

»» Editorial

Martínez-Martínez F, Faus MJ, Ruiz-López MD.

Originales

»» Development and characterization of antibiotic orodispersible tablets

Kanani R, Rajarajan S, Rao P.

»» Simultaneous RP-HPLC method for the stress degradation studies of atorvastatin calcium and ezetimibe in multicomponent dosage form

Rajasekaran A, Sasikumar R, Dharuman J.

»» Hydrophilic polymers as release modifiers for primaquine phosphate: Effect of polymeric dispersion

Sant S, Swati S, Awadhesh K, Sajid MA, Pattnaik GD, Tahir MA, Farheen S.

»» Rapidly Disintegrating Tablets of Metoclopramide Hydrochloride Using Novel Chemically Modified Cellulose

Aloorkar NH, Bhatia MS.

Especial

»» Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación a la práctica del seguimiento farmacoterapéutico

Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Feletto E, Cardero M, Gastelurrutia MA.

»» Utilización terapéutica de los anticuerpos monoclonales

García Ramos SE, García Poza P, Ramos Díaz F.

Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación a la práctica del seguimiento farmacoterapéutico.

Casado de Amezúa MJ¹, Martínez-Martínez F¹, Feletto E¹, Cardero M², Gastelurrutia MA¹.

1. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. 2. Estadístico. Servicio Andaluz de Salud.

Special Paper

Artículo Especial

Correspondence:

María José Casado de Amezúa
Grupo de Investigación en Atención
Farmacéutica Universidad de Granada.
Campus Universitario de Cartuja S/N.
CP: 18071, Granada (España).

e-mail: mariajcasado@gmail.com

Received: 12.05.2010

Accepted: 25.05.2011

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study is to categorize Spanish Community Pharmacies in relation to their position in the innovation-decision process by Rogers, in relation to the provision of Medication Review with follow up.

Methods: A non validated questionnaire, previously used with the same objective, was used through a CATI methodology. The dependent variables were the five different innovation/decision phases defined by Rogers [Knowledge (F-C); Persuasion (F-P); Decision (F-D); Implementation (F-I); Maintenance (F-M). Another further phase was added including pharmacists in a phase previous to knowledge (No knowledge). Pharmacies in F-M were sub categorized in relation to the number of patients receiving the service: (F-M1) from 2 to 5 patients; (F-M2) 6 to 10 patients; (F-M3) 11 to 25 patients; (F-M4) 26 to 50 patients; (F-M5) 51 to 100 and (F-M6) 101 or more patients. Pharmacies with only one patient were included in F-I.

Results: 1135 answers were received (response rate = 54%). Their distribution, according to the innovation/decision process by Rogers, was as follows: No knowledge (353; 31.1%); F-C (351; 30.9%); F-P (145; 12.8%); F-D (129; 11.4%); F-I (100; 8.8%); F-M (57; 5.0%). The F-M sub categories were: F-M1 (15; 26.3%); F-M2 (12; 21.1%); F-M3 (10; 17.5%) F-M4 (10; 17.5%); F-M5 (4; 7.0%). There are huge differences among Autonomous Communities, being Aragon the one with more pharmacies located in F-I and F-M, while Cantabria shows the most high level of no-knowledge (50.0%) having a 0.0% in F-I and F-M. A 0% in F-M is also shown in La Rioja, Canarias and Asturias. The existence of a private consultation room (ZAP) is shown as a facilitator for the provision of the service, and the existence of a responsible for the service seems to be very important to the sustainability of the service after it implementation.

Conclusions: However the great efforts already done by different organizations and institutions to promote the implementation and sustainability of Medication Review with follow up, according to the data obtained in this study is possible to affirm that so far this service is poorly implemented in Spain. The existence of a private consultation room (ZAP) is shown as a facilitator for the implementation of Medication Review with follow up. On the other hand the existence of a pharmacist being the responsible for the service is shown as a support to the sustainability of the service, once this has been implemented. It seems necessary to change post degree educational programs. These shouldn't be directed only to improve knowledge, but to develop skills and competencies, what means that these programs should try to change behaviours.

KEY WORDS: Medication review with follow up, Innovation, Theory of diffusion of innovations (by Rogers), Community pharmacy.

RESUMEN

Introducción: El presente estudio pretende categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers en relación a la provisión del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Método: Se empleó un cuestionario, no validado, previamente utilizado con el mismo objetivo, mediante la técnica de CATI. Las variables dependientes fueron las cinco fases del proceso de implantación/adopción de Rogers [Conocimiento (F-C); Persuasión (F-P); Decisión (F-D); Implantación (F-I); Mantenimiento (F-M)], a las que se sumó la fase previa al conocimiento (No conocen). Las farmacias en F-M se sub-categorizaron en función del número de pacientes en Seguimiento, siempre que éste fuera superior a 1: (F-M1) de 2 a 5 pacientes; (F-M2) 6 a 10 pacientes; (F-M3) 11 a 25 pacientes; (F-M4) 26 a 50; (F-M5) 51 a 100 y (F-M6) 101 ó más pacientes. Las farmacias con un único paciente se incluyeron en F-I.

Resultados: Se obtuvieron 1.135 respuestas (tasa de respuesta = 54%). Su distribución según el proceso de decisión/innovación de Rogers es la siguiente: No conocen (353; 31,1%); F-C (351; 30,9%); F-P (145; 12,8%); F-D (129; 11,4%); F-I (100; 8,8%); F-M (57; 5,0%). Las subcategorías en la F-M son: F-M1(15; 26,3%); F-M2 (12; 21,1%); F-M3 (10; 17,5%) F-M4 (10; 17,5%); F-M5 (4; 7,0%). Hay grandes diferencias entre las distintas CCAA siendo Aragón la que tiene mayor porcentaje de farmacias en F-I y F-M mientras que Cantabria es la que mayor desconocimiento refleja (50,0%) con un 0% en las F-I y F-M. También se observa un 0% en F-M en La Rioja, Canarias y Asturias. La existencia de una ZAP se muestra como un facilitador para la realización del servicio y la presencia de un responsable del SFT parece que es importante para conseguir su mantenimiento una vez implantado el mismo.

Conclusiones: A pesar de los esfuerzos realizados por diferentes organizaciones e instituciones para impulsar la implantación y sostenibilidad del SFT, de acuerdo con los datos obtenidos es posible afirmar que este servicio se encuentra muy poco implantado en España. El hecho de que en la farmacia exista una zona de atención personalizada (ZAP) se muestra como un elemento que facilita la implantación del SFT. Por otra parte, la existencia de un farmacéutico responsable del servicio aparece como un elemento que permite la sostenibilidad del mismo una vez implantado. Es necesario modificar los objetivos de la formación postgrado de los farmacéuticos. Esta debe estar menos orientada a aumentar el conocimiento y más orientada a mejorar las habilidades y competencias, es decir, debe estar encaminada al cambio de comportamiento.

PALABRAS CLAVE: Seguimiento farmacoterapéutico, Innovación, Teoría de difusión de innovaciones (de Rogers), Farmacia comunitaria.

INTRODUCCION

Tanto a nivel nacional, como internacional, la farmacia se encuentra inmersa en un proceso de cambio orientando su actividad hacia el paciente mediante la implantación de servicios cognitivos¹. En España se ha logrado consensuar los servicios básicos que definen la práctica de la Atención Farmacéutica (AF) concretándolos en tres servicios: Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)^{2,3}.

El SFT es un servicio de AF en el que el farmacéutico, mediante la evaluación continuada de la farmacoterapia y de los problemas de salud de un paciente, pretende conseguir que los medicamentos utilizados sean efectivos

y seguros. Para ello es necesaria la colaboración del paciente y la coordinación con el resto de profesionales del equipo de salud, fundamentalmente de los médicos³. El SFT probablemente sea el servicio más efectivo de los tres servicios citados aunque, como ocurre en otros lugares^{4,5} todavía no se encuentra implantado en España^{6,7}.

Además, es posible entender este servicio como una innovación^{5,8} definida como "una idea, práctica u objetivo que es percibida como nueva por un individuo o unidad de adopción"⁹, por lo que, a continuación se analizan, siquiera brevemente, los procesos de implantación de las innovaciones y su relación con la Farmacia Comunitaria.

El proceso de adopción de una innovación, sea del tipo que sea, ha sido ampliamente descrito y utilizado en diferentes sectores^{10,11}, incluido el sanitario¹² y, más concretamente, el relacionado con la farmacia comunitaria^{8,13}. Según Rogers⁹ la implantación de una innovación no es sino uno de los pasos del proceso que dicho autor denomina de decisión-innovación (innovation-decision process) y que se muestra en la figura 1. Consiste en un proceso mental, continuado en el tiempo, en el que el individuo (o cualquier otra unidad de toma de decisiones) en primer lugar toma contacto con la innovación y adquiere un conocimiento sobre la misma (fase de conocimiento). A partir de dicho conocimiento pasa a formarse una actitud hacia la innovación, favorable o no, (fase de persuasión) que le lleva a tomar la decisión sobre si adoptar o rechazar la innovación (fase de decisión). Una vez se toma la decisión de adoptar la innovación, el paso siguiente y, probablemente el más difícil en el caso del SFT¹⁴, es el de implantar la misma (fase de implantación) para finalmente confirmar la decisión elegida en el tiempo (mantenimiento).

Este marco es importante ya que la identificación de las fases en las que se encuentran las farmacias facilitaría que la profesión pueda comprender tanto el nivel del servicio real que se presta a la sociedad, como el conocimiento que sobre dicho servicio tienen los farmacéuticos. Esto adquiere más relevancia si se plantea un análisis estratégico de las necesidades y capacidades de la farmacia ante posibles negociaciones con la Administración Sanitaria.

En España, a partir de los resultados preliminares de un estudio exploratorio, es posible afirmar que son muchos los farmacéuticos comunitarios que se encuentran en una fase incluso anterior a la del conocimiento del SFT; es decir, parece que son muchos los farmacéuticos que desconocen en qué consiste y cuáles son los procedimientos, objetivos e indicadores del SFT¹⁵⁻²¹.

En una revisión de las diferentes estrategias para impulsar la adopción del SFT en las Farmacias Comunitarias españolas¹⁴ se destacaba la escasez de estudios que analizan la situación de las farmacias en cuanto a la implantación de los servicios de AF en general y del SFT en particular. Se señalaba que los únicos datos cuantitativos disponibles sobre la situación de los farmacéuticos a nivel general son los de Zardain et al²² que estratifican la situación de los

farmacéuticos comunitarios ante la implantación del SFT siguiendo el modelo de Prochaska^{23,24}.

Este modelo, también denominado “modelo transteórico del cambio”^{23,24} se desarrolló para explicar, predecir y, en su caso, ayudar a cambiar diversas conductas humanas relacionadas con comportamientos adictivos, como el tabaco, alcohol o uso de drogas. Después ha sido aplicado con éxito en la adopción individual de conductas saludables²⁵ y otra gran variedad de situaciones, incluida la práctica del Pharmaceutical Care²⁶ o el proceso de uso de los medicamentos²⁷. Es un modelo que explica los cambios a nivel individual a diferencia de la teoría de Rogers que puede explicar la implantación de innovaciones por individuos o por “unidades de adopción” es decir, por organizaciones como la farmacia.

En el estudio de Zardain no se pregunta sobre el conocimiento o no de este servicio, sino que en el cuestionario se incluye la definición del SFT y, a continuación, se asume que el farmacéutico lo conoce. Esto debe entenderse como una limitación ya que no siempre el farmacéutico que afirma conocer el servicio lo conoce de verdad^{16,20}. Zardain obtuvo cifras de farmacéuticos en “mantenimiento”, es decir, que decían haber implantado el SFT y lo seguían realizando, del 10,1%. Esta cifra coincidía con las obtenidas por March et al.²⁸ que también rondaban el 10% aunque su variable consistía en el “registro de cualquier tipo de intervención farmacéutica”, concepto mucho más amplio que el de SFT.

Sin embargo, al ser el SFT una innovación, parece más adecuado que su adopción e implantación sean analizadas siguiendo un marco teórico como el de la teoría de la implantación de innovaciones de Rogers²⁹. El proceso de la figura 1 lo deberá recorrer un individuo, por ejemplo el farmacéutico titular, o una unidad de adopción u organización, por ejemplo, el equipo de una farmacia. Por ello, el presente estudio pretende categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers en relación a la provisión del SFT.

METODO

Para la recogida de los datos necesarios para estratificar las farmacias españolas según su situación en relación a la implantación de una innovación, la provisión del SFT,

Figura 1. Proceso de decisión-innovación (Innovation-decision process) de Rogers.



se empleó un cuestionario, no validado, previamente utilizado con el mismo objetivo, si bien no en una muestra general (anexo 1)^{8,13}.

Se realizó una encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI (Computer Assisted Telephoning Interviewing)³⁰ a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que trabajan en farmacias comunitarias españolas.

El diseño muestral se realizó mediante muestreo aleatorio simple estratificado por comunidad autónoma con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra se calculó de manera independiente, considerando un error permisible del 8% y un nivel de significación de $\alpha=0.05$.

El tamaño de la muestra total resultante fue de 1.135 farmacias. La distribución global de las mismas, según comunidades autónomas puede verse en el anexo 2.

Se definieron como variables dependientes, además de la fase anterior al conocimiento (no conoce), las cinco fases del proceso de decisión-innovación de Rogers en que se encuentran las farmacias comunitarias encuestadas. Estas fases se denominan: conocimiento (F-C), persuasión (F-P), decisión (F-D), implantación (F-I) y mantenimiento (F-M) (figura 1). En este estudio, aquellas farmacias que se encuentran en la fase de mantenimiento se subcategorizaron en función del número de pacientes a los que se realizaba el servicio, siempre que éste fuera superior a 1: (F-M1) de 2 a 5 pacientes; (F-M2) 6 a 10 pacientes; (F-M3) 11 a 25 pacientes; (F-M4) 26 a 50; (F-M5) 51 a 100 y (F-M6) 101 ó más pacientes. Las farmacias con un único paciente se incluyeron en la fase de implantación. Esta decisión, arbitraria, se tomó pensando en que cuando se pasa de uno a dos pacientes en la farmacia se están creando procesos y procedimientos para prestar el SFT y aunque el nivel sea bajo, se puede entender que aquellas farmacias con dos pacientes durante un tiempo suficientemente largo están aprendiendo cómo mantener el servicio en sus farmacias a lo largo del tiempo, por lo que se han incluido en la fase de mantenimiento.

Se consideraron como variables independientes o explicativas las siguientes: comunidad autónoma de la farmacia, sexo y categoría profesional (Titular/Adjunto). También se analizaron una serie de variables sociodemográficas y profesionales: formación en SFT, informatización de la farmacia, tipo de farmacia (rural o urbana) y tipo de clientela (estacional o habitual). Además se evaluaron los años de ejercicio en la farmacia (experiencia profesional).

Los datos obtenidos se sometieron al siguiente plan de análisis: (1) Cálculo de estadísticos descriptivos:

distribución de frecuencias, media, mediana y desviación típica. (2) Análisis bivalente: se realizó un análisis bivalente mediante la utilización de test estadísticos paramétricos (t de student) y/o no paramétricos (tests de U-Mann-Withney, Kruskal-Wallis) en función del carácter de la distribución que presentaban las variables.

Consideraciones éticas. En todo momento, el equipo de investigación garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos recogidos. El equipo no tuvo en ningún momento acceso a datos de carácter personal de los participantes en el estudio. La misma utilización de la técnica CATI garantiza el anonimato de los participantes ya que todos los datos se enviaron a los investigadores desprovistos de cualquier tipo de identificación. Al no incluir ningún tipo de intervención clínica, no se solicitó aprobación por ningún comité de ética.

RESULTADOS

Para conseguir la muestra de 1.135 respuestas se realizaron un total de 2.093 llamadas diferentes, lo que supone una tasa de respuesta del 54%. En el anexo 2, se muestra la distribución geográfica de la muestra por CCAA.

El perfil sociodemográfico de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (67,7%), mientras que en cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados son titulares de la farmacia (68,2%) frente a un 31,8% de adjuntos. Tan sólo un 4,9% de los entrevistados (n=55) trabaja solo, en farmacias en las que no hay ni auxiliares ni otros farmacéuticos adjuntos. En este grupo, el 14,5% (n=8) se encontraba en las fases de Implantación (n=6; 10,9%) o en Mantenimiento (n=2; 3,6%).

La edad media de los encuestados es de 44,3 años (DE= 11,09) con una experiencia profesional media de 17,5 años (DE= 10,85). El 54,0% de los encuestados afirman tener formación en SFT. Las farmacias se encuentran informatizadas en casi el 100% de los casos (98,9%).

El 64,8% de las farmacias encuestadas pertenecen al ámbito rural, frente al 35,2% que dicen pertenecer al urbano. Los farmacéuticos encuestados refieren que la mayoría de su clientela es habitual (88,5%) frente al 11,5% de clientes estacionales o de paso.

La situación de las farmacias en relación con las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers, incluyendo las sub-categorías en la fase de Mantenimiento, se muestra en la tabla 1.

Casi una tercera parte de los entrevistados desconocían el significado del SFT y más del 60% de las farmacias encuestadas se encuentran en las fases iniciales, tanto la previa de "anterior al conocimiento" como la del conocimiento. Sólo un 5% está en fase de mantenimiento.

Tabla 1.: Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers

	Número	%	
FASES	N=1.135		
No conocen		353	31,1%
Conocimiento	(F-C)	351	30,9%
Persuasión	(F-P)	145	12,8%
Decisión	(F-D)	129	11,4%
Implantación	(F-I)	100	8,8%
Mantenimiento	(F-M)	57	5,0%
Mantenimiento	F-M1 (2 - 5)	15	26.3%
	F-M2 (6 - 10)	12	21.1%
	F-M3 (11 - 25)	10	17.5%
	F-M4 (26 - 50)	10	17.5%
	F-M5 (51 - 100)	4	7.0%
	F-M6 (≥101)	6	10.5%

El resultado del análisis bivalente relacionando los porcentajes de respuestas en las distintas fases del proceso de decisión-innovación y las comunidades autónomas, se muestra en el Anexo 3. La comunidad de Aragón es donde existe mayor porcentaje de Farmacias en fase de Implantación y Mantenimiento. En el otro extremo se encuentra la comunidad cántabra con un 50% de farmacias encuestadas que desconocen el significado del SFT, siendo además la única en que ninguna farmacia se encuentra en las F-I y F-M. También se observa un 0% en F-M en Asturias, Canarias y La Rioja.

Los resultados obtenidos muestran que el tener una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio (ZAP) es significativamente diferente de no tenerla. Estos resultados se contrastan mediante el test de hipótesis Chi-cuadrado, que arroja un nivel de significación $p=0,000$. (tabla 2). Hay dos farmacias que no tienen ZAP y que se encuentran en la fase de mantenimiento, una con 10 pacientes y la otra con 15.

En el 36,3% de las farmacias que se encuentran en F-I o F-M, existe un responsable del servicio de seguimiento, 4 farmacias en F-I (4,0%) y 53 en F-M (93,0%).

No existen diferencias significativas entre la consideración de la farmacia según su ámbito de ubicación, es decir, las diferencias que se observan en las fases del SFT podrían deberse al azar (tabla 3)

Por el contrario, sí se han encontrado diferencias estadísticas significativas entre la fase en la que se encuentra una farmacia y el tipo de clientela que tiene. ($p=0,04$) (Tabla 4)

También se encuentran diferencias descriptivas entre la

Tabla 2.: ¿Tiene una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio?

	SI		NO	
No conocen	32	5.7%	8	3.0%
Conocimiento	206	37.0%	145	54.7%
Persuasión	93	16.7%	52	19.6%
Decisión	83	14.9%	46	17.4%
Implantación	88	15.8%	12	4.5%
Mantenimiento	55	9.9%	2	0.8%
Perdidos = 313				

Tabla 3.: ¿Cómo podríamos considerar su farmacia?

	Urbana		Rural	
No conocen	228	31.0%	124	31.2%
Conocimiento	237	32.2%	114	28.6%
Persuasión	93	12.6%	52	13.1%
Decisión	80	10.9%	49	12.3%
Implantación	63	8.6%	37	9.3%
Mantenimiento	35	4.7%	22	5.5%
Perdidos = 1				

Tabla 4.: Situación de la farmacia según el tipo de cliente

	E/P		Habitual	
No conocen	41	31.8%	311	31.0%
Conocimiento	54	41.9%	297	29.5%
Persuasión	14	10.8%	131	13.0%
Decisión	9	7.0%	120	11.9%
Implantación	7	6.4%	93	9.2%
Mantenimiento	4	3.1%	53	5.3%
Perdidos = 1				

E/P: Estacional/ de paso

fase en que se sitúa una farmacia y el hecho de que los profesionales tengan formación en SFT, (Tabla 5), siendo estos últimos los que se ubican en fases más elevadas de implantación-mantenimiento. Las filas etiquetadas con el "SI" en dicha tabla, incluye los farmacéuticos que afirman haber recibido algún tipo de formación sobre SFT mientras que el indica lo contrario.

DISCUSION

En cuanto a las características demográficas de los encuestados, el perfil de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (67,7%) lo que coincide con los datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos que recoge que el 70,4% de los colegiados son mujeres³¹.

Tabla 5: Situación de la farmacia según la formación. (¿Ha recibido algún tipo de formación en SFT?: Sí/No)

	No conocen		F-C		F-P		F-D		F-I		F-M	
SI	102	16,64%	213	34,75%	82	13,38%	86	14,03%	82	13,38%	48	7,83%
No	251	48,18%	137	26,30%	63	12,09%	43	8,25%	18	3,45%	9	1,73%
Total	353	31,04%	350	30,9%	145	12,79%	129	11,38%	100	8,82%	57	5,03%
Perdidos = 1												

El presente trabajo es el primero que analiza la situación de las farmacias comunitarias españolas a nivel nacional, teniendo en cuenta las Comunidades Autónomas y utilizando el modelo de implantación de innovaciones de Rogers. Los autores tan sólo conocíamos un intento de catalogar las farmacias a nivel estatal utilizando otro modelo, el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClementi²². Dado que el SFT se considera una innovación⁸, tal como se ha comentado en la introducción, parece interesante utilizar el marco teórico de la “difusión de las innovaciones” de Rogers, que por otra parte es un marco teórico muy utilizado²⁹. Esto permite conocer las fases en las que se encuentran las farmacias lo que a su vez puede permitir la identificación de espacios no cubiertos tanto en el sistema como en la estructura de la formación y programas de apoyo.

Aunque puede parecer sorprendente, un 31 % de los farmacéuticos comunitarios desconoce en qué consiste el SFT. Resulta extraño que en un momento en que toda la prensa profesional hace referencia continuamente al SFT, a sus beneficios, a diferentes proyectos, etc., uno de cada tres farmacéuticos siga desconociendo de qué se está hablando. Sin embargo, es un dato que coincide con los resultados de Aguas donde el 27,9% de los farmacéuticos no conocía el significado del concepto de SFT, a pesar de la gran actividad divulgadora del servicio por parte del CIM en su provincia⁸. Ambos resultados están lejos de los encontrados por Hidalgo, que constató que el 87,9% de los farmacéuticos de la ciudad de Granada desconocían el significado real del concepto de SFT, aun cuando muchos de ellos afirmaban realizarlo en sus farmacias³².

Es también sorprendente que en el grupo de farmacéuticos que no conocen el servicio, un 16,6% afirmaron estar formados en el mismo (tabla 5). Aguas también había identificado un 8% de farmacéuticos que aún asegurando que sabían en qué consiste el seguimiento, se pudo poner de manifiesto que no era así y que no habían entendido el significado de esta práctica profesional⁸. Esta contradicción puede deberse a la ambigüedad de la pregunta o a una mala interpretación de la misma en relación al significado o definición del SFT por parte de los farmacéuticos. A pesar de la amplia publicidad y de la multitud de cursos sobre el SFT muchos farmacéuticos siguen sin ser capaces de

identificar los elementos clave del servicio, lo que sugiere que los programas de formación así como los métodos de implantación existentes, deberían ser replanteados.

Otro aspecto que llama la atención, muy relacionado con el anterior, es que un 5,18% de los farmacéuticos en F-I y F-M manifestaron no haber recibido formación en SFT. Probablemente este asunto no entra dentro del alcance de esta investigación y este resultado insólito tenga que ver también con problemas en la interpretación de las preguntas.

Es necesario modificar los sistemas formativos, actualmente dirigidos a aportar conocimiento teórico, sin tener en cuenta que lo realmente importante es la adquisición de habilidades y competencias, es decir, el cambio de la práctica, del comportamiento, del alumno. En este sentido se debe recordar que Dualde no encontró relación entre recibir cursos de formación específicos para hacer AF y estar en la F-I o F-M. En su estudio, sólo el 8,4% de los encuestados figuraban en dichas fases, y de éstos, el 50% tenían incluidos en SFT a 10 pacientes o menos, el 25% a más de 20 pacientes y sólo uno a 50 pacientes. Sin embargo sí demostró que recibir formación influye de forma estadísticamente significativa en el paso de las fases de “anterior al conocimiento” y “conocimiento” a etapas de “persuasión” y “decisión”, con una probabilidad de 0,92 si se había asistido a dos o más cursos¹³. Por todo ello, y dada la dificultad de pasar de la F-D a la de F-I¹⁴ probablemente sea necesario, además de esa formación teórica, diseñar estrategias que permitan favorecer, primero el conocimiento del servicio, y después su implantación así como la de otros servicios para ir creando una cartera variada de servicios en la FC³³. Para ello probablemente sea necesario utilizar métodos de formación más específicos (in situ), junto a otras herramientas motivadoras como el reconocimiento del tipo que sea, etc³⁴.

Por otra parte, tan sólo un 5% de los farmacéuticos, los que se encuentran en la fase de mantenimiento, están realizando SFT a, al menos, 2 pacientes. Esto contrasta con otros resultados que obtienen cifras más elevadas que rondan el 10%^{8,22,28}. Estas cifras del 10% que son comúnmente aceptadas³ parecen excesivamente optimistas de acuerdo con nuestros resultados y con otros obtenidos en estudios exploratorios previos¹⁵⁻²¹ que ya apuntaban la existencia

de un nivel alto de desconocimiento del significado del servicio de SFT y a tasas de implantación real del servicio muy bajas. Como ya se ha dicho, la decisión de establecer el corte entre F-I y F-M en dos pacientes fue totalmente arbitraria y puede considerarse una limitación del trabajo. Si bien la suma de porcentajes de F-I y F-M no varía (13,8%), a medida que se aumenta la exigencia en el número de pacientes, disminuyen los que están en mantenimiento hasta el punto de que si el corte se establece en 50 pacientes, los farmacéuticos en F-M sólo supondrían el 0,9% y si se hace en 100, nos encontraríamos con tasas tan bajas como del 0,5% de farmacias en F-M.

No se ha encontrado ninguna relación entre el ámbito de ubicación de la farmacia (rural o urbana) y la práctica del SFT, mientras que sí parece que el tener una clientela habitual favorece la realización del SFT frente a las farmacias con clientes de paso, lo que, por otra parte, parece lógico.

En las farmacias que realizan el SFT y se encuentran en F-M es muy frecuente la existencia de un responsable del servicio de SFT (93%), aunque en las F-I tan sólo el 4% contaban con un responsable. Probablemente esto puede significar que la existencia de dicho responsable se puede considerar como un facilitador para la sostenibilidad del servicio.

Son pocas las farmacias que realizan SFT sin contar con una ZAP. Aunque 12 de las 100 farmacias en F-I afirman no tener ZAP, sólo hay 2 sin ZAP en F-M. Esto parece lógico porque en muchos estudios, la existencia de una ZAP se considera un facilitador³⁵⁻³⁷. La ZAP es un elemento que ayuda a conseguir los niveles de confidencialidad necesarios a la vez que genera una imagen de farmacia que presta servicios^{38,39}. Por los resultados obtenidos en los que se observan diferencias significativas entre las farmacias que tienen una ZAP y las que no, en relación a la práctica del servicio, parece posible afirmar que la ZAP es un elemento casi indispensable para poder realizar el SFT de una manera sostenible, tal como recomiendan las diferentes guías y consensos^{3,39,40}.

Los farmacéuticos que en este estudio se encuentran en la F-I, no son farmacéuticos que estaban realizando el servicio de SFT en el momento de la encuesta, sino que son farmacéuticos que en el pasado lo habían implantado, no habiendo conseguido que el servicio fuera sostenible en el tiempo. Ya ha sido descrito el efecto cansancio que puede deberse a diferentes causas entre las que probablemente las más importantes sean la falta de tiempo y la falta de pago por el servicio⁴¹⁻⁴³. Resulta difícil mantener en el tiempo un servicio complejo, que supone la asunción de nuevas responsabilidades, que genera costes adicionales y tiempo de dedicación como el SFT, sin obtener una rentabilidad del mismo.

Sin embargo, estos farmacéuticos que en su día lograron implantar el servicio de SFT lo conocen, han sido capaces de implantarlo en la práctica y parece que son farmacéuticos que podrían estar dispuestos a mantener el servicio en el tiempo si hubiera programas de apoyo y algún tipo de reconocimiento³⁴. El 13,8% de las F-I + F-M supone un porcentaje cercano al de los valores críticos que suelen utilizarse por los distintos autores. Estos valores fluctúan entre el 10%^{44,45} y el 25%^{9,46}. Nuestro dato del 5,0% (o inferior en función al punto de corte que se establezca entre F-I y F-M) muestra que todavía se deben realizar grandes esfuerzos encaminados a la implantación del SFT. Probablemente primero sea necesario evaluar el impacto del servicio¹ para posteriormente plantear otras acciones específicas orientadas a integrar los diferentes facilitadores.

El mayor desconocimiento se da en Cantabria con valores del 50%. Curiosamente está rodeada de provincias con el menor grado de desconocimiento (País Vasco, La Rioja, Asturias y Castilla-León). Además, en Cantabria la F-M supone un 0%, al igual que La Rioja, Asturias y Canarias. Las mayores tasas de sostenibilidad se dan en Aragón (13,5%), Castilla-León (12,05% y Extremadura (10,81%) sin que podamos aportar ninguna explicación a estas diferencias.

CONCLUSIONES

A pesar de los esfuerzos realizados por diferentes organizaciones e instituciones para impulsar la implantación y sostenibilidad del SFT, de acuerdo con los datos obtenidos es posible afirmar que este servicio se encuentra muy poco implantado en España.

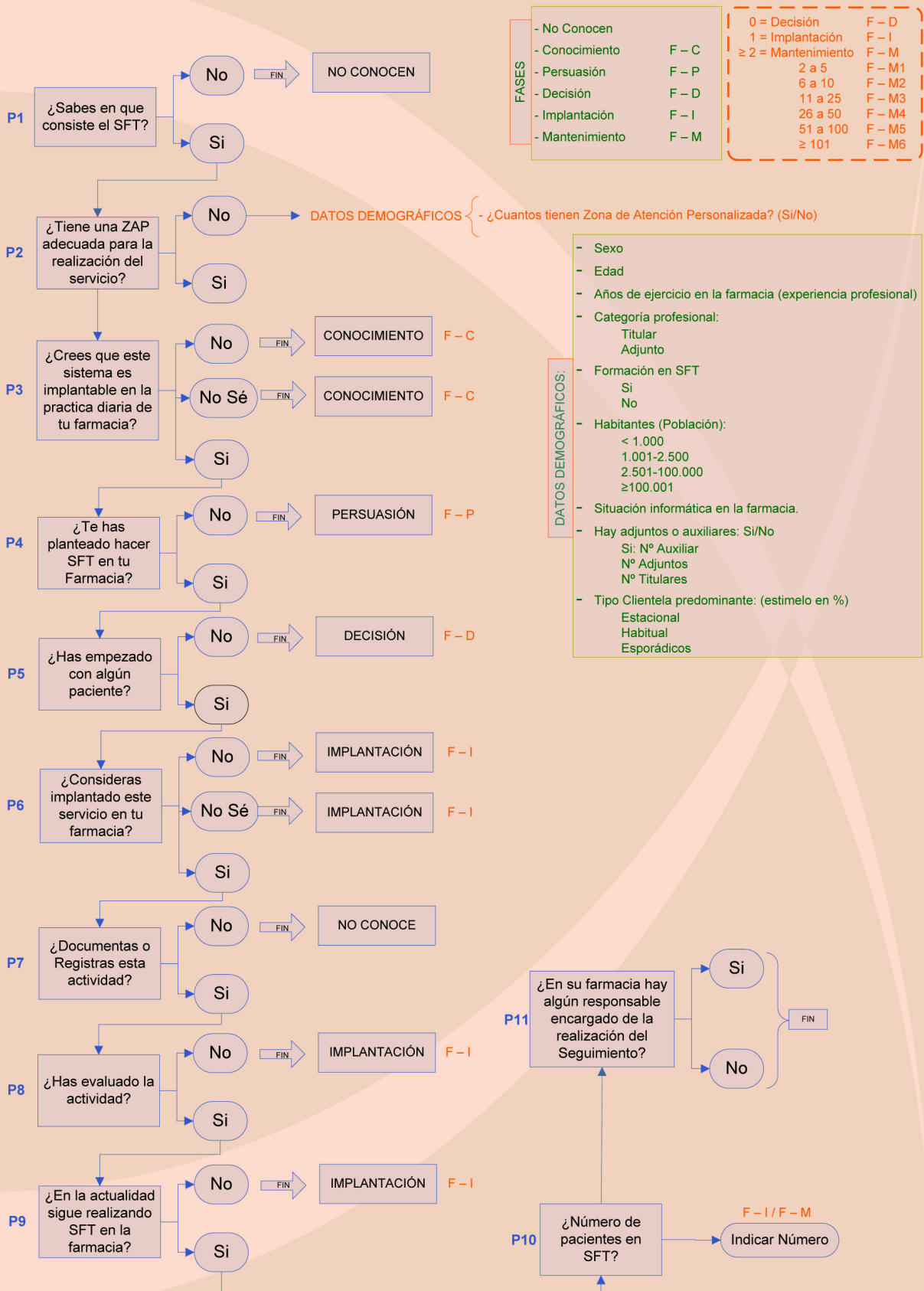
El hecho de que en la farmacia exista una zona de atención personalizada (ZAP) se muestra como un elemento que facilita la implantación del SFT. Por otra parte, la existencia de un farmacéutico responsable del servicio aparece como un elemento que permite la sostenibilidad del mismo una vez implantado.

Es necesario modificar los objetivos de la formación postgrado de los farmacéuticos. Esta debe estar menos orientada a aumentar el conocimiento y más orientada a mejorar las habilidades y competencias, es decir, debe estar encaminada al cambio de comportamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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): 69-88.
2. Grupo de Expertos. Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

Anexo 1. Cuestionario. Categorización en función de las respuestas



3. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
4. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernstein CB, Björnsdóttir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci.* 2010; 32: 472-87.
5. Hepler C. A dream deferred. *Am J Health-Syst Pharm.* 2010; 67: 1319-25.
6. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation. *Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries.* *Curr Pharm Des.* 2004; 10: 3969-85.
7. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernandez-Llimos F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother.* 2005; 39(12): 2105-10.
8. Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2004; 3(1): 10-16.
9. Rogers EM. *Diffusion of innovations.* 5.ª ed. Nueva York: Free Press; 2003.
10. Eriksson K, Kerem K, Nilsson D. The adoption of commercial innovations in the former Central and Eastern European markets. The case of internet banking in Estonia. *Int J Bank Marketing.* 2008; 26(3): 154-69.
11. Valente TW, Davis RL. Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders. *Ann Am Acad Polit Soc Sci.* 1999; 566: 55-58.
12. Rogers EM. Diffusion of preventive innovations. *Addict Behav.* 2002; 24: 989-93.
13. Dualde E, Faus MJ, Santonja FJ, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of a videoconference training course on implementing pharmacy services. *Pharm World Sci.* 2009; 31(6): 638-42.
14. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M, Noain MA, Castrillon CC. Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2009; 11: 52-62.
15. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F. Análisis de la opinión de farmacéuticos titulares de farmacias semiurbanas sobre la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico [póster]. *e-Farmacéutico Comunitario.* 2008; supl: 19-45.
16. Casado de Amezúa MJ, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica [póster]. *Ars Pharm.* 2008; 49(supl1): 35-46.
17. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opinions of pharmacists, experts in delivering advanced cognitive services such as Medicine Management, about the lack of implementation of these services in Spain. [Poster]. *Pharm World Sci.* 2009; 31(4): 494-508.
18. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Casado MJ. Influencia de factores organizativos internos en la Farmacia Comunitaria, para la implantación de Seguimiento Farmacoterapéutico. La opinión de los farmacéuticos adjuntos. *Ars Pharm.* 2008; 49(supl1): 48-49.
19. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos innovadores sobre el proceso de implantación del seguimiento Farmacoterapéutico en España. *Ars Pharm.* 2009; 50(supl1): 48-49.
20. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Conocimiento de farmacéuticos sobre Atención Farmacéutica y barreras para la implantación del Seguimiento. VI Congreso Nacional de AF. Sevilla, Octubre de 2009.
21. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F. Percepción de los farmacéuticos sobre su futuro profesional en Atención Farmacéutica. Ed. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Granada, 2010. ISBN: 978-84-608-1129-9
22. Zardain E, del Valle MO, Loza MI, García E, Lana A, Markham WA, et al. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. *Pharm World Sci.* 2009; 31: 174-82.
23. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983; 51: 390-5.
24. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good.* Nueva York: Quill-Harper Collins Publishers, 2002.
25. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol.* 1994; 13: 39-46.
26. Berger BA, Grimley D. Pharmacists' readiness for rendering pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 1997; 37: 535-42.
27. Ficke DL, Farris K. Use of the transtheoretical model in the medication use process. *Ann Pharmacother.* 2005; 39(7-8): 1.325-30.
28. March JC, Puche MT, Ramos R, Arroyo L, Romero M. La Atención Farmacéutica: Médicos, Farmacéuticos y pacientes. [Póster] *Gac Sanit.* 2008; 22(supl 2): 9-49.
29. Davies P, Walker AE, Grimshaw JM. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Davies et al. Implementation Science.* 2010; 5: 14.
30. McDaniel C, Gates RH. *Investigación de mercados.* Cengage Learning Editores, 2005.
31. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Información estadística. En: [portalafarma.org http://www.portalafarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/](http://www.portalafarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/)

Anexo 2. Población total y muestra seleccionada por comunidades autónómicas. Fracción de muestreo por comunidades para un muestreo aleatorizado simple estratificado.

Autónoma	n	%	N	FM
Andalucía	196	17,27	3555	5,51%
Aragón	37	3,26	678	5,46%
Asturias	26	2,29	465	5,59%
Cantabria	14	1,23	254	5,51%
Castilla y León	83	7,31	1493	5,56%
Castilla-La Mancha	61	5,37	1110	5,50%
Cataluña	165	14,54	2982	5,53%
Extremadura	37	3,26	661	5,60%
Galicia	69	6,08	1257	5,49%
Islas Baleares	22	1,94	392	5,61%
Islas Canarias	38	3,35	694	5,48%
La Rioja	8	0,70	142	5,63%
Madrid	153	13,48	2774	5,52%
Murcia	31	2,73	554	5,60%
Navarra	31	2,73	555	5,59%
País Vasco	45	3,96	813	5,54%
Valencia	119	10,48	2158	5,51%
Total	1135	100,00	20537	5,53%

FM: Fracción de muestreo

voDocumentos/BC90535B8D675284C12577440052FAEB/\$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement (acceso marzo, 2011)

32. Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005; 3(3): 144-149.
33. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SL. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. Res Social Adm Pharm 2010; 6(3): 163-73.
34. Gil MI, Cardero M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Priorización de Facilitadores para la gestión del cambio en la práctica de la Farmacia Comunitaria en España. VI Congreso Nacional de AF. Sevilla, octubre de 2009.
35. Buisson, J. Accrediting Community Pharmacies: A way of bringing in quality standards?. Pharm J. 2002; 269: 274-5.
36. Carnes P, Koons K. Leading the next renovation: Redesigning a pharmacy structural workspace. J Am Pharm Assoc. 2010; 50: 416-8.
37. Rapport, Doel MA, Jerezembek GS. "Convenient space" or "a tight squeeze": Insider views on the community pharmacy. Health&Place. 2009; 15: 315-22.
38. Willink DP, Isetts BJ. Becoming indispensable: Developing

Anexo 3. Análisis Bivariante. Los valores máximos y mínimos por cada fase están señalados en ella. Comunidad Autónoma y Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers.

	F-noC		F-C;F-P;F-D		F-I		F-M	
Andalucía	75	38.27	100	51.02	18	9.18	3	1.53
Aragón	10	27.03	15	40.54	7	18.92	5	13.51
Canarias	11	28.95	22	57.89	5	13.16	0	0.00
Cantabria	7	50.00	7	50.00	0	0.00	0	0.00
Castilla-La Mancha	21	34.43	32	52.46	5	8.20	3	4.92
Castilla y León	17	20.48	49	59.04	7	8.43	10	12.05
Cataluña	47	28.48	98	59.39	10	6.06	10	6.06
Comunidad de Madrid	53	34.64	84	54.90	11	7.19	5	3.27
Comunidad de Navarra	12	38.71	16	51.61	2	6.45	1	3.23
Comunidad Valenciana	42	35.29	58	48.74	13	10.92	6	5.04
Extremadura	11	29.73	20	54.05	2	5.41	4	10.81
Galicia	19	27.54	39	56.2	8	11.59	3	4.35
Islas Baleares	5	22.73	15	68.18	0	0.00	2	9.09
La Rioja	1	12.50	6	75.00	1	15.50	0	0.00
Murcia	12	38.71	12	38.71	4	12.90	3	9.68
País Vasco	5	11.11	33	73.33	5	11.11	2	4.44
Principado de Asturias	5	19.23	19	73.08	2	7.69	0	0.00
	353	31.10	625	55.07	100	8.81	57	5.02
Total	1135							

F-noC=No conocen; F-C= Conocimiento; F-P= Persuasión; F-D= Decisión; F-I=Implantación; F-M=Mantenimiento

- innovative Community Pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc.* 2005; 45: 376-89.
39. Foro de AF en farmacia Comunitaria. La imagen de una farmacia orientada al paciente. *Panorama Actual Med.* 2010; 34: 1012-3.
40. Foro de atención farmacéutica en farmacia comunitaria, panel de expertos. Guía práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. Mayo de 2010. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN-13: 978-84-693-1717-4.
41. Aguas Y, Fernández-Llimós F. Evaluación del "efecto cansancio" en el Programa Dáder en la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp.* 2003; 5(Extra): 119.
42. Torrecillas Navarro RA., Espejo Guerrero J. Aproximación a la situación de burnout de los farmacéuticos comunitarios rurales españoles. [abstract 141] *Farmacéuticos Comunitarios.* 2010; (supl1): S23-S80.
43. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias españolas. *Aten Primaria.* 2007; 39(9): 465-72.
44. Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp.* 2000; 2: 193-200.
45. Lladós R. Hay que ofertar incansablemente el seguimiento farmacoterapéutico y por supuesto llevarlo a cabo. *El Farmacéutico.* 2002; 281: 48-58.
46. Bonal J. Toda profesión tiene románticos como los que creamos la AF. *Correo Farmacéutico.* Semana del 14 al 20 de febrero de 2005.