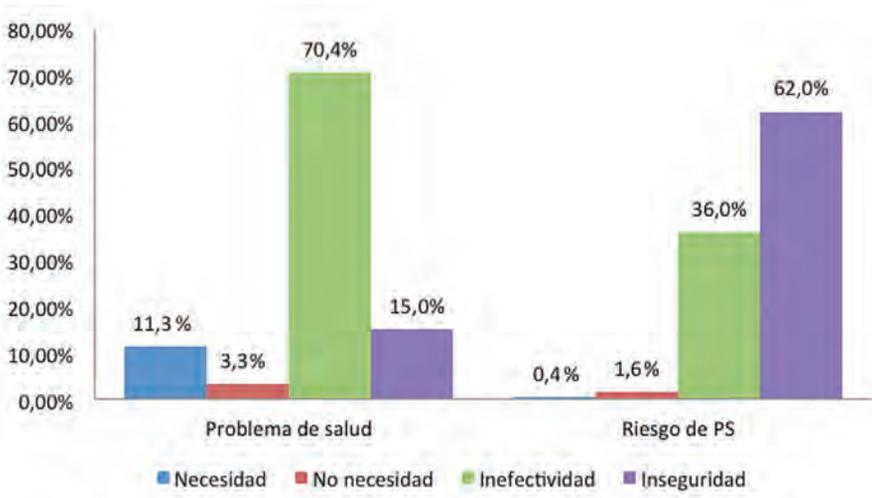
PS: problema de salud

Riesgo de PS: se entiende como riesgo de PS no controlado aquella situación en la que el medicamento no se utiliza correctamente o se manifiesta el PS cuya aparición se pretende prevenir

Tras la evaluación de la farmacoterapia en el periodo 6 del estudio, los farmacéuticos identificaron un total de 463 RNM (13,2% de los PS analizados). Adicionalmente, se identificaron un total de 251 riesgos de RNM, que incluían tanto tratamientos preventivos que no estaban consiguiendo su objetivo terapéutico como PS controlados en los que se identificó al menos un PRM. No fue posible evaluar la existencia o no de un RNM o riesgo de RNM en 27 ocasiones (0,5%). Estos datos suponen una media de 0,76 RNM y 0,41 riesgos de RNM por paciente.

En la Figura 5.5 se pueden observar los tipos de RNM y riesgos de RNM identificados en el periodo 6. Un total de 323 RNM (70,4%) fueron clasificados de ineffectividad del tratamiento farmacológico. Otros 69 RNM (15%) fueron consideradas de inseguridad de un medicamento del paciente. Por su parte, 52 (11,3%) y 15 (3,3%) de los RNM fueron considerados fallos de necesidad y no necesidad de un tratamiento farmacológico. Respecto a los riesgos de RNM identificados durante el análisis de la farmacoterapia, 155 riesgos de RNM (62%) fueron de inseguridad del tratamiento mientras que otros 90 (36%) fueron de ineffectividad. Por último, 1 (0,4%) y 4 (1,6%) riesgos de RNM fueron de necesidad y no necesidad respectivamente. En este periodo 6, hubo 4 casos en los que los farmacéuticos identificaron un problema de salud como un RNM pero no evaluaron el tipo de RNM identificado. En una ocasión los farmacéuticos identificaron un riesgo de RNM y no evaluaron si éste estaba relacionado con la necesidad, efectividad o seguridad del tratamiento.

Figura 5.5. Clasificación de los RNM identificados en los pacientes de la muestra en el periodo 6.



PS: problema de salud

Riesgo de PS: se entiende como riesgo de PS no controlado aquella situación en la que el medicamento no se utiliza correctamente o se manifiesta el PS cuya aparición se pretende prevenir

En cuanto a los PRM descritos por los farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT durante el periodo 6, se registraron un total de 998 PRM. Estos datos suponen una media de 1,64 PRM por paciente. En la Tabla 5.16 se describen los tipos de PRM identificados y descritos como posibles causas de estos RNM.

Tabla 5.16. PRM identificados en los pacientes de la muestra en periodo 6

	n	%
Administración errónea del medicamento	12	1,2
Características personales	60	6,0
Conservación inadecuada	1	0,1
Contraindicación	6	0,6
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	59	5,9
Duplicidad	10	1,0
Errores en la dispensación	0	0,0
Errores en la prescripción	1	0,1
Incumplimiento	140	14,0
Interacciones	152	15,2
Medicamento no necesario	18	1,8
Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	16	1,6
Probabilidad de efectos adversos	207	20,7
Problema de salud insuficientemente tratado	219	21,9
Otros	28	2,8
Perdidos	69	6,9

En este sexto periodo del SFT se realizaron un total de 271 intervenciones, una media de 0,33 por paciente. Estas intervenciones estuvieron relacionadas con 497 PS distintos. En la Tabla 5.17 se muestran el número y porcentaje de los tipos de intervención llevados a cabo.

Tabla 5.17. Intervenciones iniciadas durante el periodo 6

	n	%
Propuesta de modificar la dosis	13	4,8
Propuesta de modificar la dosificación	5	1,8
Propuesta de modificar la pauta de administración	9	3,3
Propuesta de añadir un medicamento	39	14,4
Propuesta de retirar un medicamento	25	9,2
Propuesta de sustituir un medicamento	33	12,2
Informar sobre proceso de uso y administración del medicamento	29	10,7
Promover la adherencia al tratamiento	49	18,1
Educación en medidas no farmacológicas	55	20,3
La opción que se debe tomar no está clara	9	3,3
Perdidos	5	1,8

Con respecto a los destinatarios de estas intervenciones, en 125 de los PS intervenidos durante el periodo 6 (61,6%) el destinatario de la intervención fue el paciente, en 21 casos (10,3%) las intervenciones se llevaron a cabo con el médico y en 57 de los PS intervenidos, se llevaron a cabo intervenciones con el paciente y el médico (28,1%).

En la Tabla 5.18 se muestran las vías de comunicación utilizadas en las intervenciones realizadas con los pacientes y los médicos durante el periodo 6. En las intervenciones con los pacientes los farmacéuticos utilizaron la vía oral en un 86,2% de las veces, mientras que realizaron intervenciones por escrito un 7,1% de las veces y utilizaron la vía telefónica en un 1,5% de las intervenciones. Por su parte, en las intervenciones con los médicos, los farmacéuticos utilizaron la vía verbal cara a cara en un 30% de las intervenciones, la vía escrita a través del paciente en un 25,6% de las mismas, la vía telefónica en el 13,3% de las intervenciones, la vía verbal a través del paciente en el 23,3% de las veces y por último, enviaron una carta directa al médico en el 6,7% de las intervenciones realizadas en este periodo 6. No se registró la vía de comunicación utilizada en 5,1% de las intervenciones con el paciente y en 1,1% de las intervenciones con el médico realizadas con el periodo 6.

Tabla 5.18. Vías de comunicación de las intervenciones realizadas durante el periodo 6

	Con el paciente		Con el médico	
	n	%	n	%
Verbal	169	86,2	Telefónica	12 13,3
Escrita	14	7,1	Verbal cara a cara	27 30,0
Telefónica	3	1,5	Verbal a través del paciente	21 23,3
No se sabe	10	5,1	Escrita paciente-médico	23 25,6
			Escrita farmacéutica-médico	6 6,7
			No se sabe	1 1,1

Un total de 177 de estas intervenciones (81,9%) fueron aceptadas por su destinatario, mientras que 30 intervenciones (13,9%) no fueron aceptadas y en 9 de los casos (4,2%) no se conoció el resultado de la intervención.

Durante este periodo se resolvieron 136 RNM o riesgos de RNM (63%), mientras que 64 RNM o riesgos de RNM (29,6%) quedaron sin resolver tras la intervención. En 16 de los RNM intervenidos (7,4%), no fue posible conocer qué ocurrió con el RNM. La relación entre la aceptación de las intervenciones del farmacéutico por su destinatario y la resolución o no del RNM se muestra en la Tabla 5.19.

Tabla 5.19. Resultados de la intervención y evolución de los RNM/riesgos de RNM en el periodo 6

		Qué ocurrió con el RNM n (%)		
		Resuelto	No resuelto	No se sabe
Resultado de la intervención	Aceptada	133 (61,6)	32 (14,8)	12 (5,6)
	No aceptada	3 (1,4)	26 (12,0)	1 (0,5)
	No se conoce	0 (0)	6 (2,8)	3 (1,4)

Visitas a urgencias e ingresos hospitalarios

En las Tablas 5.20 y 5.21 se muestran los cambios registrados para los indicadores de utilización de recursos sanitarios (visitas a urgencias y hospitalizaciones), tras la provisión del Servicio de SFT durante 6 meses.

En la muestra de conSIGUE Implantación, un 20,2% había acudido a algún servicio de urgencias en los 6 meses previos al inicio del estudio. Este porcentaje es algo inferior que el registrado al inicio del estudio en el Programa conSIGUE Impacto (diferencias estadísticamente significativas; $p=0,0003$). Durante los primeros 6 meses de la provisión del Servicio de SFT, este porcentaje de pacientes disminuyó en ambas muestras, registrándose un 12,0% en la muestra de conSIGUE Implantación y un 14,7% en conSIGUE Impacto, aunque el cambio fue estadísticamente significativo sólo en este último. Atendiendo al número medio de visitas a urgencias por paciente, se observó un cambio similar en los pacientes que recibieron el Servicio en conSIGUE Implantación (1,52 vs 1,45) y los pacientes que recibieron el Servicio en la muestra de conSIGUE Impacto (1,59 vs 1,31). No obstante, esta reducción en la media de visitas a urgencias durante los 6 meses de SFT no fue estadísticamente significativa en ningún caso (Tabla 5.20).

Tabla 5.20. Visitas a urgencias en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses

		conSIGUE Implantación	ConSIGUE Impacto	p-valor
Pacientes que acudieron a urgencias en los últimos 6 meses; n (%)	Inicio*	121 (20,2)	193 (28,9)	0,0003
	6 meses**	69 (12,0)	90 (14,7)‡	0,1784
Número de visitas a urgencias en los últimos 6 meses entre los pacientes que acudieron; media (DE)	Inicio***	1,52 (0,9)	1,59 (1,1)	0,4991
	6 meses****	1,45 (0,8)	1,31 (0,6)	0,2091

*600 pacientes en Implantación y 667 en Impacto; **575 pacientes en Implantación y 614 en Impacto; ***186 pacientes en Implantación y 193 en Impacto; ****69 pacientes en Implantación y 90 en Impacto

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Respecto a los ingresos hospitalarios de los pacientes en conSIGUE Implantación se produjo una disminución (estadísticamente no significativa) durante la provisión del Servicio de SFT comparado con los 6 meses anteriores (10,8% a 7,2%); esto supone una disminución del 33,3%. Estos resultados son similares a los observados en la fase de Impacto, en la que el porcentaje de pacientes hospitalizados disminuyó significativamente (13,4% a 5,9%). Por el contrario, el número medio de ingresos hospitalarios por paciente en conSIGUE Implantación aumentó de forma no significativa (0,09 ingresos más) mientras que en conSIGUE Impacto se produjo una disminución.

Tabla 5.21. Ingresos hospitalarios en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses

		conSIGUE Implantación	ConSIGUE Impacto	p-valor
Pacientes hospitalizados en los últimos 6 meses; n (%)	Inicio*	64 (10,8)	89 (13,4)	0,1601
	6 meses**	41 (7,2)‡	36 (5,9)‡	0,3576
Número medio de hospitalizaciones en los últimos 6 meses entre los pacientes ingresados; media (DE)	Inicio***	1,11 (0,4)	1,15 (0,42)	0,5267
	6 meses****	1,20 (0,5)	1,06 (0,23)	0,1281

*594 pacientes en Implantación y 666 en Impacto; **570 pacientes en Implantación y 613 en Impacto; ***81 pacientes en Implantación y 89 en Impacto; ****40 pacientes en Implantación y 36 en Impacto

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Calidad de vida relacionada con la salud

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en las farmacias del Programa conSIGUE Implantación refirieron una puntuación de la calidad de vida relacionada con la salud superior (aumento de 2,89 puntos) tras 6 meses de provisión del Servicio de SFT. Los pacientes de la fase de conSIGUE Impacto refirieron una calidad de vida relacionada con la salud de 5,51 puntos mayor tras recibir el Servicio de SFT. En ambos casos, este aumento fue estadísticamente significativo (Tabla 5.22). No obstante, la magnitud del cambio observado en los pacientes que recibieron el Servicio en las farmacias del Programa conSIGUE Impacto fue mayor que en conSIGUE Implantación (diferencia estadísticamente significativa; $p=0,0208$).

Tabla 5.22. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT al menos 6 meses

	conSIGUE Implantación (n=597)	conSIGUE Impacto (n=688)	p-valor
Inicio; media (DE)	64,53 (19,2)	64,97 (18,5)	0,6762
6 meses; media (DE)*	67,42 (18,6)	70,48 (17,1)	0,0026
Cambio	2,89 (17,0)‡	5,51 (15,3)‡	0,0208

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

*11 datos perdidos en conSIGUE Implantación; 42 datos perdidos en conSIGUE Impacto

5.5.3. Resultados clínicos y humanísticos de la implantación del Servicio a los 12 meses del Servicio de SFT

A continuación, se presentan las principales características de los pacientes que recibieron el Servicio durante los 12 meses que duró el Programa y los resultados del impacto clínico y humanístico del mismo disponibles a los 12 meses de SFT frente al inicio ($n=176$).

Caracterización de la muestra

Las características sociodemográficas de los pacientes y los valores basales de las variables recogidas para la descripción de los resultados clínicos y humanísticos del Servicio de SFT en los pacientes de la muestra global se encuentran detallados en la Tabla 5.23.

Los pacientes que recibieron el Servicio de SFT durante 12 meses en conSIGUE Implantación tenían una media de edad de 73,43 años, siendo en un 56,9% de los casos mujeres. La variable edad presentó diferencias estadísticamente significativas respecto a la muestra analizada en conSIGUE Impacto ($p=0,0004$). Respecto al nivel educativo de los pacientes de la submuestra, un 70,3% no tenían estudios o tenían estudios primarios (mismo porcentaje que en conSIGUE Impacto). Esta variable no presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases del Programa; $p=0,0565$.

Al inicio del estudio, los pacientes incluidos en conSIGUE Implantación tenían una media de problemas de salud (PS) mayor que los pacientes que recibieron el Servicio de SFT en conSIGUE Impacto (6,08 vs 4,96 PS; $p \leq 0,0001$) y utilizaban más medicamentos que dichos pacientes (9,39 vs 7,74 medicamentos; $p \leq 0,0001$). Asimismo, el número medio de PS no controlados por paciente en la submuestra de conSIGUE Implantación fue de 1,62 mientras que los pacientes de conSIGUE Impacto

presentaron una media algo menor (media de PS no controlados=1,46) aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa; $p=0,1588$.

Con una media de 63,6 puntos en la calidad de vida relacionada con la salud referida por los pacientes al inicio del estudio, los valores basales de esta variable de resultado humanístico no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes incluidos en el programa conSIGUE Impacto (64,97 puntos); $p=0,3887$.

Tabla 5.23. Características de la muestra de pacientes que recibieron el Servicio de SFT al menos durante 6 meses al inicio del estudio

	conSIGUE Implantación (n=176)	conSIGUE Impacto (n=688)	p-valor
Edad (años); media (DE)*	73,43 (5,7)	75,34 (6,5)	0,0004
Género (mujeres); n (%)**	99 (56,9)	409 (60,1)	0,4483
Nivel educativo; n (%)***			
Sin estudios	53 (32,5)	149 (27,0)	
Estudios primarios	64 (39,3)	239 (43,3)	0,0565
Estudios secundarios	35 (21,5)	106 (19,2)	
Estudios universitarios	7 (4,3)	58 (10,5)	
Medicamentos utilizados; media (DE)	9,39 (3,1)	7,74 (2,5)	<0,0001
PS; media (DE)	6,08 (2,2)	4,96 (1,76)	<0,0001
PS no controlados; media (DE)	1,62 (1,5)	1,46 (1,3)	0,1588
Percepción de estado de salud; media (DE)****	63,6 (19,6)	64,97 (18,6)	0,3887

DE: desviación estándar; PS: problema de salud.

*3 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 22 datos perdidos en conSIGUE Impacto; **2 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 7 datos perdidos en conSIGUE Impacto; ***17 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 136 datos perdidos en conSIGUE Impacto; ****2 datos perdidos en conSIGUE Implantación y 3 datos perdidos en conSIGUE Impacto.

Número de medicamentos

El cambio observado sobre el número promedio de medicamentos utilizados por paciente a lo largo de los 12 meses de SFT se encuentra detallado en la Tabla 5.24.

Tabla 5.24. Medicamentos utilizados por los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses en los distintos puntos del estudio (n=176)

Inicio; media (DE)	9,38 (3,14)
3 meses; media (DE)	9,06 (2,99)
6 meses; media (DE)	9,23 (3,19)
9 meses; media (DE)	9,26 (3,44)
12 meses; media (DE)	8,99 (3,39)

Tal y como se puede observar en la tabla siguiente (Tabla 5.25) se logró una disminución de 0,39 medicamentos de media por paciente a los 12 meses de la prestación del Servicio de SFT.

Tabla 5.25. Medicamentos utilizados por los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses al inicio y al final del estudio (n=176)

Inicio; media (DE)	9,38 (3,14)
12 meses; media (DE)*	8,99 (3,39)
Cambio	-0,39 (2,35)‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

El cambio en el número de medicamentos a los 12 meses de SFT según el número de medicamentos al inicio del estudio se muestra en la Tabla 5.26. Los pacientes con menos de 8 medicamentos mostraron un aumento de 0,08 medicamentos. En aquellos pacientes con 8 a 10 medicamentos y 11 o más medicamentos mostraron respectivamente disminuciones de -0,45 y -0,84.

Tabla 5.26. Cambio en el número de medicamentos a los 12 meses según el número de medicamentos utilizados al inicio del estudio en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses

Sujetos que usaban de 5 a 7 medicamentos al inicio; media (DE)*	0,08 (1,68)
Sujetos que usaban de 8 a 10 medicamentos al inicio; media (DE)**	-0,45 (2,49)
Sujetos que usaban 11 o más medicamentos al inicio; media (DE)***	-0,84 (2,63)‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

*n=58; **n=63; ***n=55

NOTA. El cambio en el número de medicamentos=medicamentos mes 12-medicamentos mes 1.

Se observó una disminución en el número de medicamentos en un 43,1% de los pacientes de la muestra y un aumento del número de medicamentos en un 29,3% de ellos, mientras que en un 27,6% de los pacientes no se produjo ningún cambio en esta variable (Tabla 5.27).

Tabla 5.27. Tendencia al cambio en el número de medicamentos a los 12 meses de estudio en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=176)

Disminuye n (%)	Igual n (%)	Aumenta n (%)
76 (43,1)	52 (29,3)	48 (27,6)

Problemas de salud no controlados

El cambio en la media de PS no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses se tradujo en una disminución de 0,82 al año de prestación del Servicio. Este cambio fue estadísticamente significativo; $p \leq 0,05$ (Tabla 5.28).

Tabla 5.28. Problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=176)

Inicio; media (DE)	1,57 (1,48)
12 meses; media (DE)	0,75 (1,01)
Cambio	-0,82 (1,41)‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

El porcentaje de PS no controlados en los pacientes incluidos en el Servicio de SFT durante 12 meses cambió de 26,6% a 12,2%, es decir, se consiguió una disminución del 54,1% que es estadísticamente significativa; $p \leq 0,05$ (Tabla 5.29).

Tabla 5.29. Porcentaje de problemas de salud no controlados en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=176)

Inicio	26,6%
12 meses	12,2%‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

NOTA. El porcentaje de problemas de salud no controlados se ha calculado respecto al total de problemas de salud (denominador).

Visitas a urgencias e ingresos hospitalarios

En las Tablas 5.30 y 5.31 se muestra el cambio registrado para los indicadores de utilización de recursos sanitarios (visitas a urgencias e ingresos hospitalarios), tras la provisión del Servicio de SFT a los 12 meses. Un 25,4% había acudido a algún servicio de urgencias durante los 6 meses previos al inicio del estudio. Tras los 12 meses de la provisión del Servicio de SFT, un 11,9% de los pacientes refirieron haber utilizado este recurso sanitario en el periodo 6 a 12 meses. Esta disminución del 53,1% fue estadísticamente significativa; $p \leq 0,05$. De igual manera, el número de visitas a urgencias por paciente disminuyó en una media de 0,19 aunque el cambio en este caso no fue estadísticamente significativo.

Tabla 5.30. Visitas a urgencias en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses

Pacientes que acudieron a urgencias en los últimos 6 meses; n (%)	Inicio*	44 (25,4)
	^a Periodo 6 a 12 meses**	19 (11,9)‡
Número de visitas a urgencias en los últimos 6 meses entre los pacientes que acudieron; media (DE)	Inicio***	1,52 (0,9)
	^a Periodo 6 a 12 meses****	1,33 (0,7)

*n=173; **n=160; ***n=44; ****n=18.

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

^aSe registraron las visitas a urgencias al mes 12 del estudio. Se contabilizaron las visitas en el mes 0, 6 y 12. Así, este dato corresponde a las visitas del periodo comprendido entre el mes 6 y 12 del estudio.

Respecto a los ingresos hospitalarios de los pacientes entre el periodo anterior al estudio y durante el periodo comprendido entre el mes 6 y 12 de SFT, el porcentaje disminuyó de 11,2% a 4,5% (cambio no estadísticamente significativo). Respecto a la media de ingresos hospitalarios referidos por los pacientes, ésta varió poco (1,16 vs 1,20).

Tabla 5.31. Ingresos hospitalarios en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses

Pacientes hospitalizados en los últimos 6 meses; n (%)	Inicio*	19 (11,2)
	^a Periodo 6 a 12 meses**	7 (4,5)
Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses entre los pacientes que acudieron; media (DE)	Inicio***	1,16 (0,37)
	^a Periodo 6 a 12 meses****	1,20 (0,45)

*n=170; **n=154; ***n=19; ****n=5.

^a Se registraron ingresos hospitalarios en los meses 0, 6 y 12. Así, este dato corresponde a las visitas del periodo comprendido entre el mes 6 y 12 del estudio.

Calidad de vida relacionada con la salud

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, los pacientes que recibieron el Servicio de SFT durante 12 meses en las farmacias del Programa conSIGUE Implantación refirieron una puntuación superior (aumento de 6,74 puntos respecto al inicio del estudio) a los 12 meses de provisión del Servicio de SFT. Este cambio fue estadísticamente significativo; $p \leq 0,05$ (Tabla 5.32).

Tabla 5.32. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que estuvieron en el Servicio de SFT durante 12 meses (n=170)

Inicio; media (DE)	63,10 (19,5)
12 meses; media (DE)*	69,84 (17,2)
Cambio	6,74 (18,7)‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

*6 datos perdidos en conSIGUE Implantación.

5.6. Discusión

El presente apartado del Informe Nacional recoge los principales resultados clínicos y humanísticos obtenidos a los 6 y 12 meses de la prestación del Servicio de SFT en las farmacias participantes de 11 COF implicados en el Programa conSIGUE Implantación. Estos nuevos datos obtenidos constituyen un recurso importante para corroborar los hallazgos sobre el impacto del Servicio de SFT en pacientes mayores crónicos polimedcados, obtenidos en el Programa conSIGUE impacto⁴².

Los resultados de este estudio se consideran especialmente importantes porque el Servicio de SFT es un Servicio todavía no implantado en España⁴⁹ y cuya prestación requiere de importantes recursos, de tiempo y dinero⁵⁰. La evaluación de la efectividad clínica, económica y humanística de esta innovación fue evaluada en la primera fase del Programa (conSIGUE impacto)⁴². Sin embargo, uno de los puntos clave del proceso de implantación¹⁵ es asegurar que cualquier potencial adaptación que pueda llevarse a cabo para la generalización del Servicio o su incorporación en la rutina de la farmacia, no modifique el efecto previamente demostrado en la fase de evaluación del impacto del Servicio. A pesar de que la implantación de este Servicio en las farmacias comunitarias del Programa conSIGUE Implantación, no ha conllevado cambios significativos en el proceso y registro del Servicio, uno de los valores añadidos del presente estudio es demostrar que su implantación en la práctica diaria de las farmacias comunitarias logra los resultados clínicos y humanísticos que previamente habían sido demostrados en la etapa de evaluación del impacto⁴².

En este sentido, es importante destacar que los resultados obtenidos en esta segunda fase de conSIGUE siguen la misma tendencia que conSIGUE Impacto⁴². Así, éstos reafirman que el Servicio de SFT tiene un impacto positivo sobre los resultados clínicos y humanísticos estudiados tanto a los 6 meses como a los 12 meses de prestar el Servicio. Por otra parte, hay que recordar que cerca de los 3/4 de los pacientes reclutados en la presente fase de conSIGUE recibieron el Servicio de SFT durante 6 meses o más (9 y 12 meses) mientras que una tercera parte fueron seguidos tan solo durante 3 meses o menos. Estos datos pueden considerarse como un resultado muy satisfactorio de la implantación del Servicio de SFT en la práctica diaria de la farmacia comunitaria.

Sin embargo, es importante señalar que la interpretación de los resultados que se presentan en este informe debe realizarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, para asegurar una adecuada provisión del Servicio de SFT, los farmacéuticos participaron en este estudio de forma voluntaria y los pacientes no fueron seleccionados de forma aleatoria. Por otro lado, es necesario tener en cuenta el análisis de los pacientes en función de cuántas visitas de SFT hicieron (1, 3, 6, 9 o 12 visitas). Ambos aspectos serán tenidos en cuenta en la discusión de los resultados del impacto clínico y humanístico.

Para poder comparar los resultados clínicos y humanísticos obtenidos en conSIGUE Implantación con los resultados de efectividad que previamente habían sido demostrados en conSIGUE Impacto⁴², se han analizado los datos correspondientes a los 6 primeros meses de provisión del Servicio de SFT. A grandes rasgos, según los resultados obtenidos, la magnitud del impacto del Servicio obtenido a los 6 meses de SFT ha sido algo menor en esta segunda fase. No obstante, es importante señalar que estos resultados han de interpretarse teniendo en cuenta que, cerca de un 70% de los pacientes participantes en el estudio, reflejan el efecto del Servicio cuando éste todavía estaba siendo prestado por el farmacéutico y por tanto este análisis no permite conocer la efectividad de este Servicio en periodos de tiempo superiores. En consecuencia, muchas intervenciones farmacéuticas, especialmente aquellas cuyo destinatario es el médico de Atención Primaria y con más motivo, aquellas en las que es necesaria la intervención del especialista, podrían no haber sido llevadas a cabo o finalizadas. En este sentido, el impacto del Servicio observado en este análisis a los 6 meses podría considerarse infraestimado, o parcialmente evaluado, siendo mayor el efecto clínico esperado con la implantación real del mismo en la práctica diaria de la farmacia. Por otra parte, esta diferencia obtenida en la magnitud del impacto del Servicio entre ambas fases podría explicarse por el hecho de que la intervención de los farmacéuticos se realizó en el contexto de un estudio de implantación en el que se pretendía analizar, además de los resultados del impacto del Servicio, el propio proceso de adopción del mismo. Los farmacéuticos fueron captando pacientes al ritmo que ellos se marcaban, sin la presión de un estudio más controlado orientado a la evaluación del impacto. En conSIGUE Impacto⁴², esta misma intervención se llevó a cabo en condiciones más controladas, propias de un ensayo clínico aleatorizado, ya que los farmacéuticos participantes en el estudio tenían que seguir una serie de pautas de proceso de forma exhaustiva.

Por todo ello, se ha realizado además un subanálisis de la muestra de aquellos pacientes que han estado incluidos en el Servicio de SFT durante los 12 meses que ha durado el Programa con el fin de comprobar por una parte, el impacto del Servicio de SFT a los 12 meses y por otra parte, confirmar la sostenibilidad del impacto del Servicio a los 15 meses. En este sentido, los resultados obtenidos a los 12 meses muestran mejores resultados que a los 6 meses y una magnitud del impacto clínico y humanístico muy similar a la obtenida en conSIGUE Impacto⁴², aunque la submuestra de pacientes es menor (176 pacientes que recibieron el Servicio durante 12 meses en conSIGUE Implantación vs 688 pacientes en conSIGUE Impacto).

5.6.1. Discusión de las características basales de la muestra

La muestra de pacientes que recibe el Servicio de SFT al menos durante 6 meses en las farmacias del Programa conSIGUE Implantación, tiene aproximadamente 6 PS y utiliza más de 9 medicamentos de media, lo que sugiere un alto gasto en medicamentos para este grupo poblacional. Este suceso ocurre también en la submuestra

de pacientes que recibieron el Servicio durante los 12 meses que duró el Programa. A pesar de ello, los pacientes de estas dos submuestras tienen de media más de un problema de salud no controlado al inicio del estudio. Estos datos refuerzan la necesidad de contar con un profesional de la salud que se responsabilice de que todos estos medicamentos utilizados por los pacientes mayores sean utilizados de forma efectiva y segura.

Las características demográficas (edad y género) de la muestra de pacientes que recibieron el Servicio de SFT al menos 6 meses son similares a conSIGUE Impacto⁴² mientras que la media de edad de los pacientes que lo recibieron durante los 12 meses es algo menor que en la hallada en dicha primera fase. Por otra parte, se observan diferencias estadísticamente significativas en el número promedio de medicamentos por paciente utilizados, siendo mayor en ambas submuestras de conSIGUE Implantación con respecto a la muestra global de conSIGUE Impacto (9,05/9,39 vs 7,74 medicamentos). Estas diferencias encontradas podrían explicarse por el hecho de que los farmacéuticos ofertaran el Servicio en esta segunda fase de implantación a los pacientes de acuerdo a una necesidad de un seguimiento de la medicación (mayor número de medicamentos) y no por otros factores (conocimiento del paciente y sus problemas de salud). Por su parte, el número de PS no controlados y la percepción auto-referida por los pacientes sobre su calidad de vida relacionada con la salud presentaron una media muy similar a la observada en la fase de Impacto⁴².

5.6.2 Discusión de los resultados clínicos y humanísticos de la implantación del Servicio de SFT a los 6 meses de prestación.

La implantación del Servicio de SFT demuestra una variedad de mejoras tanto en los indicadores de resultado clínico (control del problema de salud, RNM, visitas a urgencia e ingresos hospitalarios) como en el de resultado humanístico (calidad de vida relacionada con la salud) a los 6 meses de SFT.

Respecto al cambio en el número de medicamentos por paciente tras recibir el Servicio de SFT durante 6 meses, se observa la misma tendencia que la obtenida en conSIGUE Impacto⁴² (disminución de 0,06 y 0,28 medicamentos, respectivamente), aunque la magnitud del cambio observada aquí es menor y además no es estadísticamente significativa. La obtención de estos resultados podría explicarse por el hecho de que los datos analizados corresponden al cambio conseguido tras 6 meses de provisión del Servicio de SFT, en el contexto de un Programa de Implantación progresiva del Servicio, de un año de duración. Así, se podría pensar que determinadas intervenciones, especialmente aquellas relacionadas con el cambio de medicación, hayan sido planificadas por algunos farmacéuticos para visitas posteriores del seguimiento del paciente una vez adquirida experiencia en el Servicio y por tanto, estos se sintieran más capacitados para interactuar con el médico. Por otro lado, teniendo en cuenta la relación entre el número de medicamentos que utilizaban los

pacientes al inicio del estudio y el cambio experimentado tras 6 meses de provisión del Servicio, cabe destacar que dicha disminución se experimenta en dos grupos de pacientes (8-10 y ≥ 11 medicamentos) y la magnitud de esta disminución es proporcional al número promedio utilizado por cada paciente al inicio del Programa. Estos hallazgos, que fueron también observados en conSIGUE Impacto⁴², son comprensibles cuando se habla de optimización del uso de los medicamentos. Respecto a los pacientes que utilizaban entre 5 y 7 medicamentos, se observó un aumento en el número de medicamentos. Cabe interpretar que la media de medicamentos en este último grupo de pacientes no disminuyó porque probablemente un importante porcentaje de ellos requirió la instauración de nuevos tratamientos farmacológicos. Esta hipótesis está apoyada por el elevado porcentaje de RNM de necesidad y efectividad identificados en el periodo 1 (80% de los RNM identificados). También se podría pensar que las intervenciones encaminadas para resolver PS no controlados consistieron en añadir medicamentos en el lugar de optimizar la medicación que ya estaba tomando el paciente para un mismo problema de salud. No obstante, no es posible verificar este dato debido a que en el presente informe no han sido analizadas todas las intervenciones realizadas por los farmacéuticos debido a que este análisis escapaba del objetivo de evaluación del impacto clínico y humanístico.

El Servicio de SFT muestra un efecto positivo sobre los resultados clínicos de los pacientes. Tanto el número medio de PS no controlados en cada paciente como el porcentaje de PS no controlados en esta fase de conSIGUE muestran una disminución tras los primeros 6 meses de prestación del Servicio. Este mismo efecto había sido igualmente observado en la fase de conSIGUE Impacto⁴², aunque consiguiéndose una disminución menos pronunciada en el número promedio de PS no controlados durante la etapa de implantación. Esta menor magnitud del cambio podría estar relacionada con el número inicial de PS no controlados, que fue ligeramente inferior en la muestra de pacientes en la fase de Implantación. En cualquier caso, estos resultados han de interpretarse con cierta cautela ya que es preciso volver a mencionar que la evaluación del Servicio de SFT en la fase de implantación se ha llevado a cabo teniendo en cuenta sólo el efecto de los 6 primeros meses de la prestación del Servicio, y en el contexto de un programa de un año de duración, por lo que el efecto de este Servicio podría no estar viéndose en su totalidad. En este sentido, los resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos de Sorensen *et al.*⁵¹. En su estudio de 6 meses de duración, mostraron que una intervención farmacéutica que implicaba la colaboración con el médico y el seguimiento de los resultados clínicos de los pacientes, conseguía mejorar la gravedad de la enfermedad y disminuir los efectos adversos de los medicamentos.

Otro aspecto importante a resaltar es el impacto del Servicio sobre los RNM. Los resultados obtenidos tras los primeros análisis de la farmacoterapia (en el periodo 1 del estudio) de los pacientes que recibieron el Servicio durante 6 o más meses, mostraron un importante porcentaje de RNM (casi una cuarta parte de los PS del pacien-

te). Por otra parte, cabe destacar el importante número de PS controlados en los que se identificó un PRM (426 rRNM). Sin embargo, en el análisis de la farmacoterapia realizado tras los primeros 6 meses de provisión del Servicio, el número de RNM y rRNM identificados se había reducido a casi la mitad (463 y 251 respectivamente). Esta considerable reducción de fallos en la farmacoterapia muestra claramente el efecto beneficioso del Servicio de SFT sobre los resultados clínicos de los medicamentos, y se ve además respaldada por los resultados registrados por los farmacéuticos proveedores del Servicio en relación al resultado de sus intervenciones (RNM/rRNM prevenidos y resueltos). Esta disminución de los RNM ha sido constatada también en otros estudios que utilizan el método Dáder para la provisión del SFT⁵²⁻⁵⁵.

La provisión del Servicio de SFT durante al menos 6 meses en el Programa conSIGUE Implantación consiguió resolver un elevado porcentaje de RNM y rRNM. Tanto en el periodo 1 como en el periodo 6, se consiguieron unos porcentajes de prevención/resolución de cerca del 70% de los rRNM/RNM identificados. Este resultado es un dato muy importante dado que constituye el resultado más directo de la provisión del Servicio de SFT, constatado también en otros estudios⁵²⁻⁵⁵.

Los datos obtenidos siguen la misma tendencia que la observada en el Programa conSIGUE Impacto⁴², en el que también se registró una disminución paulatina del porcentaje de RNM registrados desde el mes 1 hasta el mes 6 de SFT. No obstante, en conSIGUE Impacto, se observó que el porcentaje de RNM resueltos durante el estudio discrepaba mucho con aquel de PS que fueron controlados (87,3% PS controlados vs 29,5% RNM resueltos en el periodo 6) suponiendo que el farmacéutico no registraba todas las intervenciones y por tanto el total de RNM resueltos pudo ser infraestimado. En esta segunda fase de conSIGUE, también, existe un mayor porcentaje de PS controlados que RNM resueltos a los 6 meses de la provisión del Servicio de SFT (85,7% PS controlados vs 63% RNM/rRNM resueltos en el periodo 6), aunque aquí la discrepancia es mucho menor respecto a conSIGUE Impacto. Se podría pensar que en esta fase de Implantación, los farmacéuticos al no tener que cumplimentar los registros todos los meses a diferencia de la fase de Impacto, y que además realizaban las intervenciones como parte de su trabajo diario sin requerir una estandarización estricta, disponían de más tiempo para realizar dichas intervenciones y de registrarlas. Por otra parte, podría haberse dado el caso que los FoCo, en esta segunda fase, fueran más rigurosos con la correcta cumplimentación de los registros cuando los revisaban con el farmacéutico durante las visitas a las farmacias y por tanto contribuyeran a mejorar la calidad de la documentación de la actividad asistencial.

Respecto a los tipos de RNM identificados, predominan la ineffectividad y riesgo de inseguridad de los tratamientos farmacológicos tanto en el periodo 1 como en el periodo 6, lo que apoya la necesidad de realizar un seguimiento estrecho de los resultados clínicos de los medicamentos por parte del farmacéutico comunitario. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la fase Impacto⁴². En la literatura científica existe diversidad de resultados relacionados con la identificación de RNM de

necesidad. Así, Gastelurrutia *et al.* identificaron un 48,0%⁵³, Delgado-Silveiro *et al.* un 43,9%⁵⁴, Fornos *et al.* un 39,6%⁵², mientras que en conSIGUE Impacto se identificó un 14,5%⁴² y Ocampo *et al.* reportaron tan sólo un 16,2%⁵⁵. Por otro lado, y a pesar de las dudas de muchos clínicos respecto a la capacidad del farmacéutico para identificar RNM de efectividad, éstos son los más identificados en la comunidad (Gastelurrutia *et al.*, 31,0%; Fornos *et al.*, 54,9%; conSIGUE Impacto, 67,8% y Ocampo *et al.*, 47,3%)^{42,52-53,55}. Sin embargo, en un estudio multicéntrico realizado en diferentes hospitales de España los porcentajes de RNM de ineffectividad eran bastante más bajos (Delgado-Silveiro *et al.*⁵³, 5,6%). En cuanto a los RNM de inseguridad, ocurría el fenómeno opuesto; en la comunidad se identifican muchos menos RNM de inseguridad que en los pacientes hospitalizados (Gastelurrutia *et al.*, 21,0%; Fornos *et al.*, 5,5%; conSIGUE Impacto, 17,8%; Ocampo *et al.*, 36,5%; frente a un 50,5% referido por Delgado-Silveiro *et al.*)^{42,52-55}.

Por otro lado, los PRM detectados por los farmacéuticos a través de sus intervenciones se asemejan también a los identificados en la fase Impacto y a otros reportados anteriormente para el SFT^{56,57} u otro Servicio similar⁵⁸. Así, como causas más prevalentes de RNM en el periodo 6, se identificaron el incumplimiento, las interacciones, la probabilidad de efectos adversos y problema de salud insuficientemente tratado, lo que explica por una parte que los tratamientos están siendo ineffectivos y por otra parte que éstos podrían provocar un daño adicional al paciente tal y como lo documentan los farmacéuticos en sus intervenciones. Aunque en un porcentaje pequeño (cerca del 3% de los casos), el farmacéutico no seleccionaba ningún PRM del listado predeterminado que ofrece Foro AF. Futuros estudios podrían investigar más sobre estas causas y por tanto determinar nuevos puntos de actuación sobre el proceso de uso del medicamento.

La prestación del Servicio en esta fase de implantación demuestra datos de interés en relación a las intervenciones realizadas por el farmacéutico durante el estudio. En el primer periodo, se realizó una media de 1,21 intervenciones por paciente mientras que en el periodo 6 tan solo se llevó a cabo una media de 0,33. Esta disminución en el número de intervenciones realizadas siguen la misma tendencia que en conSIGUE Impacto⁴². Parece lógico ya que al reducirse el porcentaje de RNM y PRM identificados así como el porcentaje de PS no controlados, bajaría también la necesidad de intervenir sobre los pacientes. Por otra parte, cuando el farmacéutico proponía un ajuste de la farmacoterapia al médico, cabe destacar que el porcentaje de la propuesta “añadir un medicamento” fue algo inferior en esta segunda fase de conSIGUE (14,4% conSIGUE Implantación vs 18,1% conSIGUE Impacto) mientras que aquella propuesta de “retirar un medicamento” fue algo superior (9,6% conSIGUE Implantación vs 4,8% conSIGUE Impacto). Sin embargo en conSIGUE Impacto disminuyó el número medio de medicamentos en mayor magnitud que en conSIGUE Implantación a los 6 meses de SFT. En futuras investigaciones, sería interesante contrastar la propuesta del farmacéutico con la decisión tomada por el médico cuando se trata de

añadir o retirar medicamentos y realizar un análisis exhaustivo de las intervenciones para poder conocer con mayor exactitud los factores implicados en la disminución del número medio de medicamentos cuando se presta el Servicio de SFT.

Otro dato interesante es la vía de comunicación de las intervenciones que elige el farmacéutico cuando el médico fue el destinatario en esta fase de conSIGUE Implantación. Desde el inicio del estudio (periodo 1), predomina la vía oral de tal manera que en un 45,5% de los casos el farmacéutico contacta con el médico usando la vía verbal cara a cara y telefónica, mientras que en tal solo en un 9,1% se utiliza la vía escrita farmacéutico-médico. Esta tendencia no concuerda con la de conSIGUE Impacto⁴², donde había un mayor porcentaje de comunicación vía escrita (24,4%). Según el modelo de colaboración interprofesional farmacéuticos-médicos (“*Collaborative Working Relationship*”) de McDonough *et al.*⁵⁹, la comunicación escrita toma un valor importante en la etapa llamada “Expansión de la Relación Profesional” en la que el farmacéutico comunica al médico los resultados obtenidos con los SPF que proporciona en la farmacia a los pacientes. Mientras que la comunicación verbal es una vía que suele utilizarse posteriormente entre los dos profesionales sanitarios una vez que se alcanza la máxima colaboración caracterizada por la interdependencia profesional, la toma de decisiones compartidas y la gestión conjunta de los tratamientos de los pacientes. Es posible que esta fase de conSIGUE Implantación, se potenciara más la colaboración con el médico desde algunos COF durante el desarrollo del Programa (reuniones con las gerencias locales, servicios de salud autonómicos y reuniones con los médicos en los mismos centros de salud, etc.) tal y como se mencionó en el capítulo 3 y que como consecuencia los farmacéuticos logran establecer más relación profesional con los médicos que en conSIGUE Impacto. Otra hipótesis sería que algunos farmacéuticos tuvieran una relación profesional ya establecida con los médicos antes de comenzar el Programa.

Otro dato satisfactorio que cabe mencionar es el alto porcentaje de aceptación de la intervención farmacéutica por parte del paciente y/o médico (80,6% en el periodo 1 y 82% en el periodo 6). Estos resultados respaldan aquellos obtenidos en el estudio realizado por Sabater *et al.*⁵⁶ donde un 93,6% de las intervenciones encaminadas por el farmacéutico fueron aceptadas por parte del paciente y/o médico.

Respecto a la utilización de los recursos sanitarios, el porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias disminuye en un 40,6% durante el estudio respecto a los 6 meses previos de prestación del Servicio de SFT. Este cambio observado en las visitas a urgencias podría estar relacionado con el mejor control del problema de salud conseguido durante la prestación del Servicio de SFT o porque los pacientes acudirían directamente a la farmacia en visitas no programadas para que el farmacéutico le resolviera el problema manifestado. Sin embargo, el número promedio de visitas a urgencias por paciente no varía de forma estadísticamente significativa en ninguno de los dos estudios (conSIGUE Implantación e Impacto). Esto puede significar que el Servicio de SFT puede evitar las visitas a urgencias en los casos de pacientes que

no utilizan adecuadamente este Servicio Sanitario. Por el contrario, en los pacientes que necesitan acudir a urgencias la intervención del farmacéutico no lo previene. Esto es así porque en España existe una tendencia a utilizar los servicios de urgencias como un recurso de Atención Primaria. Esto podría explicar las diferencias encontradas entre los resultados de este estudio y los del estudio de Hui *et al.*⁶⁰, donde no se identificó una disminución en el número de visitas a urgencias tras la provisión de un SPF muy similar al Servicio de SFT.

Con referencia al efecto del Servicio sobre los ingresos hospitalarios, el porcentaje de pacientes hospitalizados tras 6 meses de prestación del mismo, disminuye de forma estadísticamente significativa (-33,3%; $p \leq 0,05$) aunque en menor magnitud que en conSIGUE Impacto⁴² (-55%; $p \leq 0,05$). Esta menor magnitud del cambio podría estar relacionada con el porcentaje inicial de ingresos hospitalarios (6 meses anteriores de iniciar el estudio), que fue inferior en la muestra de pacientes de la fase de Implantación. Por otro lado, tal y como se indicó ya en el análisis de conSIGUE Impacto, podrían ser necesarios periodos de seguimiento superiores (por ejemplo superiores a un año) para observar el cambio en este indicador del impacto clínico. En cualquier caso, se puede ratificar que el Servicio de SFT mejora estos resultados clínicos. De hecho, en esta fase de implantación, disminuye el porcentaje de PS no controlados, lo que podría explicar en parte la reducción del porcentaje de los pacientes hospitalizados y por tanto se podría deducir que los ingresos hospitalarios son evitables con la prestación del SFT ya que aumenta la probabilidad de conseguir resultados esperados de la farmacoterapia.

Respecto a los resultados humanísticos de esta intervención, la mejora obtenida en la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en la fase de Impacto⁴² como en la fase Implantación es importante y por tanto este resultado ratifica que el Servicio de SFT tiene un efecto positivo sobre este indicador. Por otro lado, estos resultados están también respaldados por investigaciones previas, en las que Servicios similares al SFT mostraron un efecto positivo en pacientes mayores polimedicados^{61,62}.

5.6.3. Discusión de los resultados clínicos y humanísticos de la implantación del Servicio de SFT a los 12 meses de prestación

La implantación del Servicio de SFT a los 12 meses pone en evidencia una mejora de mayor magnitud en todos los indicadores de resultado clínico con respecto a la obtenida los 6 meses de SFT en el Programa conSIGUE Implantación. Aunque los resultados atañan a un grupo de pacientes más reducido (una quinta parte de la población total estudiada en el Programa conSIGUE Implantación), el análisis de los datos obtenidos sugiere que el impacto del Servicio logra mejores resultados en un periodo más largo de tiempo. Sería conveniente en un futuro, evaluar si el impacto del Servicio mantiene además los mismos resultados en periodos de seguimiento aún mayores (a los dos, tres, cuatro años, etc.).

Respecto al cambio en el número de medicamentos por paciente tras recibir el Servicio de SFT durante 12 meses, se observa la misma tendencia que la obtenida en conSIGUE Impacto⁴² (disminución de 0,39 y 0,28 medicamentos, respectivamente). Esta disminución conseguida, además de ser estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$), es mayor que aquella obtenida a los 6 meses de SFT así como que aquella obtenida en conSIGUE Impacto y, transcurría de forma progresiva conforme a que iban avanzando los meses de la prestación del Servicio. Por tanto, estos nuevos resultados apoyan aquella hipótesis donde se planteaba que algunos farmacéuticos planificaban las intervenciones relacionadas con el cambio de la medicación para visitas posteriores del seguimiento del paciente una vez que se sentían más capacitados para interactuar con el médico. Estos resultados obtenidos a los 12 meses de SFT son muy similares a los hallazgos de Jódar-Sánchez *et al.*⁶³. En su estudio de 12 meses de duración, mostraron que el Servicio de SFT a pacientes con 65 años o más institucionalizados en residencias geriátricas en la comunidad autónoma de Andalucía lograba una disminución estadísticamente significativa del 0,47 ($p \leq 0,001$) en el número promedio de medicamentos a los 12 meses del Programa.

Otro hallazgo importante relacionado con los resultados clínicos obtenidos a los 12 meses de SFT es el efecto positivo del Servicio sobre el control de los PS no controlados. Así, al finalizar el Programa se observa una notable disminución en el número promedio de Ps no controlados, así como en su porcentaje (cambios estadísticamente significativos en ambos casos). Estos resultados vienen a respaldar la idea de que las intervenciones del farmacéutico durante el Servicio de SFT sirven fundamentalmente para ayudar al médico y al propio paciente a conseguir que los tratamientos farmacológicos sean más efectivos. Además, hay que destacar que se logra una mayor disminución a los 12 meses de seguimiento que a los 6 meses, muy similar a la obtenida en conSIGUE Impacto. Existe en la actualidad una alta correlación entre la provisión del Servicio de SFT y la mejora de resultados clínicos en los pacientes tratados farmacológicamente⁵²⁻⁵⁵.

A estos resultados beneficiosos, hay que añadir el impacto positivo del Servicio sobre los indicadores de recursos sanitarios estudiados en el presente estudio (visitas a urgencias e ingresos hospitalarios) en esta submuestra de pacientes que recibieron el SFT durante 12 meses. En este sentido, el cambio apreciable obtenido en la utilización de los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios en el periodo comprendido entre el sexto y duodécimo mes de SFT con respecto a los 6 meses anteriores de iniciar el estudio es muy satisfactorio ya que supone un ahorro al Sistema Sanitario. Cabe recordar que el porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias disminuye en un 53,1% durante el estudio respecto a los 6 meses previos de la prestación del Servicio de SFT y además este cambio es estadísticamente significativo y de mayor magnitud que aquel logrado tanto en conSIGUE Impacto⁴² como en conSIGUE Implantación (disminución en un 40,6% y 49%, respectivamente). Con referencia al impacto del Servicio sobre los ingresos hospitalarios, se aprecia una disminu-

ción en más de la mitad del grupo de pacientes que reciben SFT durante 12 meses (del 11,2% al 4,5%) aunque en esta ocasión de forma no estadísticamente significativa probablemente debido al pequeño tamaño muestral. En cualquier caso, este resultado viene a confirmar nuevamente el impacto positivo del Servicio en este subgrupo de pacientes sobre este indicador clínico y en este caso a más tiempo de seguimiento. La correlación entre la provisión del SFT y la disminución de visitas a urgencias y hospitalizaciones, también ha sido constatada por otros autores⁵⁵.

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, los datos recogidos al año del Programa en la submuestra de pacientes que recibieron SFT durante 12 meses reflejan una mejora de mayor magnitud que la obtenida a los 6 meses de SFT e incluso mayor que conSIGUE Impacto⁴². Este resultado es muy satisfactorio ya que no sólo se logra implantar el Servicio en un periodo de tiempo mayor sino que también se responde al propósito final que contempla el Servicio de SFT, el de obtener resultados específicos que mejoren la calidad de vida de los pacientes, y muestra el impacto sobre esta variable humanística, también a largo plazo (12 meses). La mejora en la calidad de vida percibida por los pacientes que reciben el SFT se ha visto también constatada en estudios que utilizan otros métodos de media como el cuestionario SF-36⁵⁵.

En definitiva, los resultados clínicos y humanísticos obtenidos en conSIGUE Implantación no solo confirman las conclusiones de la evaluación de la efectividad del Servicio de SFT halladas en el Programa conSIGUE Impacto y en otros estudios, sino que sugieren la sostenibilidad de los resultados a largo plazo (un año)⁴². En base a estos hallazgos es posible sugerir que la inclusión del profesional farmacéutico dentro del equipo de Atención Primaria que atiende al paciente mayor crónico polimedcado, puede contribuir a mejorar la salud de los pacientes y a disminuir el uso de los recursos sanitarios, mejorando así la eficiencia del servicio sanitario. Los resultados de este informe y del informe conSIGUE Impacto deberían ser tenidos en cuenta en la planificación de las estrategias para los pacientes mayores crónicos y polimedcados.

5.7. Conclusiones

- 1) La implantación del Servicio de SFT en la práctica diaria de las farmacias comunitarias corrobora los resultados clínicos y humanísticos que previamente habían sido demostrados en la etapa de evaluación del impacto.
- 2) La implantación del Servicio de SFT logra una disminución del número de medicamentos, así como del número de problemas de salud no controlados y del porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias y que ingresan en los hospitales.
- 3) El Servicio de SFT consigue una disminución del número de RNM y riesgos de RNM identificados.

- 4) El Servicio de SFT mejora la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.
- 5) De los mejores resultados clínicos y humanísticos obtenidos en la submuestra de pacientes que reciben el Servicio de SFT durante 12 meses parece deducirse que los efectos del mismo mejoran a medida que aumenta el tiempo de su provisión.

5.8. Referencias bibliográficas

1. Hanlon JT, Schmader KE, Gray S. Adverse drug reactions. In: Delafuente JC, Stewart RB, eds. *Therapeutics in the Elderly*. 3rd ed. Cincinnati, OH: Harvey Whitney Books, 2000: 289-314.
2. Baena MI, Faus MJ, Fajardo PC, Luque FM, Sierra F, Martínez-Olmos J *et al.* Medicine-related problems resulting in emergency department visits. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62(5): 387-393.
3. Otero-López MJ, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clín* 2006; 126(03): 81-87.
4. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007; 147(11): 755-765.
5. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med* 2001; 38(6): 666-671.
6. Alcalde P, Dapena MD, Nieto MD, Fontecha BJ. Ingreso hospitalario atribuible a efectos adversos a medicamentos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 36: 340-344.
7. Garijo B, de Abajo FJ, Castro MA, Lopo CR, Carcas A, Frias J. Hospitalizaciones motivadas por fármacos: un estudio prospectivo. *Rev Clin Esp* 1991; 188(1): 7-12.
8. Climente Martí M, Quintana Vargas I, Martínez Romero G, Atienza García A, Jiménez Torres N. Prevalencia y Características de la Morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. *Aten Farm.* 2001; 3: 9-22.
9. Fernández-Llimós F, Tuneu L, Baena MI, García-Delgado A, Faus MJ. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. *Curr Pharm Des* 2004; 10(31): 3947-3967.
10. Martínez Jiménez MV, Flores Dorado M, Espejo Guerrero J, Jiménez Vicente P, Martínez-Martínez F, Bernabé Muñoz E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2012; 44(03): 128-135.
11. Marcellino K, Kelly WN. Potential risks and prevention, Part 3: Drug-induced threats to life. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58(15): 1399-1405.
12. Kelly WN. Potential risks and prevention, Part 4: Reports of significant adverse drug events. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58(15): 1406-1412.

13. Kelly WN. Potential risks and prevention, Part 1: Fatal adverse drug events. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58(14): 1317-1324.
14. Kelly WN. Potential risks and prevention, Part 2: Drug-induced permanent disabilities. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58(14): 1325-1329.
15. Gupchup GV, Vogenberg FR, Larratt EP. Assessing outcomes of pharmaceutical care services by consultant pharmacists, Part One: A review and research recommendations. *Consult Pharm* 2001; 16(9): 844-850.
16. International Pharmaceutical Federation (FIP). *Improving Global Health by Closing Gaps in the Development, Distribution, and Responsible Use of Medicines*. 2012,. Amsterdam. Disponible en: <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2012/10/04/declaration.pdf> [Último acceso: Febrero 2016].
17. Wiedenmayer K, Summers RS, Macjie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. *Developing a Pharmacy practice. A focus on patient care*. The Hague: Ed. WHO and FIP; 2006.
18. Álvarez de Toledo Saavedra F. La Evolución a los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. *Pharm Care Esp*. 2015; 17(6): 723-724.
19. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
20. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Declaración de Córdoba. 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-Farmaceutico/Documents/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba.pdf> Disponible. [Último acceso Enero 2016].
21. Smith J, Picton C, Dayan M. Now or Never: Shaping pharmacy for the future. The report of the commission on future models of care delivered through pharmacy. Disponible en: <http://www.rpharms.com/promoting-pharmacy-pdfs/moc-report-full.pdf>. [Último acceso Enero 2016].
22. Blenkinsopp A, Celino G, Bond CM, Inch J. Medicines use reviews: the first year of a new community pharmacy service. *The Pharmaceutical Journal*. 2007;278(24):218-223.
23. Australian Government. Department of Health. MEDSCHECK AND DIABETES MEDSCHECK. Programme specific guidelines. July, 2015. Disponible en: <http://6cpa.com.au/medication-management-programmes/medscheck-diabetes-medscheck/> [Último acceso Febrero de 2016].
24. Rabeneck L, Tinmouth JM, Paszat LF, Baxter NN, Marrett LD, Ruco A *et al*. Ontario's ColonCancerCheck: results from canada's first province-wide colorectal cancer screening program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2014; 23(3): 508-515.
25. Colon Cancer Check. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Disponible en: <https://www.ontario.ca/page/colorectal-cancer-screening-and-prevention>. [Último acceso: Febrero 2016].
26. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K *et al*. From “retailers” to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy* 2015; 119(5): 628-639.
27. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47(3): 533-543.

28. Cipolle J, Strand LM, Morley PC. A Reimbursement System for Pharmaceutical Care: Pharmaceutical Care Practice. New York: McGraw-Hill, 1998.
29. Goodyer LI, Miskelly F, Milligan P. Does encouraging good compliance improve patients' clinical condition in heart failure? *Br J Clin Pract* 1995; 49(4): 173-176.
30. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJ. Un enfoque holístico e integrado de la implantación de los servicios farmacéutico cognitivos. *Ars Pharm* 2010;51(2):69-88.
31. World Population Ageing: 1950-2050 [Internet]. New York: United Nations. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. [Último acceso Enero de 2016].
32. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing* 2014; 43(6): 744-747.
33. Aspinall S, Sevick MA, Donohue J, Maher R, Hanlon JT. Medication errors in older adults: a review of recent publications. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5(1): 75-84.
34. Cunningham G, Dodd TR, Grant DJ, McMurdo ME, Richards RM. Drug-related problems in elderly patients admitted to Tayside hospitals, methods for prevention and subsequent reassessment. *Age Ageing* 1997; 26(5): 375-382.
35. Sabater-Hernández D, Silva Castro MM, Faus MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera edición. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica; 2007.
36. Zermansky AG, Silcock J. Is medication review by primary-care pharmacists for older people cost effective?: a narrative review of the literature, focusing on costs and benefits. *Pharmacoeconomics* 2009; 27(1): 11-24.
37. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008; 65(3): 303-316.
38. Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012; 29(6): 495-510.
39. Loganathan M, Singh S, Franklin BD, Bottle A, Majeed A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing* 2011; 40(2): 150-162.
40. Verrue CL, Petrovic M, Mehuys E, Remon JP, Vander Stichele R. Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes: a systematic review. *Drugs Aging* 2009; 26(1): 37-49.
41. Sáez-Benito L, Fernández-Llimós F, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing* 2013; 42(4): 442-449.
42. Martínez-Martínez F, Farragher T, Faus MJ, *et al.* Programa conSIGUE. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados en la farmacia comunitaria española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. ISBN: 978-84-87276-83-5. Disponible en: <http://www.portalafarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/conSIGUE/Documents/Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>. [Último acceso Enero 2016]

43. Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martin JJ, García-Mochon L, López Del Amo MP, Martínez-Martínez F *et al.* Cost-utility analysis of a medication review with follow-up service for older adults with polypharmacy in community pharmacies in Spain: the conSIGUE program. *Pharmacoeconomics* 2015; 33(6): 599-610.
44. Brown CH, Curran G, Palinkas LA, Aarons GA, Wells KB, Jones L, *Et al.* Designs for implementation. An overview of research and evaluación designs for dissemination and implementation. *Ann Annu Rev Public Health*, [Forthcoming 2017].
45. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care* 2012; 50(3): 217-226.
46. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Ed. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Madrid. 2010. ISBN ISBN-13: 978-84-693-1717-4.
47. Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.
48. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(6): 425-430.
49. Zardain E, del Valle MO, Loza MI, Garcia E, Lana A, Markham WA *et al.* Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. *Pharm World Sci* 2009; 31(2): 174-182.
50. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31(1): 32-39.
51. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 58(6): 648-664.
52. Fornos JA, Andres NF, Andres JC, Guerra MM, Egea B. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. *Pharm World Sci* 2006; 28(2): 65-72.
53. Gastelurrutia P, Benrimoj SI, Espejo J, Tuneu L, Mangues MA, Bayes-Genis A. Negative clinical outcomes associated with drug-related problems in heart failure (HF) outpatients: impact of a pharmacist in a multidisciplinary HF clinic. *J Card Fail* 2011; 17(3): 217-223.
54. Delgado-Silveira E, Fernández-Villalba EM, García-Mina M, Albiñana MS, Casajús MP, Peris JF. (Grupo Cronos). Impacto de la intervención farmacéutica en el tratamiento del paciente mayor pluripatológico. *Farm Hosp* 2015; 39(4): 192-202.
55. Ocampo CC, García-Cárdenas V, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes. *Int J Clin Pharm* 2015; 37(5): 931-940.
56. Sabater-Hernández D, Faus MJ, Fikri-Benbrahim N, García-Cárdenas V. Resultados globales de la base de datos del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico: 2008. *Aten Primaria* 2010; 42(5): 297-298.

57. Bofí Martínez P, García Jiménez E, Martínez-Martínez F. Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Aten Primaria* 2015; 47(3): 141-148.
58. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J *et al.* Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am J Med* 2004; 116(6): 394-401.
59. McDonough R, Doucette W. Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41(5): 682-692.
60. Hui RL, Yamada BD, Spence MM, Jeong EW, Chan J. Impact of a Medicare MTM program: evaluating clinical and economic outcomes. *Am J Manag Care* 2014; 20(2): e43-51.
61. Respect trial team. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract.* 2010; 60(570): e20-27.
62. LaFleur J, Larson BS, Gunning KM, Stoddard GJ, Madden C, Oderda L *et al.* Agreement between pharmacists for problem identification: an initial quality measurement of cognitive services. *Ann Pharmacother* 2009; 43(7): 1173-1180.
63. Jódar-Sánchez F, Martín JJ, López del Amo MP, García L, Araújo-Santos JM, Epstein D. Cost-utility analysis of a pharmacotherapy follow-up for elderly nursing home residents in Spain. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(7): 1272-1280

6. Programa de implantación para el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Uno de los objetivos de conSIGUE Implantación era probar el modelo FISpH para la implantación de un Servicio. Tras el análisis y evaluación del proceso y de los diferentes indicadores y resultados, se han identificado elementos de mejora de dicho modelo. Una vez finalizados los 15 meses de práctica de los farmacéuticos y analizado el trabajo realizado por los FoCo, se han evaluado dichos elementos y agrupado en cuatro categorías: formación de los FoCo, formación de los farmacéuticos, herramientas que se utilizan en el modelo y responsables Colegiales de los SPF.

Cambios necesarios a realizar en el Programa para la mejora del mismo

Para cada una de las categorías citadas, se describe primero el contenido actual de los programas de formación para luego pasar a describir las propuestas de mejora, en cada caso. Algo parecido ocurre con la categoría, herramientas, en la que tras la descripción de la situación actual del Módulo de Atención Farmacéutica de Bot PLUS 2.0 se describen propuestas de mejora referidas a la aplicación que a la vez incluyen la incorporación de nuevos registros y funcionalidades. Por último se añade una categoría que hace referencia a la necesidad de la existencia de un responsable colegial de SPF en los COF. Este hecho es de gran importancia ya que si se pretende que cambie la farmacia comunitaria, los COF también deberán cambiar su estructura e incorporar además del FoCo, responsables políticos que impulsen la implantación de nuevos SPF.

1. Formación de los Formadores Colegiales

a) Contenido del programa formativo previo

√ Propuestas de mejora

2. Formación de los farmacéuticos

- a) Farmacéuticos titulares
 - √ Propuestas de mejora
- b) Farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT
 - √ Propuestas de mejora

3. Herramientas

- a) Bot PLUS 2.0: Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica
 - √ Propuestas de mejora en la aplicación
 - √ Propuestas de incorporación de registros
- b) Registros del Servicio de SFT
 - √ Propuestas de mejora
- c) Registros del FoCo
 - √ Propuestas de mejora

4. Responsable colegial de los Servicios Profesionales Farmaceuticos Asistenciales

1. Formación de los Formadores Colegiales (FoCo)

a) Contenido del programa de formación de los FoCo

Para conSIGUE Implantación se había diseñado un programa de formación específico (Anexo 9) con una duración de 40 horas distribuidas en cinco días en la sede del CGCOF, cuyo contenido incluía diferentes aspectos requeridos para desarrollar su trabajo con los farmacéuticos comunitarios implicados como facilitadores de la implantación del Servicio de SFT en las farmacias. A continuación se muestra un resumen de los contenidos formativos impartidos en dicho programa:

- Aspectos específicos relacionados con la actividad de los FoCo como facilitadores del Servicio de SFT, específicamente sobre:
 - Los Servicios Profesionales Farmacéuticos. Importancia de la implantación a nivel internacional y en España.
 - El Programa ConSIGUE: 2009-2013-Impacto y 2013-2015-Implantación. Protocolos. Diseño de un nuevo modelo de implantación *Framework for the Implementation of Services in Pharmacy*; modelo FISpH y su utilización en el programa conSIGUE Implantación.

- ¿Qué es un FoCo? Funciones, responsabilidades en cada fase del modelo FIS-pH. Caracterización de las farmacias implicadas y análisis de su evolución. Identificación de puntos clave para facilitar la implantación.
- El Servicio de SFT:
 - Clínica del mayor crónico polimedicado.
 - Metodología: procedimiento e indicadores del Servicio.
 - Herramientas: registros, Bot PLUS 2.0, búsqueda de fuentes bibliográficas o manejo de las guías de práctica clínica.
- La comunicación con pacientes y médicos. Teoría aplicada a la práctica.
- Las características del trabajo del FoCo:
 - Herramientas de trabajo.
 - Recogida de datos para la investigación.
 - Entrevista motivacional, el arte de la negociación inteligente.
- Práctica: Simulación, desarrollo de casos y discusión de intervenciones.

✓ Propuestas de mejora para el programa de formación de los FoCo

Como consecuencia de la experiencia adquirida a lo largo del Programa conSIGUE Implantación y de los comentarios manifestados por los FoCo participantes en diferentes reuniones grupales, se presentan las siguientes propuestas de mejora que se han orientado fundamentalmente a tres áreas específicas: metodología, registros y herramientas de trabajo del FoCo.

Proponen una mayor dedicación formativa a temas como la inteligencia emocional y a las estrategias de motivación.

También solicitan una mayor preparación en temas como:

- Gestión de casos y actuaciones ante situaciones inesperadas
- Refuerzo del sistema de trabajo en temas como:
 - Análisis del Clima de la farmacia.
 - Análisis de los Factores de implantación.
 - Identificación de Barreras y Facilitadores para la implantación del Servicio.
 - Definición de estrategias para su posterior utilización en las Barreras y demás situaciones inesperadas.

Un asunto al que se le dedicó mucha importancia es la demanda de una mayor formación práctica en aspectos clínicos. Junto a todo ello, los FoCo plantean un exceso de formación en cuanto a la introducción y el significado de los Servicios Profesionales Asistenciales.

En relación con los registros y las herramientas utilizadas, se propone ampliar los conocimientos en la búsqueda de recursos tanto de Bot PLUS 2.0 como de la utilización de fuentes bibliográficas. También se solicita más formación sobre las herramientas diseñadas para el registro del trabajo realizado, las estrategias para mejorar la relación con los médicos, la gestión de casos complejos con los farmacéuticos y la gestión del tiempo.

Además, estaban muy interesados en ampliar sus conocimientos sobre estrategias de difusión a medios de comunicación en aspectos como la implantación, en la realización de talleres, o en la actualización de contenidos clínicos. Otro asunto a mejorar es la inclusión de temas sobre calidad proponiendo un sistema de calidad con la descripción de indicadores básicos del Servicio, lo que permitirá a los FoCo disponer de puntos clave y objetivos sobre los que trabajar.

2. Formación de los farmacéuticos

a) Farmacéuticos titulares

Para la fase de conSIGUE Implantación se había diseñado un programa de información específica (Tabla 2.2) para dos medias jornadas, con un total de 10 horas que permitía cierta reflexión sobre el programa, con el objetivo de que al finalizar los asistentes tomaran la decisión de implicarse y comprometer su farmacia comunitaria en el proyecto de investigación para la implantación del Servicio de SFT, o no participar. Para que pudieran disponer de suficiente conocimiento sobre lo que significaba implicarse en el Programa, el contenido incluía diferentes aspectos, entre los que se destacan los siguientes:

- Situación de la farmacia asistencial y profesional:
 - Futuro de la farmacia y provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales; importancia actual. Incluía aspectos como estrategia y organización de una farmacia prestadora de SPF y nociones sobre la elaboración de un plan financiero que incluía ventajas relativas del Servicio de SFT y sus costes de la implantación, la necesidad de conseguir el pago por Servicio y el análisis de su rentabilidad.
 - Sobre el programa de investigación y los modelos de implantación, se ofrecía información sobre el Modelo FISpH y sobre el Programa conSIGUE: Impacto e Implantación.

- Respecto a las responsabilidades de cada implicado se abordaron las referentes a las de la farmacia participante en el Programa, las del farmacéutico titular, las del farmacéutico proveedor del Servicio de SFT, las del Formador Colegial, las del equipo conSIGUE y por último las correspondientes al Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Tras estas sesiones formativas el titular confirmaba su decisión de participar en el Programa mediante la firma del compromiso y la designación de los farmacéuticos que serían proveedores del Servicio de SFT por farmacia, fueran o no titulares.

✓ Propuestas de mejora para la formación de los farmacéuticos titulares

En cuanto a la formación que se realizó a los farmacéuticos titulares tan sólo se ha puesto de manifiesto el exceso de tiempo y por tanto, la posibilidad de reducción de esta formación concentrándola en una única media jornada, con una duración de 5 horas.

b) Farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT

Se había diseñado un programa de formación específica (Tabla 2.4) para cinco medias jornadas y 21 h, con el objetivo de facilitar la asistencia a los farmacéuticos que serían los proveedores (adjuntos y/o titulares) haciéndolo compatible con su jornada laboral, permitiendo que pudieran asistir indistintamente por la mañana o por la tarde. El contenido de las sesiones incluía aspectos prácticos y teóricos que alternaban simulaciones y casos cuya resolución iba adquiriendo sucesivamente una mayor complejidad a medida que se desarrollaban. Entre los aspectos considerados se destacan los relacionados con:

- La investigación, sobre todo en referencia a los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, la importancia de la implantación, tanto a nivel internacional como en España. También se incluía formación sobre Programa conSIGUE (Impacto e Implantación).
- El Servicio de SFT, en el que se abordaban aspectos como la clínica del paciente mayor polimedcado, la metodología del Servicio, el manejo del Módulo de SFT de Bot PLUS 2.0 y la utilización de fuentes bibliográficas.
- La comunicación con pacientes y médicos, con contenidos sobre la teoría aplicada a la práctica y la entrevista con el paciente. Se incluía el análisis de una entrevista en la provisión del Servicio.
- Los registros de la investigación: se discutió un caso completo de 8 meses de duración.
- El Formador Colegial.

✓ Propuestas de mejora en la formación de los Farmacéuticos proveedores:

Respecto a la formación de los Farmacéuticos proveedores del Servicio de SFT se proponen las siguientes mejoras:

- Mayor profundidad en la formación sobre metodología del Servicio.
- Simplificación de los registros del CRD.
- Mayor preparación en los temas relacionados con la organización interna de la farmacia (reparto de tareas, tiempo de dedicación, gestión de tiempo).
- Incluir formación sobre el marketing de Servicios. El objetivo es proporcionar a la farmacia recursos y estrategias para que se puedan comunicar a la sociedad las diferencias entre una Farmacia de Servicios de la que no lo es. También incluye cómo ofrecer SPF a la población atendida.
- Profundizar en cómo establecer la relación con médicos y otros agentes.
- Facilitar las herramientas para trabajar con el paciente en su cambio de conducta y los cambios de comportamiento que tiene que asumir el farmacéutico con el mismo objetivo.
- Establecer el contenido y calendario de formación acumulada con sesiones mensuales adaptadas a las necesidades específicas de cada farmacia implicada.
- Incrementar la formación clínica y en el uso racional de los medicamentos.

3. Herramientas

a) Bot PLUS 2.0

El Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica de Bot PLUS 2.0 está diseñado en base a los procedimientos, instrucciones técnicas y definiciones consensuadas por Foro AF en 2008. En la formación se utilizó específicamente el acceso a SFT (Figura 6.1) al considerarse que se trata de una herramienta informática a disposición de todas las farmacias en España y que, por su especial sistema de Alertas, al cruzar automáticamente toda la información facilitada por el paciente en la entrevista, se puede considerar un elemento facilitador para la provisión del Servicio. Sin ser obligatorio se propuso como sistema de soporte y ayuda de la actuación de los farmacéuticos implicados.

Figura 6.1. Servicio de SFT en el Módulo de Atención Farmacéutica de Bot PLUS 2.0

The screenshot displays the 'Seguimiento Farmacoterapéutico' (Pharmacotherapy Follow-up) module. At the top, there are tabs for 'Dispensación', 'Indicación Farmacéutica', and 'Seguimiento Farmacoterapéutico', along with a 'Configurar' button. Below the tabs, a patient's basic information is shown: Código (313), Nombre (c), Apellidos (p), Sexo (Hombre), F. Nacimiento (16/03/1950), F. Alta (16/03/2016), F. Baja, and Motivo Baja. A navigation bar below this contains nine items: 1 Datos Personales, 2 Antecedentes, 3 Parámetros, 5 Medicamentos, 6 Problemas de Salud, 7 Incidencias, 8 Hoja de Evaluación, and 9 Estado Situación. The main area is titled 'Datos Paciente' and contains two sections: 'Datos Sanitarios' and 'Médicos'. The 'Datos Sanitarios' section includes fields for Tarjeta Sanitaria, F. Afiliación, Centro de Salud, Teléfono, Fax, Email, Dirección, C. Postal, Localidad, and Provincia (set to Madrid). The 'Médicos' section has a table with columns for Especialidad, Nombre, Nº Colegiado, and Privado. At the bottom, there are buttons for 'Grabar', 'Cancelar', 'Volver', and 'Imprimir'.

Durante los 12 meses que duró el Programa, el CGCOF solicitó a los proveedores del Servicio de SFT que, a través de los FoCo, comunicaran posibles mejoras de Bot PLUS 2.0. Así, se recibieron propuestas sobre:

- Mejoras de la aplicación
- Inclusión de registros de la investigación en un sistema electrónico (CRD e).

✓ Propuestas de mejora en la aplicación

- Mayor velocidad
- Búsqueda de pacientes:
 - Poder ordenar los pacientes por número, orden alfabético, etc. como se puede hacer en los programas de gestión seleccionando la pestaña correspondiente.
 - Mejorar la búsqueda de provincias para dar de alta al paciente.
 - Antecedentes:
 - Mejorar el registro de médicos, utilizando el mismo sistema que tiene el registro de parámetros.
 - Permitir escribir libremente las alergias en espacios en blanco e incrementar las posibilidades de búsquedas.

- Estado de situación (ES):
 - Posibilidad de imprimirlo como el el formato del modelo en papel que se utiliza.
 - Posibilidad de duplicar el ES si no se ha cambiado nada y que permita corregir /modificar el realizado el mes anterior sin que haya que reescribirlo íntegramente.
 - Permitir que al escribir los nombres comerciales de los medicamentos se conviertan automáticamente en los principios activos correspondientes.
 - Posibilidad de seleccionar la fecha con la que se guarda el ES ya que en la actualidad se mantiene, por defecto, el de la última vez que se guardó, lo que genera dificultades al consultar los anteriores.
 - Incluir un sistema de avisos al farmacéutico sobre incidencias pendientes, citas pendientes con el paciente, adherencia, etc.
 - Incluir composición de los medicamentos (Ej.: excipientes de declaración obligatoria) en listados a exportar de búsquedas libres.
- Alertas:
 - Poder imprimir el texto de las alertas en pdf.
 - Generar un sistema de gestión de alertas o bien un sistema de configuración avanzada filtrando por tipo de alerta o relevancia clínica de las mismas.
 - Poder ocultar las alertas a medida que se vayan revisando y si se considera que no se aplican en el paciente concreto, manteniendo la opción de “mostrar las alertas ocultas” por si se quisieran revisar en otra ocasión.
 - Duplicidad teniendo en cuenta no solo principio activo sino grupo terapéutico.
 - Poder imprimir cada alerta al completo sin generar la incidencia.
- Medicamentos:
 - Mostar iconos ya codificados (toma de alimentos /sin toma de alimentos) asociados a los medicamentos de los pacientes en SFT.
 - En normas de administración incluir si es con o sin alimentos y 1 h o 30 min antes o después de las comidas; con /sin leche, etc.
 - Mejorar la visibilidad de la descripción de los medicamentos, de forma que cuando se ponga el cursor encima del medicamento se muestre toda la descripción, forma farmacéutica, cantidad, dosis, etc.
 - Controlar posología, dosis máxima en función de la pauta usada.
 - Facilitar el registro de tomas con calendarios diarios, cada x días, semanales o mensuales (o-1/2-o-o cada dos días, o cada semana o una vez al mes).
 - Posibilidad de incorporar en las hojas de medicación el registro de color y forma de los medicamentos.
 - Poder buscar por principio activo y no solo por medicamentos.
 - Pasar la pauta registrada a la hoja de medicación directamente.

- Evaluación e Incidencias:
 - Mejorar el sistema de evaluación de forma que siempre se siga el mismo proceso analizando Necesidad, Efectividad y Seguridad de los tratamientos en este orden (N,E,S).
 - Permitir una alerta por las intervenciones pendientes de resultado.

✓ Inclusión de registros de la investigación en un sistema electrónico

- Inclusión de un crono automático para medir tiempos en cada fase; entrevista, fase de estudio, evaluación, intervención, resultado de la intervención, visitas adicionales.
- Variables resultado:
 - Cuestionarios: calidad de vida y adherencia.
 - Ingresos urgencias/ hospital.
 - Evaluación de la sostenibilidad del Servicio:
 - Alcance
 - Adherencia al Servicio
 - Integración del Servicio
 - En Problemas de salud añadir un campo para poner “controlado/ no controlado”.
- Resultado de la intervención. Automatizar el máximo de situaciones posibles que se pueda encontrar el fármaco durante la provisión del Servicio.

b) Registros de proveedor

En el Programa de implantación, los farmacéuticos proveedores han utilizado registros en papel diseñados específicamente para recoger las variables del Programa.

✓ Propuesta de mejora de los registros de los proveedores

Los farmacéuticos han solicitado la reducción de los mismos y la utilización de nuevas tecnologías para dejar de utilizar formato impreso.

c) Registros del FoCo

Se preparó una base de datos en formato de Excel en el que incorporaban todos aquellos aspectos relacionados con el proceso de facilitación que realizaban in situ en las farmacias incluyendo los tiempos de desplazamiento, dedicación, Barreras y Facilitadores, farmacias y farmacéuticos, número de visitas realizadas, registro

de pacientes por farmacia, identificación de RNM, las intervenciones propuestas, re-sueltas o por resolver, etc.

✓ Propuesta de mejora de los registros de FoCo

En relación con los registros utilizados para evidenciar tanto el trabajo en las farmacias como el realizado desde el COF en la búsqueda de soluciones, los FoCo han propuesto:

- Reducir el número de registros a realizar identificando los principales datos que permitan evaluar la calidad de su trabajo.
- Definir y diseñar el registro en las visitas y gestión de tiempos efectivos/ desplazamientos.
- Mejorar la formación en aspectos muy concretos como la identificación de incidencias, errores o la calidad del trabajo que realizan.
- Limitar al máximo los periodos de cumplimentación de los cuestionarios de sostenibilidad del Servicio.
- Utilizar un sistema asociado a las nuevas tecnologías.

4. Responsable colegial de los SPF

Durante el proyecto de investigación se constató que en algunas provincias la relación FoCo - COF no tenía suficiente intensidad, lo que repercutió en el desarrollo y posteriores resultados del Programa. Como consecuencia, se considera necesario que los COF designen un miembro de la Junta de Gobierno que sea el responsable de la implantación de Servicios Profesionales Asistenciales. Sus objetivos serán, al margen del control de los diferentes proyectos, mantener una relación directa con el FoCo y servir de enlace entre éste y la Junta de Gobierno, además de dar visibilidad al esfuerzo y a la inversión realizada a todos los niveles, tanto económica como profesional, sensibilizar al Presidente para la negociación del pago del Servicio, gestionar el marketing de los SPF, organizar ruedas de prensa, etc.

7. Discusión global

En el presente informe se presentan resultados globales de la evolución de las farmacias a través de las distintas etapas del modelo de implantación utilizado en este estudio necesarias para implantar un SPF como es el Servicio de SFT. También se incluye un análisis del Clima de la farmacia que contempla los Factores de implantación, Barreras y Facilitadores, necesarios para la implantación del Servicio, el análisis de la relación interprofesional farmacéutico-médico y los resultados del impacto del Servicio durante la implantación.

En cada capítulo a lo largo del informe, se ha incluido un apartado de discusión donde se ha discutido el contenido del mismo. En esta sección se pretende hacer una discusión global que aporte al lector una idea general del Programa conSIGUE Implantación y de sus logros.

Mediante la utilización del modelo FISpH se ha conseguido un nivel de implantación del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias muy satisfactorio que a la vez ha permitido obtener unos resultados en salud similares a los que se obtuvieron en un estudio más controlado (conSIGUE Impacto).

Es cierto que los beneficios se han obtenido algo más tardíamente que los alcanzados en conSIGUE Impacto aunque ello es debido a que en Impacto la presión sobre los farmacéuticos estaba centrada en la inclusión de pacientes en el primer mes y en la obtención de resultados en salud. Sin embargo en conSIGUE Implantación la presión se ha puesto en ir avanzando en cada una de las fases del proceso de implantación, ya que el objetivo era evaluar la tasa de implantación (alcance) del Servicio por los farmacéuticos de la forma más natural posible.

Además, cuando los farmacéuticos de conSIGUE Implantación prestan el Servicio lo hacen con un alto nivel de adhesión al protocolo establecido (adherencia al Servicio), lo que en suma genera un alto grado de confianza en que el farmacéutico comunitario puede realizar el Servicio de SFT y hacerlo tal como está procedimentado.

Al mismo tiempo, hemos comprobado que el Servicio se ha integrado en las farmacias a un cierto nivel (integración) y ello teniendo en cuenta que en el momento de la evaluación de la sostenibilidad inicial no existía remuneración alguna por su prestación y el FoCo, de acuerdo con el protocolo, había dejado de realizar su trabajo de facilitación *in situ*.

El modelo desarrollado y ensayado presenta unas características suficientemente positivas que permiten afirmar que contribuye a la generalización de los SPF con el nivel de efectividad encontrado en conSIGUE Impacto. Además este modelo permite que el farmacéutico se comience a integrar de una manera funcional en el Sistema de Salud ya que facilita el trabajo y la práctica colaborativa con el médico con un mayor nivel de intensidad y profundidad respecto al que existe en la práctica habitual del farmacéutico comunitario.

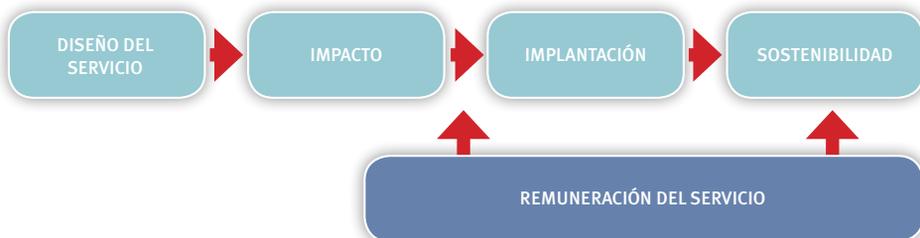
Cuando se analizan los datos agregados obtenidos en este estudio de una forma global se vislumbra el inicio de un cambio de la práctica farmacéutica que según todas las Organizaciones Profesionales es hacia donde debe avanzar la farmacia comunitaria.

Además, este Servicio aborda una necesidad de la población que utiliza medicamentos, no siempre adecuadamente, por lo que el farmacéutico contribuye a la optimización de su uso y por tanto a la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Cualquier estrategia de abordaje de dicha sostenibilidad debe contar con todos los profesionales de la salud incluido el farmacéutico comunitario.

Los resultados clínicos y económicos que el farmacéutico puede generar con la provisión del Servicio de SFT ya se pusieron de manifiesto en un informe previo, correspondiente a conSIGUE Impacto. Son los datos de ese informe los que deben utilizarse en cualquier tipo de negociación que la Corporación, al nivel que sea, realice para conseguir la remuneración por el Servicio.

Esta remuneración supone un elemento fundamental para que se pueda proceder a mantener la fase de sostenibilidad. Por ello, hemos modificado las etapas del diseño, desarrollo e implantación de los SPF con el resultado tal y como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Proceso de diseño, desarrollo e implantación de SPF



Para finalizar sabemos que el paciente recibe con mucho agrado este Servicio que además contribuye al cambio de la opinión que tiene sobre el farmacéutico. Los datos que tenemos, no incluidos en este informe, permiten afirmar¹⁻³ que los pacientes comienzan a percibir al farmacéutico como un profesional de la salud en toda la amplitud del término. Lo mismo sucede con la opinión del médico, que a medida que avanza la provisión del Servicio, acepta mejor las recomendaciones que hace el farmacéutico a la vez que mejora su relación interprofesional.

En resumen, con este tipo de estudios (conSIGUE Impacto e Implantación) la Profesión se está preparando para el futuro, algo que en general no está sucediendo en los diferentes países que están intentado implantar SPF remunerados. Cuando se empiece a pagar por el Servicio de SFT, la Organización Profesional contará con un Programa de Implantación suficientemente probado que permitirá que el Servicio de SFT se incorpore e integre en la rutina de las farmacias comunitarias con la consiguiente generalización del mismo.

7.1. Referencias bibliográficas

1. Sabater-Galindo M, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez, F, Sabater-Hernández D, Ruiz de Maya S. Patients' expectations of the role of the community pharmacist: development and testing of a conceptual model. *Res Soc Admin Pharm.* [Forthcoming, 2016].
2. Sabater-Galindo M, Fernández-Llimós F, Sabater-Hernández D, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. *Patient Educ Couns.* 2016; 99(3): 339-347.
3. Sabater-Galindo M, Sabater-Hernández D, Ruiz de Maya S, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Modelling elderly patients' perception of the community pharmacist image when providing professional services. *Psychol Health Med.* [Forthcoming, 2016].

8. Conclusiones generales

El 90% de las farmacias participantes han conseguido implantar el Servicio de SFT con una media de casi 7 pacientes por farmacia. Dicha implantación ha permitido la provisión del Servicio a un elevado número de pacientes, obteniendo así el alcance objetivo del Programa. La provisión del Servicio se ha realizado con una elevada adherencia al mismo y de acuerdo a como fue protocolizado. Todos estos indicadores se han obtenido mediante una integración satisfactoria del Servicio en las farmacias participantes a los 15 meses de estudio, teniendo en cuenta que en ese momento no existía remuneración ni facilitación por parte del FoCo.

El proceso de facilitación desarrollado por los FoCo ha permitido identificar los Factores de implantación más frecuentes relacionados con Barreras y Facilitadores, sobre las que los FoCo han trabajado de forma efectiva consiguiendo minimizar y eliminar dificultades y, dotar a los farmacéuticos de las habilidades necesarias para la implantación del Servicio de SFT en las farmacias comunitarias involucradas.

Los Factores de implantación más frecuentes son el Tiempo, las Características personales y los Registros, el Factor de implantación más frecuente relacionado con Barreras fue el Tiempo y el Factor de implantación más frecuente relacionado con Facilitadores fue la Motivación.

El FoCo es una figura imprescindible para el éxito del proceso de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.

En base a modelos teóricos se ha desarrollado un cuestionario para evaluar la colaboración entre el farmacéutico comunitario y el médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario en España, que se ha denominado Modelo de Práctica Colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico (MPC-conSIGUE FarMed) formado por cuatro etapas de colaboración entre ambos profesionales. La validación se realizó analizando la validez y fiabilidad del cuestionario.

La puntuación media obtenida para las etapas altas de colaboración en aquellos farmacéuticos participantes en el Programa conSIGUE fue significativamente superior a las de los farmacéuticos que realizaban su práctica habitual.

La implantación del Servicio de SFT en la práctica diaria de las farmacias comunitarias corrobora los resultados clínicos y humanísticos que previamente habían sido demostrados en la etapa de evaluación del impacto.

La implantación del Servicio de SFT logra una disminución del número de medicamentos, así como del número de problemas de salud no controlados y del porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias y que ingresan en los hospitales.

El Servicio de SFT consigue una disminución del número de RNM y riesgo de RNM identificados.

El Servicio de SFT mejora también la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes.

De los mejores resultados clínicos y humanísticos obtenidos en la submuestra de pacientes que reciben el Servicio de SFT durante 12 meses parece deducirse que los efectos del mismo mejoran a medida que aumenta el tiempo de su provisión.

9. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

D. Miguel Ángel Calleja Hernández Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada (CEI-GRANADA)

CERTIFICA

Que este Comité ha analizado la propuesta de el Grupo de Atención Farmaceutica de la Universidad de Granada (Dr. Fernando Martínez Martínez) de enmienda, por extensión del proyecto de investigación titulado: " Medida del Impacto clínico, económico y humanístico del Seguimiento Farmacoterapéutico en Pacientes Polimedicados aprobado el 25/11/09 por el CEIC del HUVN, para que se realice el proyecto titulado: "Programa para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria española" y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado por los Dres M^º Jose Faus Dáder y Fernando Martínez Martínez junto con el Grupo de Investigación en Atención Farmaceutica como investigadores principales en el mismo y colaboradores.

Lo que firmo en Granada a veinte de diciembre de dos mil trece.

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández

Firmado:

Anexo 2. Hoja de información del paciente

Título del proyecto: Programa para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria española (programa conSIGUE implantación)

Investigador (Farmacéutico que realice el servicio de SFT):

Objetivos: Desarrollar un programa de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos en el ámbito de la farmacia comunitaria española que permita optimizar la implantación y futura sostenibilidad de los mismos a lo largo del tiempo, utilizando el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico como ejemplo. Para ello el farmacéutico tratará de identificar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), para prevenir y resolver los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) en los pacientes mayores polimedicados que asistan a retirar su medicación en una farmacia comunitaria. Para eso, serán hechas entrevistas consecutivas dentro del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a Pacientes.

Procedimientos: Deseo participar en este estudio y conozco que:

1. Tendré una serie de entrevistas con el farmacéutico investigador, durante 12 meses de seguimiento, que coincidirán con la recogida de mi tratamiento en la farmacia.
2. En la primera cita, traeré todos los medicamentos que utilizo y contestaré a algunas preguntas sobre ellos y sobre mi historia clínica. Eso tardará aproximadamente 30 minutos.
3. En las citas subsecuentes el farmacéutico seguirá preguntándome sobre mi estado de salud y medicamentos que utilizo.

Beneficios: Puedo no tener beneficios directos con la participación en ese proyecto, como también puedo mejorar mi estado de salud por tener la contribución de otro profesional de la salud, el farmacéutico, que es el especialista en medicamentos. Además, tendré información sobre todos los medicamentos que tengo en mi tratamiento así como la posibilidad de aclararme las dudas que tenga sobre ellos.

Riesgos: En cuanto al estudio de Seguimiento Farmacoterapéutico, no tiene riesgos ya que solamente tengo que contestar a las preguntas que me realice el farmacéutico.

Información sobre Resultados del estudio: Los resultados de la investigación, conforme normativa vigente, se harán públicos mediante su difusión y posterior publicación en prensa científica, sin que se facilite ningún dato que me identifique o pueda llegar a identificarme.

Confidencialidad: Toda la información obtenida en este estudio es confidencial y será estrictamente utilizada para fines de investigación. Mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero sometido a la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, así mismo podré solicitar en todo momento la información y resultados obtenidos de esta investigación relacionada con mi persona.

Derecho de acceso, rectificación o cancelación: Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, siendo yo libre para renunciar a seguir o no en la investigación en cualquier momento sin afectarme o poner en riesgo mi asistencia médica.

El Farmacéutico(a) _____ me ha comentado toda esa información poniéndose a mi disposición para contestar a cualquier duda que tenga, siendo su teléfono (_____)

Anexo 3. Consentimiento informado del paciente

DON/DOÑA
 (nombre y dos apellidos), mayor de edad, con D.N.I. núm., edad....., sexo y con domicilio en, mediante el presente documento DECLARA haber sido informado de que por parte de la oficina de farmacia de la titularidad de Don/Doña se está participando en el PROGRAMA conSIGUE IMPLANTACIÓN “Programa de implantación de servicios profesionales farmacéuticos (SFT) en la farmacia comunitaria española” (en adelante, EL PROGRAMA), cuya finalidad es

El abajo firmante manifiesta expresamente que desea participar en el desarrollo del PROGRAMA y a tal efecto otorga su consentimiento de manera voluntaria a su participación en el mencionado PROGRAMA; a recibir el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico; a publicar mis datos clínicos resultantes de la investigación y, a tal efecto, DECLARA que ha sido informado de forma precisa e inequívoca y autoriza expresamente a la oficina de farmacia de Don/Doña y, concretamente, al/a los farmacéuticos Don/Doña; Don/Doña, en su calidad de investigador/es del PROGRAMA para recabar y tratar en un fichero de la responsabilidad de Don/Doña, como titular de la oficina de farmacia, de sus datos de: nombre y dos apellidos, dirección postal, teléfono de contacto, sexo, edad, nivel de estudios, problemas de salud, parámetros clínicos y tratamiento con medicamentos, con la finalidad de participar en el PROGRAMA.

Asimismo, autoriza y faculta de forma expresa para que por parte del titular de la oficina de farmacia/farmacéutico investigador de la misma, que desarrolla su ejercicio profesional en la citada farmacia, se cedan exclusivamente sus datos referidos a: sexo, edad, problemas de salud, tratamiento de medicamentos y nivel de estudios, junto con los datos propios de la oficina de farmacia, al Colegio Oficial de Farmacéuticos de, al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y a la Universidad de Granada, con la finalidad de poder realizar el proyecto de investigación que constituye el objeto del PROGRAMA.

Del mismo modo, DECLARA haber sido informado de forma inequívoca y precisa de que los datos de carácter personal que se recaban a través del presente formulario son facultativos, si bien de no facilitarse no podrá participar en el PROGRAMA. Ha sido informado de que su consentimiento es revocable y de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos, dirigiéndose por escrito a la oficina de farmacia de la titularidad de Don/Doña

Y para que así conste y a los efectos oportunos, firmo el presente consentimiento informado en, ade de 2014.

Fdo.

Anexo 4. Factores de la implantación

Factor	Descripción
SERVICIO	
1	Comunicación con pacientes Habilidad del farmacéutico para comunicarse con los pacientes en el Servicio de SFT.
2	Tiempo Cantidad de tiempo que se dedica a la provisión del Servicio de SFT dentro de la rutina diaria de la farmacia.
3	Reclutamiento Capacidad del farmacéutico para incluir pacientes en el Servicio de SFT.
4	Registros Calidad, coherencia de los registros del Servicio de SFT completados por el farmacéutico proveedor (estado de situación, evaluación, intervenciones realizadas)
5	Metodología del Servicio (Adecuación) Adecuación de los registros completados por el farmacéutico proveedor con la metodología del Servicio de SFT.
6	Bibliografía Grado de utilización de las fuentes bibliográficas adecuadas para la realización del Servicio de SFT.
7	Complejidad Dificultad percibida para la implantación del Servicio de SFT en la farmacia, caracterizada por la duración, objetivos y estrategias requeridas dentro del Programa.
8	Adaptabilidad Grado con que el Servicio de SFT es adaptado, o modificado en una farmacia, con el objetivo de cubrir las necesidades del entorno local de la misma
9	Observabilidad Grado con que se perciben los beneficios de la provisión del Servicio de SFT para el paciente y para la propia farmacia y farmacéutico (Ej.: <i>Mejora de resultados en salud, mayor satisfacción, incremento de la fidelidad del paciente, mejora de la relación con los médicos, "efecto llamada", etc.</i>)

PERSONAL		Factor	Descripción
10	Identificación	Modo en que cada miembro de la farmacia se siente, o no, identificado con la dirección estratégica de la farmacia, y su grado de compromiso con ella.	
11	Conciencia	Conocimiento del personal de la farmacia sobre los resultados derivados de la provisión del Servicio de SFT.	
12	Características personales	Cualidades, atributos o caracteres personales de los farmacéuticos proveedores y titulares, que influirán como Barreras o Facilitadores para la provisión del Servicio de SFT.	
13	Motivación	Interés mostrado por todos los miembros de la farmacia para proveer el Servicio de SFT y trabajar en equipo para facilitar su provisión.	
14	Etapas del cambio	Fase en que se encuentra cada uno de los farmacéuticos proveedores respecto a la evolución en el tiempo y a su progreso hacia una provisión motivadora y conocimientos profundos del SFT. <i>(Ej.: ¿Podemos mejorar o intervenir sobre su conducta?, ¿Hay una adquisición progresiva de habilidades personales para la provisión de SFT? ¿Podemos utilizar el “Modelo Transteórico” para valorar este cambio en él y saber cómo trabajar con él?, etc.)</i>	
15	Conocimiento y experiencia	Formación actual, conocimientos previos, y experiencia para la provisión del Servicio de SFT.	
16	Creencias	Actitud de cada miembro de la farmacia hacia el Servicio de SFT y valor o importancia atribuida al mismo.	
17	Autoeficacia	Creencia individual sobre la capacidad del propio farmacéutico proveedor para lograr los objetivos establecidos para la realización e implantación del Servicio de SFT.	

FARMACIA		Factor	Descripción
18	Equipo	Capacidad de los miembros de la farmacia para trabajar en equipo.	
19	Flujo de trabajo	Forma en que se dividen y coordinan las actividades de la farmacia en cuanto a las relaciones entre los miembros de la farmacia, incluyendo el modo en que se estructuran las tareas de la farmacia, cómo se realizan, cuál es su orden, cómo se sincronizan y cómo afecta esto a la provisión del Servicio de SFT.	
20	Comunicación	Tipo, cantidad, flujo... de comunicación entre los miembros de la farmacia sobre el Servicio de SFT.	
21	Objetivos	Grado en que los objetivos de implantación se han definido, comunicado y alcanzado por los miembros de la farmacia. (Ej.: <i>Objetivos para la provisión del Servicio de SFT, objetivos marcados para solventar barreras detectadas, número de pacientes objetivo, etc.</i>)	
22	Feedback	Grado de <i>feedback</i> entre los miembros de la farmacia	
23	Prioridad	Percepción compartida por los trabajadores de la farmacia sobre la importancia de la implantación del Servicio de SFT dentro de la misma.	
24	Cultura	Expectativas y valores compartidos, por todos los miembros de la farmacia.	
25	Clima	Actitudes hacia el entorno de la farmacia y satisfacción con el trabajo.	
26	Estructura	Diseño de la farmacia, edad, tamaño y madurez de la misma para la provisión del Servicio de SFT.	
27	Fuentes bibliográficas	Número y calidad de las fuentes bibliográficas disponibles en la farmacia.	
28	Incentivos	Motivo (económico o no económico) que aumenta la participación del farmacéutico y demás empleados de la farmacia, para la implantación del Servicio de SFT. (Ej.: <i>Fidelidad de los pacientes, obtención de créditos para la farmacia o farmacéutico, puntos, asistencia a congresos, formación, etc.</i>)	

Factor	Descripción
29	Medida en que la farmacia recibe el apoyo externo que necesita y que es necesario para el cambio de práctica. <i>(Ej.: FoCo, sesiones clínicas organizadas por el COF, etc.)</i>
30	Apoyo proporcionado por los propios miembros de la farmacia para la provisión en implantación del Servicio de SFT. <i>(Ej.: ayuda de los compañeros, tiempo para proveer el Servicio, etc.)</i>
31	Indicadores dentro de la farmacia que muestran el compromiso de ésta para la implantación del Servicio de SFT en la misma.
32	Compromiso, involucración y responsabilidad del líder de la farmacia para la implantación del Servicio de SFT.
ENTORNO LOCAL	
33	Número de pacientes potenciales de recibir SFT en la farmacia, con 65 años o más y en tratamiento con 5 o más medicamentos.
34	Disponibilidad de publicidad o marketing que ponga en conocimiento de los usuarios la provisión del Servicio de SFT en la farmacia.
35	Relación con otros farmacéuticos (participantes en conSIGUE o de fuera de conSIGUE) con los que se comentan o trabajan aspectos relacionados con el Servicio de SFT.
36	Relación laboral que tiene la farmacia y los farmacéuticos que trabajan en la misma con los médicos de su área de salud.
37	Percepción y conocimiento de los médicos acerca de la necesidad de proveer el Servicio de SFT por parte de los farmacéuticos.
38	Nociones de los pacientes acerca de la necesidad de proveer el servicio de SFT por parte de los farmacéuticos y, de su propia necesidad de recibirlo.

Anexo 5. Cuestionario de adherencia al Servicio de SFT

A completar por el farmacéutico proveedor

Índice de adherencia del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

Como parte del proyecto de investigación conSIGUE estamos muy interesados en conocer su opinión sobre la implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en su farmacia y, es por ello que hemos desarrollado una serie de cuestionarios para poder evaluarla. La información que se obtenga será utilizada por los investigadores para poder mejorar el proceso de implantación en el futuro y también repercutirá en su farmacia.

Concretamente, este índice de adherencia al servicio tiene como objetivo medir el grado en que los proveedores del servicio se ajustan o adaptan las pautas del servicio.

Para completar el cuestionario, por favor, indique con un número de cero a diez LA FRECUENCIA con la que sucede cada una de las siguientes afirmaciones, si cero representa nunca y diez representa siempre.

OFERTA DEL SERVICIO												
1	Se identifican los pacientes que pueden beneficiarse del servicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Se oferta el servicio a los pacientes que pueden beneficiarse del servicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Se acuerda la cita para la primera entrevista con los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Se solicita a los pacientes que traigan a la primera entrevista todos los medicamentos que tienen en casa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Se solicita a los pacientes que traigan a la primera entrevista los informes médicos que posean.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Se solicita a los pacientes que traigan a la primera entrevista los parámetros que posea.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRIMERA ENTREVISTA												
7	Se identifican todos los problemas de salud del paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Se recaba información sobre el grado de control de los problemas de salud identificados.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Se solicita información adicional (diagnósticos, parámetros clínicos, etc.) cuando es necesario para identificar y/o conocer el control los problemas de salud de mejor forma.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Se registran todos los medicamentos de prescripción médica que utiliza el paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Se registran todos los medicamentos de indicación farmacéutico o automedicación que utiliza el paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Se recaba información sobre el uso que hacen los pacientes de sus medicamentos (dosis, indicaciones, pauta, adherencia, forma de administración etc.).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A completar por el farmacéutico proveedor

ESTADO DE SITUACIÓN												
13	Todos los problemas de salud y medicamentos actuales del paciente se registran en el estado de situación.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Se ha registrado toda la información relativa a los medicamentos (fecha, pauta etc.).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Se ha registrado toda la información relativa a los problemas de salud (fecha, control etc.).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Los problemas de salud no tratados farmacológicamente y/o los medicamentos sin problema de salud asociado a su uso también se registran en el estado de situación.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FASE DE ESTUDIO												
17	Se plantean las dudas que surgen en relación a la situación clínica de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Se resuelven las preguntas clínicas planteadas utilizando fuentes de información apropiadas para ello.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Se identifican aquellas intervenciones que potencialmente pueden mejorar los resultados en salud de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Se identifica información sobre el uso y administración de los medicamentos de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FASE DE EVALUACIÓN												
21	Se evalúa la necesidad, efectividad y seguridad de cada uno de los medicamentos de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Se identifican los PRM que podrían ser causa de un mal control de los problemas de salud.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Se elaboran listados de los RNM identificados.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FASE DE INTERVENCIÓN												
24	Se establecen una serie de objetivos para mejorar y/o preservar el estado de salud del paciente o evitar posibles riesgos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	Los objetivos se priorizan según la situación particular y necesidades del paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	Se planifican intervenciones para conseguir los objetivos planteados.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	Se programan varias intervenciones en el tiempo (a corto, medio y largo plazo).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	Se realiza educación al paciente sobre sus problemas de salud y medicamentos siempre que es necesario.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29	Las intervenciones planificadas son realizadas con el correspondiente destinatario (ej. paciente, médico, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	Todas las intervenciones (incluido su aceptación y resultado final) se registran mediante algún sistema destinado a ello.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A completar por el farmacéutico proveedor

ENTREVISTAS SUCESIVAS												
31	Tras las correspondientes intervenciones se programan citas con el paciente para comprobar su evolución.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	Se obtiene la información sobre la aceptación de las intervenciones por parte del destinatario (paciente, médico, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	Se obtiene la información sobre el resultado (en salud) de las intervenciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	El plan de actuación establecido para cada paciente se va modificando en base al resultado de las intervenciones y evaluación del paciente en el tiempo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	Se reevalúa el estado de salud del paciente de forma periódica.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36	Cuando el paciente presenta un cambio en su estado de salud o en su medicación, se fija una visita para comprobar la situación.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ASPECTOS GENERALES SOBRE EL PROCESO												
37	Se obtiene el consentimiento informado del paciente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38	El proceso del servicio se sigue de forma ordenada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39	Se documentan las actividades conforme se realizan las distintas etapas del servicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La provisión del servicio de SFT probablemente variará en cada farmacia

- ¿Hay algún aspecto de la provisión del servicio de SFT que haya sido modificado en tu farmacia? Sí / NO
- ¿Podrías especificar de qué forma has adaptado la metodología del SFT tal y como la aprendiste en la formación a tu situación práctica particular?

Anexo 6. Cuestionario de integración del Servicio de SFT

Cuestionario a completar por el farmacéutico proveedor

Escala de integración del servicio

Como parte del proyecto de investigación conSIGUE estamos muy interesados en conocer su opinión sobre la implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en su farmacia y, es por ello que hemos desarrollado una serie de cuestionarios para poder evaluarla. La información que se obtenga será utilizada por los investigadores para poder mejorar el proceso de implantación en el futuro y también repercutirá en su farmacia.

Concretamente, esta escala de integración del servicio tiene como objetivo medir el grado en que el nuevo servicio se ha integrado o forma parte de la práctica diaria o cotidiana.

Para completar el cuestionario, por favor, indique SU GRADO DE ACUERDO con cada una de las siguientes afirmaciones. Tenga en cuenta el grado de acuerdo puede variar de 1 a 5, siendo 1 significa para nada de acuerdo, y el 5 completamente de acuerdo.

		[1] Para nada	[2]	[3]	[4]	[5] Completa- mente
1	El nuevo servicio forma parte de nuestro trabajo habitual.					
2	El nuevo servicio es fácil de explicar a otro profesional sanitario.					
3	El nuevo servicio es fácil de explicar a un paciente.					
4	Empleados de la farmacia conocen el servicio y saben cuáles son sus funciones en relación al mismo.					
5	El servicio ha provocado cambios en la anterior rutina de trabajo de la farmacia de forma permanente.					
6	Cuando realizo el servicio, o colaboro en él, fluye bien.					
7	Empleados de la farmacia estamos habituados a que el servicio se realice en la farmacia.					
8	Todos asumimos la provisión del servicio, como parte de nuestro trabajo habitual.					
9	Hemos adaptado nuestros antiguos hábitos de trabajo para prestar el servicio.					
10	Somos capaces de adaptarnos para seguir prestando el servicio en diferentes situaciones que puedan plantearse como vacaciones, sobrecarga de trabajo, particularidades de cada paciente etc.					
11	Si no realizo el servicio, o colaboro en él, de forma apropiada, mis compañeros me lo dirán.					
12	El personal de la farmacia involucrado en el servicio vigila los errores que puedan producirse durante la provisión del mismo.					
13	El personal de la farmacia involucrado en el servicio, plantea posibles problemas que surgen durante el mismo.					
14	Entre el personal de la farmacia abordamos cómo gestionar los diferentes comentarios y/o situaciones planteadas por los pacientes, médicos o cualquier otro profesional sanitario.					

Cuestionario a completar por el farmacéutico proveedor

		[1] Para nada	[2]	[3]	[4]	[5] Completa- mente
15	A los nuevos empleados de la farmacia se les explica en qué consiste el servicio para su posible participación en el mismo.	Procede Si/No				
16	Recibimos formación continuada en los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la realización del servicio.					
17	Los conocimientos, habilidades y competencias necesarios para desempeñar nuestras funciones en el servicio se especifican formalmente por escrito.					
En los ítems 18 y 19 no responder en caso de ser el único farmacéutico de la farmacia.						
18	Debato personalmente con mi jefe (o, si soy el jefe, con mis empleados) los conocimientos, habilidades y competencias necesarios para llevar a cabo mi/su papel en la realización del servicio.					
19	Llego a acuerdos con mi jefe (o con mis empleados) para fijar objetivos de formación y así mejorar mis/sus conocimientos, habilidades y competencias para la provisión del servicio.					
En los ítems siguientes la palabra "DOCUMENTACION" se refiere a:						
<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes bibliográficas. Ejemplos: guías de práctica clínica, recursos web, artículos de revista, libros, folletos de información al paciente y/o base de datos • La documentación necesaria para realizar o registrar la información recogida durante el servicio. Ejemplos: protocolos de actuación, hojas de recogida de datos, cualquier otro tipo de sistema de registro, o documentos sobre aspectos relacionados con la organización de la farmacia) • Otro tipo de documentos. Ejemplos: guías de usuarios de los dispositivos, manejo de dispositivos o test de diagnóstico o, guías para el mantenimiento de los dispositivos) 						
20	Se dispone de las fuentes bibliográficas apropiadas para realizar el servicio.					
21	La DOCUMENTACION del servicio está almacenada en un lugar conocido y accesible de la farmacia.					
22	La DOCUMENTACION del servicio se repone en caso de su pérdida.	Procede Si/No				
23	Durante la provisión del servicio siempre usamos un sistema de registro y gestión de la información para los pacientes.					
24	La DOCUMENTACION del servicio se actualiza periódicamente de acuerdo con la nueva evidencia y recomendaciones clínicas.					
25	La DOCUMENTACION es utilizada para actualizar los conocimientos y habilidades del personal implicado en el servicio.					
En los ítems siguientes los "recursos materiales" se refieren a todos aquellos materiales necesarios para proveer el nuevo servicio, tales como dispositivos o productos sanitarios (tensiómetros, glucómetros, tiras para glucómetros, etc.), analíticas, hoja de prescripción del paciente, informes médicos u otros.						
26	Tenemos recursos materiales siempre disponibles.					
27	Los recursos materiales están siempre en su lugar.					
28	Los recursos materiales están localizables cuando son necesarios.					
29	Existen determinadas personas en la farmacia que se responsabilizan de los recursos materiales.					
30	El servicio es un tema habitual que se aborda de forma conjunta con el personal de la farmacia involucrado en el servicio.					
31	El funcionamiento del servicio es evaluado periódicamente.					
32	Seleccionamos objetivos para mejorar el servicio.					
33	Analizamos si hemos alcanzado los objetivos de mejora planteados.					

Anexo 7. Descripción del puesto de trabajo de Formador Colegial

El FoCo debe ser un farmacéutico contratado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) con dedicación exclusiva para conSIGUE Implantación.

Descripción general

- 1) Farmacéutico contratado por el COF provincial. Por la experiencia previa se recomienda con una jornada laboral completa.
- 2) Dedicación exclusiva para conSIGUE, sin tareas externas al Programa, con jornada flexible y adaptable a la posibilidades horarias de las farmacias/farmacéuticos implicados.
- 3) Se valorará experiencia profesional en la farmacia comunitaria de su provincia porque se requiere conocimiento de la situación actual de la misma.
- 4) Será un apoyo externo que facilite el cambio de práctica de la farmacia y de los farmacéuticos, nunca será alguien que preste servicios clínicos directos a los pacientes.

Tareas específicas

- 5) Realizar un cronograma de visitas a las farmacias durante el desarrollo del Programa.
- 6) Prestar apoyo a las farmacias. Resolver dudas, formar, motivar... En todo momento el FoCo facilitará cualquier tipo de apoyo que necesiten los farmacéuticos incluidos en el Programa.
- 7) Analizar la situación (barreras y facilitadores) de cada farmacia comunitaria (FC) y farmacéutico, de manera individualizada. Determinar qué necesidades han de ser cubiertas para que tenga lugar la implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).
- 8) Seleccionar y definir las estrategias basadas en el análisis de situación. (El FoCo realizará un plan de implantación individualizado para cada farmacia comunitaria con el objetivo de abordar las barreras y utilizar los facilitadores identificados).
- 9) Ayudar a aplicar las estrategias e intervenciones necesarias.

- 10) Posibilitar la realización en el COF de sesiones conjuntas con todos los farmacéuticos para resolver casos clínicos, búsquedas bibliográficas... y demás cuestiones de interés de los farmacéuticos relacionadas con el Programa conSIGUE Implantación.

Tareas del FoCo relacionadas con la investigación

- 11) Control de los registros de farmacias y *feedback* con el Grupo Investigador. Monitorización de la evolución.
- 12) Presentar o participar en la presentación de conSIGUE Implantación a los médicos del área correspondiente a los farmacéuticos implicados.
- 13) Organizar las jornadas de formación de los farmacéuticos participantes en el COF local (aula, horario, etc.).
- 14) Proporcionar a todos los farmacéuticos participantes un sistema de comunicación adecuado (FoCo-farmacéutico), mediante email y teléfono de contacto.
- 15) Registrar frecuencia de la interrelación FoCo-Farmacéutico.
- 16) Comprobar que el farmacéutico completa correctamente todos los registros que se le requieran.
- 17) Actuar como nexo de unión entre los farmacéuticos participantes y el Grupo Gestor del programa conSIGUE, trasladando dudas, sugerencias, aportaciones... mediante llamada telefónica, videoconferencia o correo electrónico.
- 18) Reuniones periódicas con el Grupo Investigador (cada 2 semanas aprox.), mediante videoconferencia, para obtener formación continua y proporcionar un *feedback* sobre la evolución y estado de las farmacias participantes.
- 19) Recoger datos de la tasa y nivel de provisión del Servicio de SFT en cada farmacia.
- 20) Posibilitar la organización de grupos focales con los farmacéuticos participantes en el Programa.

Dedicación

- 21) Asistencia a los 5 días de clases de formación en el Consejo General.
- 22) Asistencia a la formación de farmacéuticos titulares (2 días).
- 23) Asistencia a la formación de farmacéuticos proveedores (5 días)
- 24) Reuniones periódicas (cada 2 semanas aprox.) mediante videoconferencia con el Grupo Investigador.

Formación y aptitudes

Titulación

Licenciado/Graduado en farmacia.

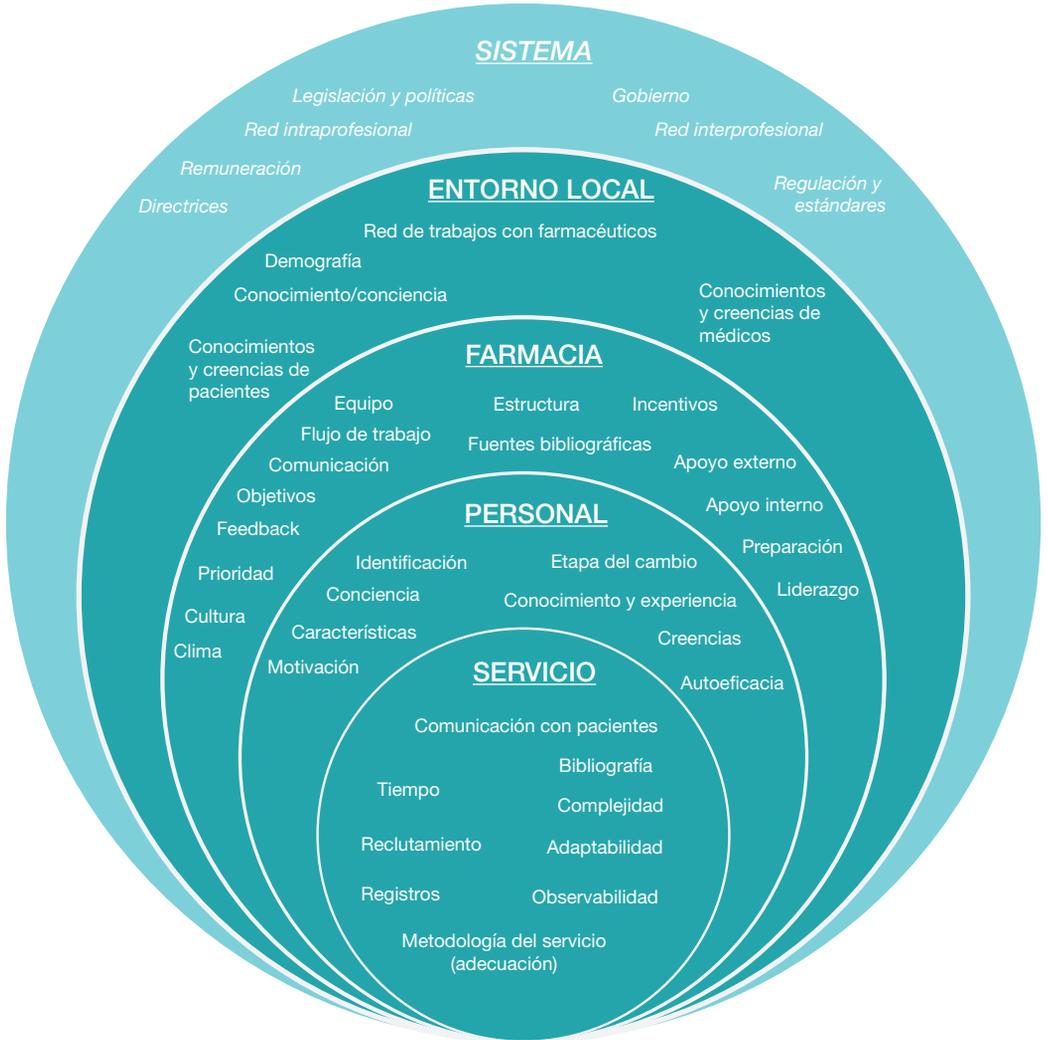
Puesto laboral

Responsable farmacéutico contratado por el COF provincial, recomendable a jornada completa. Dedicación exclusiva a conSIGUE Implantación.

Aptitudes recomendadas

- Experiencia laboral en farmacia comunitaria de la provincia.
- Habilidades en comunicación oral y escrita.
- Conocimientos de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, en concreto el de Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Habilidades de trabajo en equipo.

Anexo 8. Dominios y factores de implantación



Anexo 9. Contenido de la formación de los FoCo

Contenido de la formación de los FoCo de la primera fase

- i. Servicios Profesionales Farmacéuticos, importancia de la implantación a nivel internacional y en España.
- ii. Programa ConSIGUE:
 - √ Antecedentes: 2009-2013- Impacto
- Resultados
 - √ Presente: 2013-2015- Implantación
- Protocolo, modelo FISpH
- iii. ¿Qué es un FoCo? Funciones y caracterización.
- iv. Clínica del paciente mayor polimedicado.
- v. Metodología del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)
- vi. Manejo de Bot PLUS 2.0. Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
- vii. Manejo de fuentes bibliográficas.
- viii. Búsquedas bibliográficas en bases de datos.
- ix. Comunicación de los farmacéuticos con pacientes y médicos.
- x. Recogida de datos para la investigación por parte del FoCo.
- xi. Ejemplos de las funciones del FoCo en el Programa conSIGUE.
- xii. Recogida de datos para la investigación por parte de las farmacias.
- xiii. Habilidades para detectar necesidades en las farmacias.
- xiv. Conductas e intervenciones con farmacéuticos.
- xv. Casos prácticos: paciente mayor polimedicado, casos clínicos de SFT, metodología, búsquedas bibliográficas, Bot PLUS 2.0, comunicación, registros de SFT.
- xvi. Participación en directo de la provisión del Servicio de SFT a un paciente.
- xvii. Sesión con FoCo de conSIGUE Impacto: entrevista, guion y dudas de la semana.

Contenido de la formación de los FoCo de la segunda fase

- i. Servicios Profesionales Farmacéuticos, importancia de la implantación a nivel internacional y en España.
- ii. Programa ConSIGUE:
 - ✓ Antecedentes: 2009-2013- Impacto
 - Resultados
 - ✓ Presente: 2013-2015- Implantación
 - Protocolo, modelo FISpH
- iii. ¿Qué es un FoCo? Funciones, responsabilidades en cada fase del modelo FISpH, evolución de las farmacias y caracterización.
- iv. Clínica del paciente mayor polimedcado.
- v. Metodología del Servicio de SFT.
- vi. Manejo de Bot PLUS 2.0. Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
- vii. Manejo de fuentes bibliográficas.
- viii. Búsquedas bibliográficas en bases de datos.
- ix. Análisis de una entrevista en la provisión del Servicio de SFT. Paciente simulado - entrevista, guion y dudas.
- x. Ejemplos de las funciones del FoCo en el Programa conSIGUE.
- xi. Comunicación con pacientes y médicos. Teoría aplicada a la práctica.
- xii. Puntos clave para facilitar la implantación del Servicio de SFT.
- xiii. Casos prácticos: paciente mayor polimedcado, casos clínicos de SFT, metodología, búsquedas bibliográficas, Bot PLUS 2.0, comunicación, registros de SFT, herramientas de trabajo del FoCo.
- xiv. Discusión de un caso del Servicio de SFT durante 8 meses. Complimentación de registros de conSIGUE Implantación. Identificación y resolución de errores.
- xv. Herramientas de trabajo del FoCo y recogida de datos para la investigación por parte del FoCo.

Jornada de participación de todos los FoCo de los COF implicados

xvi. Experiencias de los FoCo conSIGUE Implantación primera fase.

- √ Organización de talleres en el COF.
- √ Experiencia de la relación y trabajo con médicos y otros agentes sanitarios en conSIGUE Implantación.
- √ Barreras más frecuentes en la metodología e intervenciones.
- √ Expectativas del FoCo y realidades encontradas.

xvii. Entrevista motivacional, el arte de la negociación inteligente.

Anexo 10. Frecuencia de los factores de implantación

FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS Y FACILITADORES				FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS				FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON FACILITADORES			
Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%
Tiempo	Servicio	911	7,3	Tiempo	Servicio	764	11,4	Motivación	Personal	411	7,2
Características personales	Personal	856	6,9	Registros	Servicio	678	10,1	Características personales	Personal	347	6,1
Registros	Servicio	846	6,8	Metodología del Servicio	Servicio	559	8,3	Apoyo externo	Farmacia	276	4,8
Metodología del Servicio	Servicio	683	5,5	Características personales	Personal	509	7,6	Etapas del cambio	Personal	273	4,8
Motivación	Personal	679	5,5	Bibliografía	Servicio	337	5,0	Liderazgo	Farmacia	230	4,0
Reclutamiento	Servicio	515	4,1	Reclutamiento	Servicio	301	4,5	Creencias	Personal	219	3,8
Etapas del cambio	Personal	494	4,0	Motivación	Personal	268	4,0	Identificación	Personal	216	3,8
Bibliografía	Servicio	457	3,7	Complejidad	Servicio	240	3,6	Reclutamiento	Servicio	214	3,7
Apoyo externo	Farmacia	396	3,2	Etapas del cambio	Personal	221	3,3	Equipo	Farmacia	210	3,7
Liderazgo	Farmacia	394	3,2	Red de trabajo con médicos	Entorno local	178	2,6	Conocimiento y experiencia	Personal	204	3,6
Equipo	Farmacia	384	3,1	Equipo	Farmacia	174	2,6	Apoyo interno	Farmacia	181	3,2
Conocimiento y experiencia	Personal	350	2,8	Liderazgo	Farmacia	164	2,4	Autoeficacia	Personal	179	3,1
Creencias	Personal	349	2,8	Flujo de trabajo	Farmacia	150	2,2	Registros	Servicio	168	2,9

FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS Y FACILITADORES				FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS				FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON FACILITADORES			
Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%
Apoyo interno	Farmacia	318	2,6	Conocimiento y experiencia	Personal	146	2,2	Preparación	Farmacia	167	2,9
Identificación	Personal	314	2,5	Fuentes bibliográficas	Farmacia	137	2,0	Conciencia	Personal	152	2,7
Red de trabajo con médicos	Entorno local	306	2,5	Apoyo interno	Farmacia	137	2,0	Tiempo	Servicio	147	2,6
Autoeficacia	Personal	298	2,4	Creencias	Personal	130	1,9	Estructura	Farmacia	142	2,5
Complejidad	Servicio	278	2,2	Conocimientos y creencias de médicos	Entorno local	128	1,9	Clima	Farmacia	139	2,4
Estructura	Farmacia	261	2,1	Apoyo externo	Farmacia	120	1,8	Red de trabajo con médicos	Entorno local	128	2,2
Preparación	Farmacia	250	2,0	Estructura	Farmacia	119	1,8	Red de trabajo con farmacéuticos	Entorno local	127	2,2
Prioridad	Farmacia	228	1,8	Autoeficacia	Personal	119	1,8	Metodología del Servicio	Servicio	124	2,2
Flujo de trabajo	Farmacia	222	1,8	Prioridad	Farmacia	110	1,6	Cultura	Farmacia	121	2,1
Conocimientos y creencias de médicos	Entorno local	220	1,8	Identificación	Personal	98	1,5	Bibliografía	Servicio	120	2,1
Red de trabajo con farmacéuticos	Entorno local	214	1,7	Objetivos	Farmacia	93	1,4	Prioridad	Farmacia	118	2,1
Fuentes bibliográficas	Farmacia	209	1,7	Conocimientos y creencias de pacientes	Entorno local	90	1,3	Incentivos	Farmacia	113	2,0

FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS Y FACILITADORES				FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS				FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON FACILITADORES			
Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%
Objetivos	Farmacia	202	1,6	Comunicación	Farmacia	90	1,3	Objetivos	Farmacia	109	1,9
Conciencia	Personal	194	1,6	Red de trabajo con farmacéuticos	Entorno local	87	1,3	Comunicación	Farmacia	99	1,7
Comunicación	Farmacia	189	1,5	Comunicación con pacientes	Servicio	86	1,3	Observabilidad	Servicio	94	1,6
Comunicación con pacientes	Servicio	178	1,4	Preparación	Farmacia	83	1,2	Conocimientos y creencias de médicos	Entorno local	92	1,6
Clima	Farmacia	176	1,4	Conocimiento / conciencia	Entorno local	73	1,1	Comunicación con pacientes	Servicio	92	1,6
Cultura	Farmacia	162	1,3	Feedback	Farmacia	63	0,9	Demografía	Entorno local	77	1,3
Conocimiento / conciencia	Entorno local	146	1,2	Adaptabilidad	Servicio	54	0,8	Conocimiento / conciencia	Entorno local	73	1,3
Conocimientos y creencias de pacientes	Entorno local	140	1,1	Demografía	Entorno local	45	0,7	Fuentes bibliográficas	Farmacia	72	1,3
Feedback	Farmacia	131	1,1	Conciencia	Personal	42	0,6	Flujo de trabajo	Farmacia	72	1,3
Incentivos	Farmacia	131	1,1	Cultura	Farmacia	41	0,6	Feedback	Farmacia	68	1,2
Observabilidad	Servicio	131	1,1	Clima	Farmacia	37	0,6	Adaptabilidad	Servicio	66	1,2
Demografía	Entorno local	122	1,0	Observabilidad	Servicio	37	0,6	Conocimientos y creencias de pacientes	Entorno local	50	0,9
Adaptabilidad	Servicio	120	1,0	Incentivos	Farmacia	18	0,3	Complejidad	Servicio	38	0,7
TOTAL (38)		12454	100,0	TOTAL (38)		6726	100,0	TOTAL (38)		5728	100,0

Anexo 11. Cuestionario sobre relación colaborativa Farmacéutico-Médico cumplimentado por los farmacéuticos conSIGUE

Relación Profesional Colaborativa Farmacéutico-Médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario



Uno de los objetivos del proyecto conSIGUE es medir la relación profesional colaborativa entre farmacéutico y médico durante la prestación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Esto ayudará a identificar estrategias que favorezcan la colaboración entre ambos profesionales, elemento imprescindible para la implantación del SFT. **Solicitamos por ello su colaboración de acuerdo a su experiencia, respondiendo con la máxima sinceridad.**

Recuerde: No hay preguntas correctas o incorrectas. Toda la información obtenida es confidencial y será estrictamente analizada para fines de investigación dentro del programa. En ningún caso este cuestionario será objeto de análisis individual

Primer apartado: Relación profesional colaborativa

Considere un médico con quien tiene la mayor parte de las interacciones profesionales y estime la frecuencia con la que ocurren las siguientes afirmaciones. Por favor, indique con un círculo el nivel de frecuencia de cada una de ellas. Tenga en cuenta que la frecuencia puede variar de nunca (1) a siempre (7)

1-Nunca 2-Muy raramente 3-Raramente 4-Ocasionalmente 5-Frecuentemente 6-Muy frecuentemente 7-Siempre

1. La interacción profesional con este médico es unilateral, sólo por mi parte.	1	2	3	4	5	6	7
2. Contacto con este médico cuando identifico problemas relacionados con los medicamentos durante el servicio de dispensación.	1	2	3	4	5	6	7
3. La comunicación con este médico la inicio yo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Las interacciones profesionales que mantengo con este médico son breves.	1	2	3	4	5	6	7
5. Las interacciones profesionales que mantengo con este médico son de carácter puntual.	1	2	3	4	5	6	7

	1-Nunca	2-Muy raramente	3-Raramente	4-Ocasionalmente	5-Frecuentemente	6-Muy frecuentemente	7-Siempre
6. Hay colaboración entre este médico y yo en la gestión del tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
7. El intercambio de información que mantengo con este médico es mínimo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mis expectativas a nivel profesional con este médico son bajas.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mi papel y el papel del médico en la atención sanitaria a los pacientes están claramente definidos para ambos.	1	2	3	4	5	6	7
10. Este médico es creíble a nivel profesional.	1	2	3	4	5	6	7
11. Confío en la experiencia profesional de este médico.	1	2	3	4	5	6	7
12. Este médico acepta que yo tengo un papel en la seguridad de los medicamentos. (ej. identificación de interacciones, reacciones adversas, contraindicaciones)	1	2	3	4	5	6	7
13. Acepto el papel de este médico en la atención sanitaria al paciente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Este médico me involucra en la toma de decisiones sobre el tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Confío en la experiencia profesional de este médico en materia de medicamentos.	1	2	3	4	5	6	7
16. Este médico acepta que yo tengo un papel en la efectividad del tratamiento farmacológico.	1	2	3	4	5	6	7
17. Este médico y yo compartimos responsabilidades en la toma de decisiones sobre el tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
18. En nuestro trabajo conjunto, este médico y yo acordamos reuniones periódicas cara a cara para estudiar el tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
19. Informo a este médico de la evolución de los problemas de salud de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
20. Este médico y yo hemos llegado a un acuerdo para integrar los servicios que proporciono en la farmacia como parte de nuestra práctica profesional colaborativa.	1	2	3	4	5	6	7
21. Este médico y yo nos comunicamos abiertamente el uno con el otro.	1	2	3	4	5	6	7
22. Este médico y yo trabajamos conjuntamente para establecer los objetivos terapéuticos del tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7

	1-Nunca	2-Muy raramente	3-Raramente	4-Ocasionalmente	5-Frecuentemente	6-Muy frecuentemente	7-Siempre
23. Este médico evalúa los resultados de los servicios profesionales farmacéuticos que proporcione a determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
24. Informo a este médico de los resultados obtenidos con los servicios que proporcione en la farmacia a determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
25. Este médico conoce las expectativas profesionales que tengo con él.	1	2	3	4	5	6	7
26. Este médico comparte información clínica del paciente conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
27. Resuelvo con este médico desacuerdos sobre la gestión del tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
28. Me comunico con este médico para conocer sus expectativas sobre los servicios profesionales que proporcione en la farmacia.	1	2	3	4	5	6	7
29. Este médico y yo hemos llegado a un acuerdo de colaboración en nuestra practica profesional para mejorar la atención sanitaria del paciente.	1	2	3	4	5	6	7
30. Este médico deriva pacientes a la farmacia para que le proporcione determinados servicios profesionales farmacéuticos.	1	2	3	4	5	6	7
31. Me comunico con este médico para conocer sus expectativas sobre la salud de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
32. Intento que este médico conozca los beneficios para los pacientes de los servicios que proporcione en la farmacia.	1	2	3	4	5	6	7
33. Los desacuerdos con este médico sobre mi papel en la atención sanitaria a los pacientes son mínimos.	1	2	3	4	5	6	7
34. Este médico me hace recomendaciones para mejorar la atención sanitaria a determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
35. Pregunto al médico por su experiencia profesional en determinados servicios profesionales que proporcione en la farmacia.	1	2	3	4	5	6	7
36. Recibo feedback por parte de este médico después de hacerle una recomendación clínica.	1	2	3	4	5	6	7
37. La obtención de resultados positivos tras mi intervención en determinados pacientes contribuyen a mejorar la relación profesional con este médico.	1	2	3	4	5	6	7
38. Este médico y yo estudiamos conjuntamente estrategias para mejorar la atención sanitaria a los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
39. Existe interdependencia entre este médico y yo a nivel profesional.	1	2	3	4	5	6	7
40. Intento mejorar la colaboración con este médico haciendo contribuciones en la mejora de los resultados de salud de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7

Segundo apartado: Características del farmacéutico, del médico y de la farmacia

Por favor, especifique los siguientes datos

Características del farmacéutico que completa el cuestionario

Años de ejercicio profesional en farmacia comunitaria (Indique los años en número): _____

Indique el periodo de tiempo que lleva trabajando en la farmacia en la que actualmente desarrolla su actividad profesional (Indique los años y/o meses en número): _____

Edad (Indique la edad en número): _____

Sexo (Marque con una cruz):

- Masculino
 Femenino

Horas trabajadas de media a la semana (Indique la media en número): _____

Tipo de jornada laboral (Marque con una cruz):

- Jornada completa (horario partido)
 Jornada completa (horario intensivo)
 Media jornada, turno de mañana
 Media jornada, turno de tarde
 Media jornada, turno de mañana o tarde
 Otra (Especifique): _____

Posición actual del farmacéutico en la farmacia:

- Farmacéutico titular
 Farmacéutico adjunto
 Farmacéutico regente
 Farmacéutico sustituto
 Otro: _____

Horas de uso de nuevas tecnologías al día:

Ordenador: _____

Teléfono móvil: _____

Tablet: _____

¿Tenía experiencia previa en colaboración profesional con médicos?:

- Sí (Especifique en qué): _____
 No

Características del médico que ha considerado al completar el cuestionario
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Especialidad (Marque sólo una especialidad): <input type="checkbox"/> Médico de Familia <input type="checkbox"/> Otra especialidad (especifique cual)_____
Marco practico (No excluyentes) : <input type="checkbox"/> Practica profesional en entidad privada <input type="checkbox"/> Practica profesional en entidad pública
Indique su grado de colaboración con este médico en una escala del 0 al 10, donde 0 significa "ninguna colaboración" y 10 significa "colaboración total" (Indique con un círculo): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10:
Pacientes que comparte con este médico
Número de pacientes compartidos y a través de los cuales colabora con este médico:_____
Codigo de aquellos pacientes conSIGUE que comparte con este médico(ha de coincidir con el código asignado en las hojas de recogida de datos conSIGUE)
Paciente 1 (especifique codigo conSIGUE): _____ Paciente 3 (especifique codigo conSIGUE): _____
Paciente 2 (especifique codigo conSIGUE): _____ Paciente 4 (especifique codigo conSIGUE): _____
Características de la farmacia en la que trabaja (Marque con una cruz)
Localización de la farmacia: <input type="checkbox"/> Área rural <input type="checkbox"/> Área urbana
Código postal: _____ Distancia aproximada de la farmacia al médico (en metros): _____
Horario de la farmacia : <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 12 horas <input type="checkbox"/> 8 horas <input type="checkbox"/> Abierta sólo por la mañana <input type="checkbox"/> Otro _____
Número de empleados de la farmacia (Indique el número): <input type="checkbox"/> Farmacéutico titular _____ <input type="checkbox"/> Farmacéutico regente _____ <input type="checkbox"/> Farmacéutico sustituto _____ <input type="checkbox"/> Farmacéutico adjunto _____ <input type="checkbox"/> Auxiliar en farmacia _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Código de la farmacia (dos dígitos primeros del código postal seguido del nº de farmacia): _____

Anexo 12. Cuestionario sobre relación colaborativa Farmacéutico-Médico cumplimentado por los farmacéuticos no conSIGUE

Relación Profesional Colaborativa Farmacéutico-Médico desde la perspectiva del farmacéutico comunitario

Uno de los objetivos del proyecto conSIGUE es medir la relación profesional colaborativa entre farmacéutico y médico. Esto ayudará a identificar estrategias que favorezcan la colaboración entre ambos profesionales, elemento imprescindible para la implantación de servicios como por ejemplo el Seguimiento Farmacoterapéutico. **Solicitamos por ello su colaboración de acuerdo a su experiencia, respondiendo con la máxima sinceridad.**

Recuerde: No hay preguntas correctas o incorrectas. Toda la información obtenida es confidencial y será estrictamente analizada para fines de investigación dentro del programa. En ningún caso este cuestionario será objeto de análisis individual

Primer apartado: Relación profesional colaborativa

Considere un médico con quien tiene la mayor parte de las interacciones profesionales y estime la frecuencia con la que ocurren las siguientes afirmaciones. Por favor, indique con un círculo el nivel de frecuencia de cada una de ellas. Tenga en cuenta que la frecuencia puede variar de nunca (1) a siempre (7)

1-Nunca 2-Muy raramente 3-Raramente 4-Ocasionalmente 5-Frecuentemente 6-Muy frecuentemente 7-Siempre

1. La interacción profesional con este médico es unilateral, sólo por mi parte.	1	2	3	4	5	6	7
2. Contacto con este médico cuando identifico problemas relacionados con los medicamentos durante el servicio de dispensación.	1	2	3	4	5	6	7
3. La comunicación con este médico la inicio yo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Las interacciones profesionales que mantengo con este médico son breves.	1	2	3	4	5	6	7
5. Las interacciones profesionales que mantengo con este médico son de carácter puntual.	1	2	3	4	5	6	7

	1-Nunca	2-Muy raramente	3-Raramente	4-Ocasionalmente	5-Frecuentemente	6-Muy frecuentemente	7-Siempre
6. Hay colaboración entre este médico y yo en la gestión del tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
7. El intercambio de información que mantengo con este médico es mínimo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mis expectativas a nivel profesional con este médico son bajas.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mi papel y el papel del médico en la atención sanitaria a los pacientes están claramente definidos para ambos.	1	2	3	4	5	6	7
10. Este médico es creíble a nivel profesional.	1	2	3	4	5	6	7
11. Confío en la experiencia profesional de este médico.	1	2	3	4	5	6	7
12. Este médico acepta que yo tengo un papel en la seguridad de los medicamentos. (ej. identificación de interacciones, reacciones adversas, contraindicaciones)	1	2	3	4	5	6	7
13. Acepto el papel de este médico en la atención sanitaria al paciente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Este médico me involucra en la toma de decisiones sobre el tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Confío en la experiencia profesional de este médico en materia de medicamentos.	1	2	3	4	5	6	7
16. Este médico acepta que yo tengo un papel en la efectividad del tratamiento farmacológico.	1	2	3	4	5	6	7
17. Este médico y yo compartimos responsabilidades en la toma de decisiones sobre el tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
18. En nuestro trabajo conjunto, este médico y yo acordamos reuniones periódicas cara a cara para estudiar el tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
19. Informo a este médico de la evolución de los problemas de salud de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
20. Este médico y yo hemos llegado a un acuerdo para integrar los servicios que proporciono en la farmacia como parte de nuestra práctica profesional colaborativa.	1	2	3	4	5	6	7
21. Este médico y yo nos comunicamos abiertamente el uno con el otro.	1	2	3	4	5	6	7
22. Este médico y yo trabajamos conjuntamente para establecer los objetivos terapéuticos del tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7

	1-Nunca	2-Muy raramente	3-Raramente	4-Ocasionalmente	5-Frecuentemente	6-Muy frecuentemente	7-Siempre
23. Este médico evalúa los resultados de los servicios profesionales farmacéuticos que proporciono a determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
24. Informo a este médico de los resultados obtenidos con los servicios que proporciono en la farmacia a determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
25. Este médico conoce las expectativas profesionales que tengo con él.	1	2	3	4	5	6	7
26. Este médico comparte información clínica del paciente conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
27. Resuelvo con este médico desacuerdos sobre la gestión del tratamiento farmacológico de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
28. Me comunico con este médico para conocer sus expectativas sobre los servicios profesionales que proporciono en la farmacia.	1	2	3	4	5	6	7
29. Este médico y yo hemos llegado a un acuerdo de colaboración en nuestra practica profesional para mejorar la atención sanitaria del paciente.	1	2	3	4	5	6	7
30. Este médico deriva pacientes a la farmacia para que le proporcione determinados servicios profesionales farmacéuticos.	1	2	3	4	5	6	7
31. Me comunico con este médico para conocer sus expectativas sobre la salud de determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
32. Intento que este médico conozca los beneficios para los pacientes de los servicios que proporciono en la farmacia.	1	2	3	4	5	6	7
33. Los desacuerdos con este médico sobre mi papel en la atención sanitaria a los pacientes son mínimos.	1	2	3	4	5	6	7
34. Este médico me hace recomendaciones para mejorar la atención sanitaria a determinados pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
35. Pregunto al médico por su experiencia profesional en determinados servicios profesionales que proporciono en la farmacia.	1	2	3	4	5	6	7
36. Recibo feedback por parte de este médico después de hacerle una recomendación clínica.	1	2	3	4	5	6	7
37. La obtención de resultados positivos tras mi intervención en determinados pacientes contribuyen a mejorar la relación profesional con este médico.	1	2	3	4	5	6	7
38. Este médico y yo estudiamos conjuntamente estrategias para mejorar la atención sanitaria a los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
39. Existe interdependencia entre este médico y yo a nivel profesional.	1	2	3	4	5	6	7
40. Intento mejorar la colaboración con este médico haciendo contribuciones en la mejora de los resultados de salud de los pacientes.	1	2	3	4	5	6	7

Segundo apartado: Características del farmacéutico, del médico y de la farmacia

Por favor, especifique los siguientes datos

Características del farmacéutico que completa el cuestionario

Años de ejercicio profesional en farmacia comunitaria (Indique los años en número): _____

Indique el periodo de tiempo que lleva trabajando en la farmacia en la que actualmente desarrolla su actividad profesional (Indique los años y/o meses en número): _____

Edad (Indique la edad en número): _____

Sexo (Marque con una cruz):

- Masculino
 Femenino

Horas trabajadas de media a la semana (Indique la media en número): _____

Tipo de jornada laboral (Marque con una cruz):

- Jornada completa (horario partido)
 Jornada completa (horario intensivo)
 Media jornada, turno de mañana
 Media jornada, turno de tarde
 Media jornada, turno de mañana o tarde
 Otra (Especifique): _____

Posición actual del farmacéutico en la farmacia:

- Farmacéutico titular
 Farmacéutico adjunto
 Farmacéutico regente
 Farmacéutico sustituto
 Otro: _____

Horas de uso de nuevas tecnologías al día:

Ordenador: _____

Teléfono móvil: _____

Tablet: _____

¿Tenía experiencia previa en colaboración profesional con médicos?:

- Sí (Especifique en qué): _____
 No

Características del médico que ha considerado al completar el cuestionario
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Especialidad (Marque sólo una especialidad): <input type="checkbox"/> Médico de Familia <input type="checkbox"/> Otra especialidad (especifique cual) _____
Marco practico (No excluyentes) : <input type="checkbox"/> Practica profesional en entidad privada <input type="checkbox"/> Practica profesional en entidad pública
Indique su grado de colaboración con este médico en una escala del 0 al 10, donde 0 significa "ninguna colaboración" y 10 significa "colaboración total" (Indique con un círculo): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pacientes que comparte con este médico
Número de pacientes compartidos y a través de los cuales colabora con este médico: _____
Características de la farmacia en la que trabaja (Marque con una cruz)
Localización de la farmacia: <input type="checkbox"/> Área rural <input type="checkbox"/> Área urbana
Código postal: _____ Distancia aproximada de la farmacia al médico (en metros): _____
Horario de la farmacia : <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 12 horas <input type="checkbox"/> 8 horas <input type="checkbox"/> Abierta sólo por la mañana <input type="checkbox"/> Otro _____
Número de empleados de la farmacia (indique el número): <input type="checkbox"/> Farmacéutico titular _____ <input type="checkbox"/> Farmacéutico regente _____ <input type="checkbox"/> Farmacéutico sustituto _____ <input type="checkbox"/> Farmacéutico adjunto _____ <input type="checkbox"/> Auxiliar en farmacia _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Código de la farmacia (dos dígitos primeros del código postal seguido del n° de farmacia): _____

Anexo 13. Estudio piloto

1. Introducción y justificación

Los estudios piloto son un paso esencial en el desarrollo y comprobación de la viabilidad de las intervenciones diseñadas, antes de la realización de proyectos de investigación a gran escala. Aunque en la teoría puede parecer que un protocolo de investigación carece de problemas de ejecución, es un hecho demostrado que en la práctica pueden aparecer y aparecen multitud de dificultades, que deben subsanarse antes del inicio del estudio principal.

Por lo tanto, los estudios piloto son un elemento imprescindible en toda investigación, ya que permiten no solo poner a prueba los métodos y procedimientos establecidos sino también anticiparse a dificultades no planteadas a priori. Así se hace posible el desarrollo de protocolos que garanticen una respuesta a la pregunta de investigación planteada. Teniendo en cuenta estas afirmaciones, previamente a la puesta en práctica del trabajo de campo del estudio principal de conSIGUE Implantación, se realizó un estudio piloto cuyos objetivos se exponen a continuación.

2. Objetivos

- 2.1. Comprobar la viabilidad de un programa de implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos en el ámbito de la farmacia comunitaria española que permita optimizar la implantación y futura sostenibilidad de los mismos a lo largo del tiempo, utilizando el Servicio de SFT como ejemplo.
- 2.2. Explorar la aceptación del programa por parte de los farmacéuticos comunitarios participantes.
- 2.3. Comprobar la idoneidad y validez de los materiales/Cuaderno de Recogida de Datos.
- 2.4. Evaluar la formación en aula de los Formadores Colegiales y farmacéuticos comunitarios participantes.

3. Material y métodos

3.1. Diseño del estudio

El estudio piloto conSIGUE implantación utilizó un diseño híbrido de efectividad-implantación igual que el utilizado en el estudio principal. No obstante, en el piloto únicamente se obtuvieron los resultados relacionados con el impacto clínico y humanístico del Servicio de SFT.

3.2. Ámbito espacial

Farmacias comunitarias del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra.

3.3. Ámbito temporal

El estudio piloto se realizó durante los meses de febrero-abril de 2014.

3.4. Selección de la muestra

En el estudio piloto participaron 11 farmacias comunitarias, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia por el COF de Navarra.

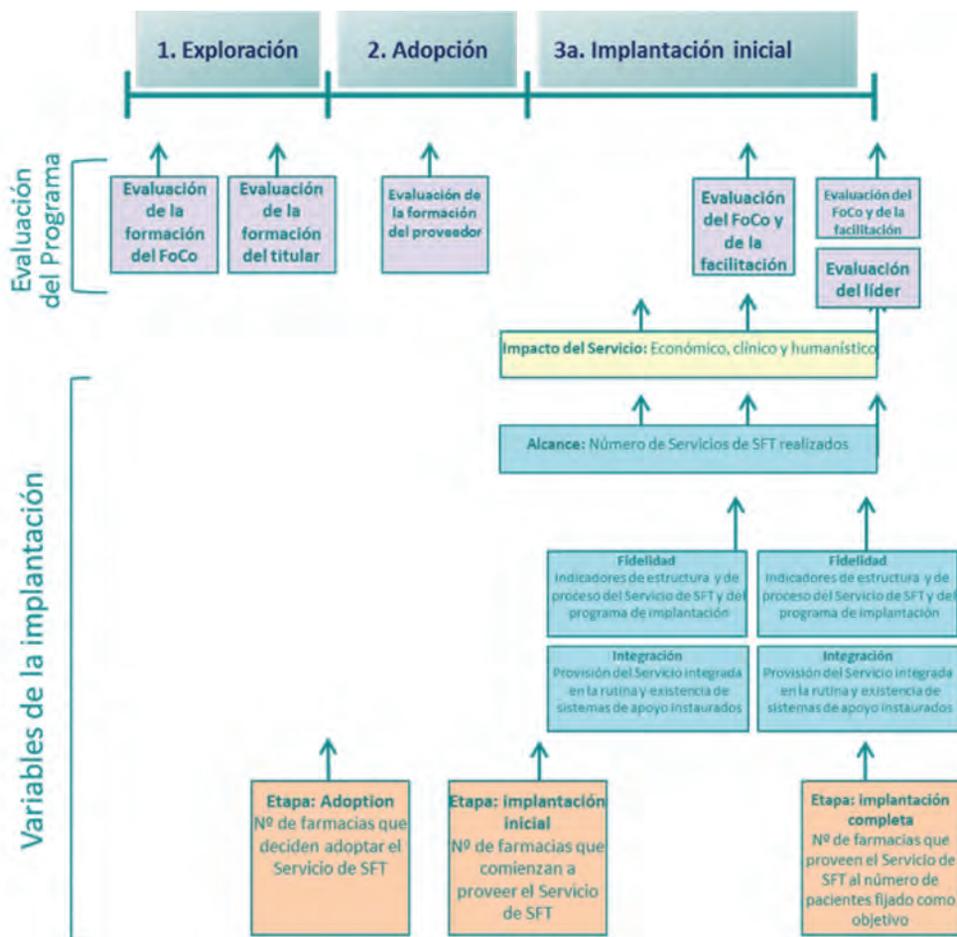
3.5. Descripción del estudio piloto

El estudio piloto fue igual al estudio principal, excluyendo el ámbito temporal (ya que el trabajo de campo tuvo una duración de aproximadamente 3 meses), el número de COF y farmacias participantes (ya que en el estudio piloto únicamente participaron 11 farmacias de un mismo COF) y el número de pacientes reclutados en el tiempo (mínimo de siete pacientes por farmacia en un mes en lugar de en los 12 meses del estudio principal). Por lo tanto, exceptuando estas tres peculiaridades, los detalles relacionados con el método del estudio piloto se incluyen en la descripción del estudio principal. Una vez finalizado el estudio piloto y de acuerdo a los resultados y experiencia obtenida se modificó y perfeccionaron la formación, el CRD y el protocolo para el estudio principal. Así, se pudo diseñar y desarrollar el Programa definitivo para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de SFT en la farmacia comunitaria española.

3.6. Variables

Durante el estudio piloto, únicamente se midieron indicadores de las etapas de exploración, adopción e implantación del modelo FISpH, ya que debido a la corta duración del mismo no era posible que las farmacias participantes alcanzasen la etapa de sostenibilidad inicial. Las variables que se recogieron en el estudio piloto se muestran de forma esquematizada a continuación en la Figura 1.

Figura 1. Variables del estudio piloto del Programa conSIGUE implantación



4. Resultados

En el estudio piloto participaron 81 pacientes reclutados en un total de 11 farmacias (media de 7,4 pacientes/farmacia). A continuación se muestran las principales características de los pacientes incluidos al inicio del estudio (Tabla 1), así como los resultados de las principales variables incluidas en el estudio (Tablas 2-9).

a) Descripción general de la muestra

Las características sociodemográficas de estos pacientes y los valores basales de las variables recogidas para la descripción de los resultados clínicos y humanísticos del Servicio de SFT en los pacientes de la muestra global se encuentran detallados en la Tabla 1. Los pacientes tenían una media de edad de 75,7 años, siendo en un 65% de los casos mujeres. Respecto al nivel educativo de los pacientes de la muestra, un 76,3% no tenían estudios o tenían estudios primarios. Al inicio del estudio, los pacientes tenían una media de problemas de salud no controlados de 1,5 y utilizaban una media de 8,0 medicamentos.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el análisis (n=81)

Edad (años); media (DE) (12 datos perdidos)	75,7 (7,0)
Género (mujeres); n (%) (1 dato perdido)	52 (65,0)
Nivel educativo; n (%) (6 datos perdidos)	
Sin estudios	18 (23,7)
Estudios primarios	40 (52,6)
Estudios secundarios	11 (14,5)
Estudios universitarios	1 (1,3)
Medicamentos utilizados; media (DE)	8,0 (2,4)
PS no controlados; media (DE)	1,5 (1,4)
Calidad de vida relacionada con la salud; media (DE)	63,5 (16,0)

DE: desviación estándar; PS: problema de salud

b) Impacto sobre el número de medicamentos

Tal y como se puede observar en la Tabla 2 se logró una disminución de 0,4 medicamentos de media por paciente a los 3 meses de la prestación del Servicio de SFT.

Tabla 2. Medicamentos utilizados en cada periodo del estudio (n=73)

Inicio; media (DE)	8,0 (2,4)
Fin (3 meses); media (DE)	7,6 (2,4)
Cambio	-0,4 (1,1)‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas (p=0,005).

El cambio en el número de medicamentos a los 3 meses de SFT según el número de medicamentos al inicio del estudio se muestra en la Tabla 3. Los pacientes con menos de 8 medicamentos y con 8 a 10 medicamentos mostraron una disminución de -0,3 medicamentos. En aquellos pacientes con 11 o más medicamentos mostraron una disminución de -0,8 medicamentos.

Tabla 3. Cambio en el número de medicamentos* al final del estudio según el número de medicamentos utilizados al principio (n=73)

Pacientes que utilizaban de 5 a 7 medicamentos al inicio; media (DE) (n=34)	-0,3 (0,9)
Pacientes que utilizaban de 8 a 10 medicamentos al inicio; media (DE) (n=24)	-0,3 (1,1)
Pacientes que utilizaban más de 11 medicamentos al inicio; media (DE) (n=15)	-0,8 (1,8)

‡ Diferencias estadísticamente significativas (p=0,005).

Se observó una disminución en el número de medicamentos en un 34,2% de los pacientes de la muestra y un aumento del número de medicamentos en un 15,1% de ellos, mientras que en un 50,7% de los pacientes no se produjo ningún cambio en esta variable (Tabla 4).

Tabla 4. Tendencia al cambio en el número de medicamentos al final del estudio (n=73 pacientes)

Disminuye	Igual	Aumenta
25 (34,2%)	37 (50,7%)	11 (15,1%)

c) Problemas de salud

El cambio en la media de PS no controlados en los pacientes que estuvieron en SFT durante 3 meses se tradujo en una disminución de 0,7. Este cambio fue estadísticamente significativo; p≤0,001 (Tabla 5).

Tabla 5. Problemas de salud no controlados (n=73)

Inicio; media (DE)	8,0 (2,4)
Fin (3 meses); media (DE)	7,6 (2,4)
Cambio	-0,4 (1,1)‡

‡ Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

De acuerdo con los valores mostrados en la Tabla 6 se consiguió una disminución del 47,4% en el control de los PS no controlados, en tan sólo tres meses.

Tabla 6. Porcentaje de problemas de salud no controlados* (n=73)

Inicio	27,2%
Fin (3 meses)	14,3%‡

* Respecto al total de problemas de salud (denominador).

‡ Diferencias estadísticamente significativas.

d) Calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, los pacientes refirieron una puntuación superior (aumento de 3,2 puntos respecto al inicio del estudio) a los 3 meses de provisión del Servicio de SFT (Tabla 7).

Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud (n=73)

Inicio; media (DE)	63,5 (16,0)
Fin (3 meses); media (DE)	66,7 (16,5)
Cambio	3,2 (14,4)

‡ No diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,063$).

e) Visitas a urgencias e ingresos hospitalarios

En las Tablas 8 y 9 se muestra el cambio registrado para los indicadores de utilización de recursos sanitarios (visitas a urgencias y hospitalizaciones), tras la provisión del Servicio de SFT a los 3 meses.

El porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias disminuyó del 26% al 19,2%. De igual manera, el número de visitas a urgencias por paciente disminuyó en una media de 0,1 aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 8. Visitas a urgencias (n=73)

Pacientes que acudieron a urgencias en los últimos 3 meses; n (%)	Inicio	19 (26,0)
	Fin	14 (19,2)
	Diferencias no significativas	
Número de visitas a urgencias en los últimos 3 meses; media (DE)	Inicio	0,3 (0,6)
	Fin	0,2 (0,4)
	Diferencias no significativas	

Tal y como se puede observar en la Tabla 9, el porcentaje de pacientes hospitalizados y el número promedio de hospitalizaciones no variaron.

Tabla 9. Ingresos hospitalarios (n=68)

Pacientes hospitalizados en los últimos 3 meses; n (%)	Inicio	6 (8,8)
	Fin	6 (8,8)
	Diferencias no significativas	
Número de hospitalizaciones en los últimos 3 meses; media (DE)	Inicio	0,1 (0,4)
	Fin	0,1 (0,3)
	Diferencias no significativas	

5. Discusión

Los resultados del estudio piloto conSIGUE implantación, llevado a cabo en el COF de Navarra durante los meses de Febrero a Abril de 2014 en 11 farmacias comunitarias, constituyen un recurso importante para corroborar los hallazgos sobre el impacto del Servicio de SFT en pacientes mayores crónicos y polimedificados, obtenido en el Programa conSIGUE Impacto¹.

Aunque de un tamaño mucho más reducido, las características sociodemográficas de la muestra de estudio, con una media de 8 medicamentos utilizados, 1,5 problemas de salud no controlados, y una calidad de vida relacionada con la salud de 63,5 puntos, coincide con aquellas identificadas en los pacientes incluidos en el Programa conSIGUE Impacto¹.

Tras tres meses de provisión del Servicio de SFT se observó una reducción estadísticamente significativa de casi medio medicamento por paciente incluido. Estos resultados coinciden con aquellos obtenidos en el estudio piloto del Programa conSIGUE Impacto, realizado en el COF de Cádiz² que tuvo una duración similar y en el que se obtuvo una reducción significativa de 0,5 medicamentos. Por otro lado y aunque en menor magnitud, estos resultados vienen corroborados por aquellos obtenidos en el Programa conSIGUE Impacto, en el que se observó una disminución significativa de 0,3 medicamentos tras 6 meses de provisión del Servicio de SFT¹.

Cabe destacar que el cambio en el número de medicamentos está estrechamente relacionado con el número de medicamentos utilizados por el paciente al inicio del estudio, ya que el Servicio de SFT consigue una mayor reducción en el número de medicamentos en aquellos pacientes con más de 11 medicamentos al inicio (con una reducción de 0,8 medicamentos tras tres meses de provisión del Servicio de SFT) que aquellos que utilizaban 10 o menos medicamentos (con una reducción de 0,3 medicamentos tras tres meses de provisión del Servicio de SFT). Estos resultados coinciden con aquellos identificados en el Programa conSIGUE Impacto¹.

El impacto clínico del Servicio de SFT sobre el número de problemas de salud no controlados demostrado tras la realización del Programa conSIGUE Impacto, queda corroborado en este estudio piloto, habiendo obtenido una disminución significativa de 0,7 problemas de salud no controlados tras tres meses de provisión del Servicio de SFT. Igualmente, el porcentaje de problemas de salud no controlados disminuyó de un 27,2% hasta un 14,3% durante la provisión del mismo, es decir, se consiguió una disminución en los PS no controlados del 47,4%.

El impacto humanístico observado tras los tres meses de provisión del Servicio de SFT es ligeramente inferior (incremento de 3,2 puntos) que el obtenido en el grupo intervención en el Programa conSIGUE Impacto (incremento de 5,01 puntos). La diferencia encontrada entre ambos resultados puede estar relacionada con la duración en la provisión del Servicio en el Programa conSIGUE Impacto, el cual se desarrolló durante 6 meses. No obstante, cabe destacar que en dicho Programa, el incremento en la calidad de vida percibida relacionada con la salud a los tres meses de seguimiento fue de 1,78 puntos.

Por último, en cuanto a la efectividad del Servicio de SFT sobre los indicadores de utilización de recursos sanitarios, tales como visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, cabe destacar que la duración del programa piloto limita seriamente la capacidad para observar cambios significativos en dichos indicadores. Por este motivo, aunque se ha observado una tendencia similar a la obtenida en el Programa conSIGUE Impacto para ambos indicadores, los resultados obtenidos no son significativos.

Pese a ello, el porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias en los tres meses previos al inicio del estudio, disminuyó en 6,8% tras tres meses de provisión del Servicio. Esta limitación, unida al pequeño tamaño de la muestra, se hace aún más evidente para el indicador de ingresos hospitalarios, ya que la frecuencia de estos eventos es mucho más reducida en la práctica clínica.

6. Conclusiones

Los resultados obtenidos en el estudio piloto conSIGUE Implantación, corroboran el efecto del Servicio de SFT demostrado en el Programa conSIGUE Impacto. El estudio piloto de acuerdo a los resultados y experiencia obtenida permitió modificar y perfeccionar el protocolo para el estudio principal. En definitiva, el estudio piloto ayudó a diseñar y desarrollar el Programa definitivo para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria española.

7. Referencias bibliográficas

1. Martínez-Martínez F, Farragher T, Faus M, et al. Impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados en la farmacia comunitaria española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Consultado 17 Junio 2014]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/conSIGUE/Documents/Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>
2. Programa conSIGUE. Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados. 1ª ed. Madrid. Ergon; 2012.

conSIGUE

Con la colaboración de:



Impulsado por:



Con el apoyo de:



COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE NAVARRA

MICOF

