

Impulsado por:



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS

con**SIGUE**

GENERALIZACIÓN
DE LA IMPLANTACIÓN DEL
SERVICIO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO

DICIEMBRE
2018



con**SIGUE**

INFORME NACIONAL

GENERALIZACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO

Diciembre 2018

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 tuvieron alguna contribución en la consecución del Programa, a quienes nombramos más adelante.

Nuestro especial reconocimiento a los Formadores Colegiales (FoCo) 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 Generalización de la 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: Pedro Antonio Claros Vicario (Cáceres), Marta Fernández-Teijeiro (Cantabria), Javier Herradón Muñoz (León), Isabel Tovar Zapata (Murcia), Ana María Rodríguez Alonso (Toledo) y Ramón Jordán Alva (Zaragoza).

Asimismo, queremos agradecer a la Universidad de Granada su apoyo continuado en el proyecto de investigación y, sobre todo, agradecer al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos su impulso decidido al cambio hacia una Farmacia de Servicios Profesionales Asistenciales en nombre de su Presidente, Don Jesús Aguilar Santamaría, así como de su Secretaria General, Doña Raquel Martínez y su Tesorera, Doña Ana López-Casero.

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

Equipo Gestor de 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: 978-84-87089-13-8

Depósito Legal: M-11888-2019

Maquetación y Producción Gráfica: Comuniland S.L.

© Copyright de los textos originales: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos, 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

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Dra. María Fernández-Rodríguez
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Dra. Victoria García-Cárdenas
Universidad Tecnológica de Sídney (UTS).

Lda. Carmen Megía Arias
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Lda. Beatriz Pérez-Escamilla
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Lda. Raquel Varas-Doval
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Dra. María José Zarzuelo Romero
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Prof. Dr. Shalom I (Charlie) Benrimoj
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Dr. Fernando Martínez-Martínez
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Preámbulo

Un reciente informe de la Comisión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) alertó de que hasta un 20% del gasto sanitario se desaprovecha, entre otros, por un elevado número de ingresos hospitalarios evitables en cinco patologías de máxima prevalencia y, también, por falta de adherencia a los tratamientos. Estos datos ponen en evidencia que los sistemas sanitarios deben gestionar mejor sus estructuras y profesionales, si quieren optimizar los recursos, garantizando siempre la mejor asistencia a los pacientes.

Los farmacéuticos, por sus conocimientos en torno al medicamento y la salud pública, así como por su integración en el seno de la comunidad, pueden y quieren contribuir a la mejora global de la asistencia sanitaria mediante la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA). Servicios ofrecidos en un marco de colaboración interprofesional y que estamos seguros de que aportan eficacia en salud, y eficiencia en la gestión de los recursos públicos.

En esta línea de trabajo, impulsamos desde el Consejo General de Farmacéuticos una serie de proyectos de investigación en SPFA con el objetivo de corroborar que la intervención del farmacéutico puede dar respuesta a retos como los planteados por la Comisión Europea y la OCDE. Así nació el proyecto conSIGUE, dirigido a conocer el impacto y trabajar en la implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) desde la Farmacia comunitaria a pacientes mayores, crónicos y polimedicados.

Con el fin de dotar de la mayor independencia y rigor a este proyecto, el Consejo General impulsó los trabajos y aportó el personal e infraestructuras, los Colegios contribuyeron con las farmacias y los farmacéuticos participantes y, por último, el diseño, investigación y tabulación de los resultados se encomendó a la Universidad de Granada. La primera fase de conSIGUE nos permitió estudiar el impacto a nivel clínico, económico y humanístico (ECHO) de la intervención del farmacéutico comunitario realizando el Servicio de SFT. Así, 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 permitió diseñar un programa que garantiza en un 90% de los casos, la implantación del Servicio de SFT en las farmacias y, además, sirvió para consolidar la figura del Formador Colegial (FoCo), un farmacéutico de la Organización Farmacéutica Colegial que facilita el trabajo de los farmacéuticos *in situ* en las farmacias comunitarias. Por último, durante esta fase se confirmaron y mejoraron los resultados de impacto ECHO obtenidos en la primera etapa.

En diciembre de 2016 iniciamos la tercera fase, de generalización del Servicio de SFT, de la que ahora te presentamos estos excelentes resultados. En esta nueva etapa han participado 77 farmacias, 107 farmacéuticos y 560 pacientes a lo largo 15 meses de trabajo, y los datos vuelven a confirmar el valor de la intervención del farmacéutico.

Todos estos años de trabajo y la labor desarrollada por las instituciones y farmacéuticos implicados ha permitido a la profesión no solo confirmar la eficacia y eficiencia de la labor profesional, sino también dotarse de las herramientas electrónicas, metodología y procesos que facilitan llevar el Servicio de SFT a la práctica habitual.

En el caso de la tecnología, estamos llevando a cabo una verdadera transformación digital de las farmacias que, en relación con los SPFA, tiene a NodoFarma Asistencial como el eje sobre el que se prestarán todos ellos. Una herramienta que podrá conectar a las 22.000 farmacias, permitirá recoger y compartir información del paciente –con su consentimiento– y generará información de enorme interés sanitario.

La Farmacia está cumpliendo, desde la responsabilidad y el compromiso con los pacientes, aprovechando su potencial sanitario y social y preparándose para responder a las nuevas necesidades de la sociedad. Una profesión que avanza en el estudio y desarrollo de nuevos SPFA que, de nuevo, confirman su eficacia y eficiencia. Servicios que ofrecemos a las administraciones, para que puedan ser implantados en coordinación con el resto de estructuras y profesionales. Disponemos de 22.000 farmacias cercanas y accesibles, de más de 50.000 farmacéuticos, de un programa que facilita la implantación de servicios y de una estructura tecnológica que permitirá ofrecerlos de manera homogénea y universal en toda España.

Quiero terminar trasladando el agradecimiento del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a laboratorios CINFA, por su apoyo continuo desde el inicio del proyecto. Del mismo modo, reconocer la labor de los equipos investigadores de la estructura colegial y de las Universidades de Granada y Tecnológica de Sídney. Así como a los 20 Colegios participantes, a los 26 FoCo y a los 579 farmacéuticos comunitarios que han participado en las tres fases de conSIGUE. Sin su implicación hubiera sido imposible el éxito de este proyecto y, por supuesto, el avance que está viviendo la Farmacia, una Farmacia más asistencial y centrada en el paciente.



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 Cáceres

Antonio Jiménez Jiménez, Fátima García Gutiérrez, Juan José Hernández Rincón, Esperanza Díaz Palomino, Elena Ceña Guisado, Guadalupe Silva de Manuel, Juan Manuel Hernández Cruz, María Belén Morcuende Timón, M^a del Carmen Urbano Ruíz, M^a del Mar Obregón Sánchez, M^a del Mar Bote Blanco, Pilar Hernández Rincón, Ana Victoria Casero González, Antonio Leo Burdalo, Beatriz Palacios García, Purificación Girón Cagigao, Raquel Herrero Sierra, Soledad Herrero Moreno, Pedro Hernández Fernández.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Cáceres

Araceli Corrales

Responsable colegial

Juan José Hernández

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Cantabria

José Daniel Carballeira Rodríguez, Irene García Alfaro, Francisco de Asís de la Maza Ruíz, M^a Jesús Fernández Cossio, Paula Fernández Molina, Marta Fernández Teijeiro Álvarez, Elsa Quinzaños Madrazo, Pilar Higuera Anuarbe, Rodrigo Francisco García García, María García del Hierro, Laura Gutiérrez Rodríguez, Gonzalo Álvarez Pérez, Antonio Higuera Anuarbe, Elisa Abascal Lomas, Guillermo López-Alvarado Gómez, Guillermo López-Alvarado García de los Ríos, Eva Marrón Souto, Ana Martínez Fernández, Miguel de la Fuente Martínez, Eduardo Méndez-Villamil Matas, Sonia Molina Fernández, Felipe Alfonso Peñil Peñil.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Cantabria

Adriana Avendaño

Responsable colegial de Cantabria

Marta Fernández -Teijeiro

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de León

Amor M^a López González, Ana Cristina Garmero Martín-Granizo, Estefanía Rodríguez Pajares, Ana Isabel Fuertes Kronberg, Sonia Ruíz Pérez, Ángel Ojembarrena San Martín, Asunción Balado Insunza, Francisca Merayo Bello, Jorge López Merayo, Juan José González Herrero, Juan Pablo Encinas San Martín, Carmen Araceli Alonso Peregrín, Julio Valentín Sánchez-Fuentes Machuca, Luis Javier Herradón Muñoz, Susana Rodríguez Llamazares, César Pérez Hernández, M^a Antonia Sánchez Hernández, M^a del Carmen García Martínez, M^a del Mar Escudero Rubio, Diana Patricia Valin Álvarez, M^a Jesús Martínez Marcos, M^a Luisa Alonso Núñez, M^a Pilar Holguera Flores, Ariadna Fernández Gil, M^a Pilar Valcarcel Salgado, Marta Fernández de Vega Chavarri, Santiago Picouto González.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de León

Marta López

Responsable colegial de León

Asunción Balado

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Murcia

Myriam de los Ángeles Cadenas García, Pedro Luis López Torres, Silvia Conesa Zamora, Mónica Benito Bartolomé, Alejandro Galindo Tovar, Guillermo Carlos Recio Fernández, Lucía Iglesias Acosta, M^a Victoria Hervas López, Antonia López Collados, José Manuel Moles Cuevas, Lourdes M^a Garres Rodenas, M^a Cristina Mora Flores, M^a Antonia Nieto Cerón, María Moreno Fuentes, María Moreno Álvaro, M^a Cecilia Moreno Béjar, Susana Villena Sixto, Elena Piñero Zaldivar, José Carlos Moreno Bravo, María Aranzazu Moreno Torres, Natalia María Moreno Torres, Agustín España Palazón, María Navarro López, Francisco Javier Plaza Zamora, María Jesús Rodríguez Arcas, Carmen M^a Preciado Brión, Marta Sabater Galindo, Yolanda Ángeles García Sánchez, Encarnación Egidos Navarro, Francisco Luis Sánchez Capelo, Emilia M^a Torres Tomás, M^a Pilar Zaragoza Fernández.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Murcia

Ana Navarro

Responsable colegial de Murcia

Isabel Tovar

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Toledo

David Andaluz García, M^a Elena Bueno Vera, Milagros González Herrero, M^a Dolores Cicuendez Rodríguez, Paula Cicuendez Brasal, Tomás Rodrigo de Mora Trapero, Arturo de Mora García, Moisés Fernández-Roldán González, María Jesús García Cañadilla, M^a Elisa García-Moreno Díaz-Marta, Ana María Martín Herrera, Elena Melchor del Ordi, Alfonso Rodríguez Chamorro, Laura Muñoz García-Heras, M^a Luz Rodríguez Gómez, Román Gamboa Rodríguez, Manuel Jesús Toledano Villanueva, Desiderio David Toledano Navalmodal.

Formador Colegial del Colegio Oficial de Toledo

Noemí Peludo

Responsable colegial de Toledo

M^a José Domínguez

Farmacéuticos comunitarios del Colegio Oficial de Zaragoza

Jessica Espina Cordero, Daniel Julio de María García, M^a Juliana Díaz Muñoz, Fernando Corrales Díaz, Isabel García García, M^a Ángeles Hernández Aguado, Silvia Lapieza Olano, Esther Zaborras Zaborras, Sara Marín Boloqui, María Santiago Lázaro, Rosario Molina Gaudó, Silvia del Caso Yagüe, Rosa M^a Morillo Lisa, M^a José Muniesa Marín, M^a Luisa Murillo García-Atance, Lara Martínez Lafuente, Vicente Miguel Porcar Jover, M^a Vicenta Serrador Cervera, Consuelo M^a Sanchís Gaya, Daniel Fernández Sanchís, Monserrat Triadu Sanjuan, Belén Parra Escartín, Marta Alonso Lázaro.

Formadora Colegial del Colegio Oficial de Zaragoza

Patricia Molina

Responsable colegial de Zaragoza

Mercedes Arias

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 SPFA 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
CWR	Collaborative Working Relationship
EVA	Escala Visual Analógica
GI	Generalización de la Implantación
FISpH	Framework for the Implementation of Services in Pharmacy (Marco teórico para la implantación de servicios en el ámbito de la farmacia)
FoCo	Formador Colegial
FP	Farmacéutico Prestador
PRM	Problemas Relacionados con los Medicamentos
SFT	Seguimiento Farmacoterapéutico
SPFA	Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales
RNM	Resultado Negativo asociado a la Medicación
rRNM	Riesgo de Resultado Negativo asociado a la Medicación
UGR	Universidad de Granada
UTS	Universidad Tecnológica de Sídney

Índice

Agradecimiento especial	ii
Autores	iii
Preámbulo	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
Prólogo	17
Antecedentes y justificación	17
1. Generalización de la implantación del Servicio de SFT.	25
1.1. Introducción	25
1.2. Resultados de fases previas del Programa conSIGUE	28
1.3. Justificación de conSIGUE Generalización de la Implantación	28
2. Objetivos	35
2.1. Objetivo general	35
3. Método	36
3.1. Diseño del estudio	36
3.2. Ámbito del estudio	36
3.3. Ámbito temporal	36
3.4. Aspectos éticos	37
3.5. Muestra de estudio	38
3.6. Efectividad del Programa conSIGUE Generalización de la Implantación	38
3.7. Diseño de una herramienta electrónica y un Programa de formación para el FoCo	43
3.8. Diseño de un Programa de formación para los farmacéuticos titulares y prestadores	46
3.9. Evaluación de la práctica colaborativa	48
3.10. Preparación de las Farmacias Comunitarias para la práctica del Servicio de SFT como parte de su práctica habitual	50

3.11. Recomendaciones	51
3.12. Financiación	51
3.13. Cronograma	51
4. Resultados.....	53
4.1. Ámbito temporal	53
4.2. Efectividad de la Fase conSIGUE-GI	53
4.3. Resultados del trabajo del FoCo	75
4.4. Programa de formación para el Farmacéutico Prestador	81
4.5. Evaluación de la Práctica Colaborativa	87
4.6. Datos cualitativos en la práctica habitual del Servicio	90
5. Discusión.....	101
6. Conclusiones y recomendaciones.....	109
7. Bibliografía	113
8. Anexos	119
Anexo 1. Cartel conSIGUE	119
Anexo 2. Carta modelo intervención con médico	120
Anexo 3. Dictamen de CEI-Granada	121
Anexo 4. Dictamen CEI-UGR	123
Anexo 5. Dictamen AEMPS	124
Anexo 6. Autorización de las Comunidades Autónomas	129
Anexo 7. Cuestionario conSIGUE: Uso de la plataforma para el Servicio de SFT en Nodofarma	130
Anexo 8. Programa taller con FoCo	132
Anexo 9. Descripción del puesto de trabajo de Formador Colegial	133
Anexo 10. Pacientes objetivo por COF y pacientes incluidos	136
Anexo 11. Póster enviado PCNE (Málaga, 2017)	140
Anexo 12. Póster enviado a FIP (Glasgow, 2018)	141
Anexo 13. Poster enviado a FIP (Lisboa, 2018)	142
Anexo 14. Programa Formación FoCo	143
Anexo 15. Programa de Formación de Farmacéuticos titulares y Prestadores	146
Anexo 16. Encuestas de satisfacción del Programa de formación	150
Anexo 17. Tablas del eCRD	152
Anexo 18. Cuestionario de práctica colaborativa	157
Anexo 19. Recomendaciones técnicas	162

| Antecedentes y justificación |

La provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)⁽¹⁾, no sólo logra una mejora en el proceso y en los resultados derivados del uso del medicamento, sino que, como consecuencia puede lograr una reducción de los gastos derivados del uso de servicios sanitarios, tal y como ha quedado descrito en la literatura^(2,3).

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, lo que se manifiesta en el apoyo de organizaciones nacionales e internacionales, como FIP y PGEU^(2,4-6). La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) señala que un 20% del gasto sanitario se desaprovecha, fundamentalmente por ingresos hospitalarios evitables en cinco patologías crónicas, pero también por falta de adherencia y exceso de prescripción de determinados fármacos o simple mala gestión que duplica pruebas diagnósticas.

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 en ensayos controlados a la práctica diaria^(7,8).

Diversas investigaciones⁽⁹⁻¹³⁾ han mostrado que la implantación de los SPFA consiste en un proceso complejo 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.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y la Universidad de Granada (UGR), junto con la Universidad Tecnológica de Sídney (UTS), son conscientes de (a) la importancia del Servicio de SFT como un servicio que está alineado con los intereses de la Administración sanitaria que debe abordar el problema del envejecimiento y la polimedición, (b) la importancia del SFT como un servicio “que puede cambiar una profesión” y que en algunos países ha abierto la puerta al pago por servicios⁽¹⁴⁾, (c) la necesidad de demostrar que este Servicio en España puede producir resultados en salud como ha ocurrido en otros países, (d) que es necesario contar con estudios farmacoeconómicos potentes que permitan

la negociación de la remuneración del Servicio, (e) que es necesario un modelo de implantación de servicios y la ayuda in situ, en las farmacias, de facilitadores del cambio de la práctica, (f) que es necesario desarrollar programas de formación tanto para los farmacéuticos que vayan a prestar el Servicio como para los formadores o facilitadores del cambio de práctica y (g) la importancia de desarrollar sistemas electrónicos de recogida de datos que permitan el registro, seguimiento, análisis y evaluación continua de la progresión del Servicio.

conSIGUE se planteó como un estudio de investigación organizado en diferentes fases (Figura 1). La primera de ellas, denominada **conSIGUE Impacto**⁽¹⁵⁾, se llevó a cabo entre 2009 y 2013 y contó con la realización de un estudio piloto y un estudio principal. Evaluó el impacto clínico, económico y humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes mayores (65 años o más), crónicos polimedcados (5 o más medicamentos de forma continuada durante un periodo igual o superior a 6 meses), en el ámbito de la Farmacia Comunitaria.

conSIGUE Implantación se llevo a cabo entre 2013 y 2016 con el objetivo de desarrollar y evaluar un Programa de implantación de SPFA que permitiese optimizar la implantación y sostenibilidad de los mismos en la Farmacia Comunitaria, utilizando el Servicio de SFT como ejemplo. Incorporó un modelo de implantacion de servicios en farmacias, denominado modelo FISpH⁽²⁴⁾.

conSIGUE Generalización de la Implantación (conSIGUE-GI) se ha centrado en un SPFA, el de SFT, que genera buenos resultados en salud^(3,16-23) con un modelo de implantación de servicios que ha demostrado su efectividad en conSIGUE Implantación, y el apoyo de los Fo-Co, verdaderos facilitadores del cambio de la práctica que ejercen su trabajo *in situ*, en las Farmacias Comunitarias, para posibilitar la implantación del Servicio hasta el momento en

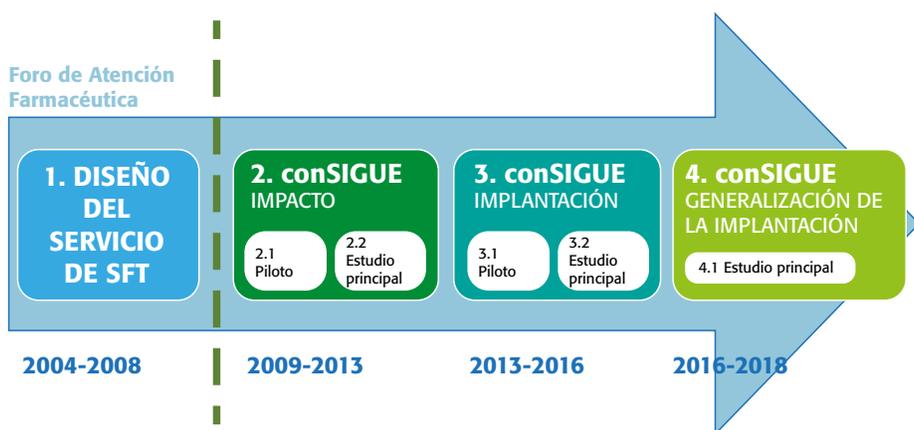


Figura 1. Etapas del Programa conSIGUE.

que se consiga la remuneración y pueda hacerse sostenible⁽²⁵⁾. Además, se han incorporado al Programa nuevas herramientas, como un Cuaderno de Recogida de Datos electrónico, tanto para los FoCo (eCRD-FoCo) como para los farmacéuticos prestadores (FP) (eCRD-SFT).

El objetivo del presente informe consiste en exponer los resultados del **Programa conSIGUE-GI** así como describir la práctica habitual del Servicio de SFT y elaborar las correspondientes recomendaciones para el futuro inmediato derivadas del citado Programa, para que el CGCOF, los COF y los farmacéuticos puedan monitorizar el impacto clínico, humanístico y económico del Servicio, en la práctica habitual. Este tipo de información tiene valor político, profesional y humanístico para la profesión farmacéutica.

Como ocurrió en **conSIGUE Implantación**, se diseñó un estudio híbrido de efectividad-implantación (*Effectiveness-implementation hybrid design*)⁽²⁶⁾ en el que se utilizó el marco teórico para la Implantación de Servicios en Farmacia FISpH (*Framework for the Implementation of Services in Pharmacy*)⁽²⁴⁾. Del mismo modo, se contó con la participación y el apoyo de farmacéuticos Formadores Colegiales (FoCo)⁽²⁷⁾. Como ya se ha comentado, la novedad de este estudio fue la utilización de herramientas electrónicas para la recogida de datos tanto para los FoCo como para los farmacéuticos prestadores (FP) del Servicio. Por ello se diseñó, desarrolló y probó un Cuaderno Electrónico de Recogida de Datos para los FoCo (eCRD-FoCo) y otro para los FP (eCRD- SFT).

conSIGUE-GI comenzó en diciembre de 2016. El trabajo de campo se inició en marzo 2017 y finalizó en septiembre de 2018 (medida de la sostenibilidad inicial). El protocolo de estudio del Programa **conSIGUE-GI** es una extensión del Programa de investigación titulado: “Programa para la implantación y futura sostenibilidad del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la Farmacia Comunitaria española”, que fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada con número de registro 13/C-11 en diciembre de 2013. Adicionalmente, se solicitó la aprobación al Comité de Ética de la Universidad de Granada a fecha del 18 de abril de 2017, obteniendo también el dictamen favorable a fecha 20 de junio de 2017 (anexo 4).

La población de estudio estuvo constituida por pacientes mayores de 65 años o más, crónicos y polimedicados, que acuden a las Farmacias Comunitarias implicadas. Se debía seleccionar una muestra de un máximo de 18 farmacias en cada COF participante.

Para guiar el proceso de implantación del Servicio de SFT, se utilizó el modelo FISpH⁽²⁴⁾, el cual plantea cuatro etapas diferenciadas (Exploración, Preparación, Prueba [o Implantación inicial], Implantación completa), por las que las Farmacias transcurren durante el proceso de implantación del Servicio de SFT tal y como muestra la *Figura 5*.

De acuerdo al modelo FISpH, en cada una de las etapas descritas se analizan los diferentes factores que influyen en el proceso de implantación⁽¹⁰⁾, se plantean estrategias de

intervención sobre los mismos, cuyos resultados son evaluados posteriormente. Por lo tanto, el transcurso a lo largo de cada una de las etapas del Programa de implantación, viene definida por los siguientes elementos: dominios y factores, estrategias e intervenciones, evaluaciones y variables.

Este modelo también permite medir tanto el proceso de implantación propiamente dicho, a través de las etapas descritas, como resultados de implantación (alcance, fidelidad e integración) y resultados en salud consecuencia de la prestación del Servicio (Figura 2).

Se realizó el análisis y evaluación del Servicio SFT según el modelo ECHO, utilizando una herramienta electrónica que facilitó el CGCOF, en base a la que, en formato Excel, se había utilizado en la fase de Implantación. Consiste en un cuaderno electrónico de recogida de datos (eCRD-FoCo) para recoger toda la información necesaria para la evaluación de la práctica de los FoCo. También se desarrolló un método de monitorización del trabajo de los mismos. Por otro lado, se ha evaluado la práctica colaborativa entre farmacéuticos y médicos desde la perspectiva del farmacéutico comunitario, a través del cuestionario diseñado y validado durante el Programa de conSIGUE Implantación (anexo 18) que permite medir esta relación profesional colaborativa.

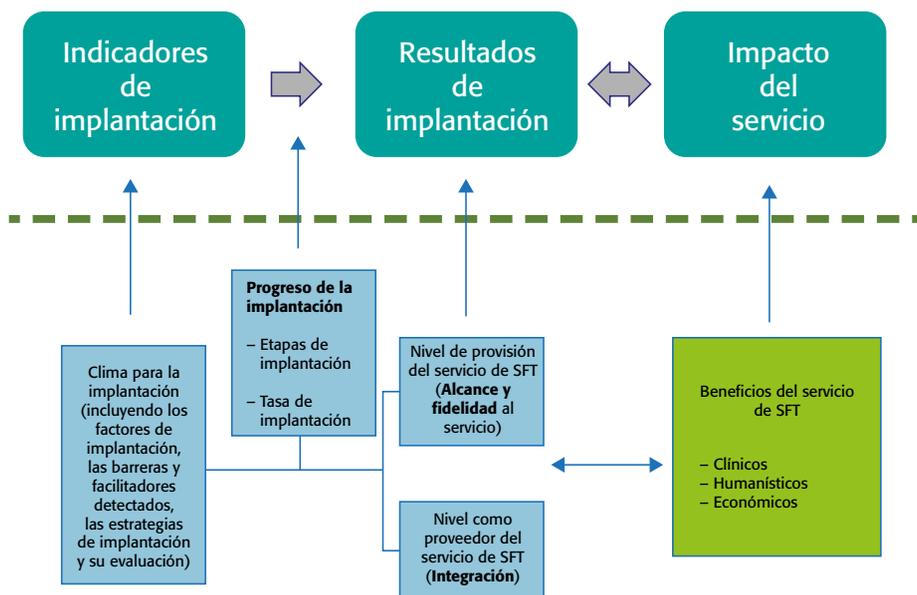


Figura 2. Evaluación y variables de la implantación.

Todo ello, gracias a un Programa de Formación previo para los FoCo, los farmacéuticos titulares y prestadores. Tras el trabajo durante todas las fases del Proyecto conSIGUE, se ha llegado a diseñar herramientas electrónicas, metodología y procesos que llevan el SFT a la práctica habitual. Estas herramientas electrónicas nos llevan a un seguimiento a tiempo real del mismo y poder analizar el impacto en el paciente y la monitorización del trabajo del farmacéutico. De esas herramientas se pueden obtener informes relacionados con la práctica habitual del Servicio de SFT.

Participaron 83 Farmacias Comunitarias distribuidas en seis COF de provincias españolas: Cáceres, Cantabria, León, Murcia, Toledo y Zaragoza y 107 farmacéuticos que prestaron el Servicio a 551 pacientes.

Este Programa ha tenido un éxito en la implantación del Servicio del 92% de las farmacias, y un 42% de ellas llegaron a la etapa de implantación completa. Teniendo en cuenta que para que el SFT se convierta en un Servicio sostenible debería haber un sistema de remuneración para el farmacéutico comunitario. Se ha llegado a integrar el Servicio con una puntuación de 3,7 sobre 5 y una Fidelidad de 8,3 sobre 10. Y la colaboración con el médico ha mejorado en un 47%.

Con respecto a los resultados clínicos, vemos que la tendencia en conSIGUE Impacto e Implantación se mantiene en conSIGUE-GI. El porcentaje de los problemas de salud no controlados han disminuido en un 39,1%, se ha resuelto un 60,7% de los PRM y un 68,9% de RNM y se han realizado 1.798 intervenciones en 551 pacientes, de las que se resolvieron un 64,1%.

Se ha formado la RedFoCo y se ha comprobado el papel imprescindible del FoCo para la implantación del Servicio, con su apoyo de al menos una vez al mes a la farmacia.

El producto de todo el trabajo ha sido:

1. e-CRD para el FoCo.
2. e-CRD-SFT para el farmacéutico prestador.
3. Talleres y contenido para la formación de titulares, farmacéuticos prestadores y FoCo.
4. Métodos e informes para monitorizar a tiempo real la práctica habitual del farmacéutico en SFT.

Como consecuencia de los resultados obtenidos y tras las conclusiones derivadas de este trabajo, se han planteado una serie de recomendaciones pensando en temas para el futuro de la profesión, programas nacionales de formación para FoCo y farmacéuticos prestadores y la práctica habitual. Las herramientas informáticas diseñadas y probadas (eCRD-FoCo y eCRD-SFT) están prácticamente preparadas para su utilización en la práctica habitual de las farmacias (recomendaciones técnicas, anexo 15).

a) Futuro de la profesión

- Se han generado datos suficientes que permiten considerar la remuneración del Servicio, requisito necesario si se pretende una generalización del mismo con la consiguiente sostenibilidad.
- Sólo cuando la prestación del Servicio sea rentable para la farmacia, podrá institucionalizarse y rutinizarse y, por tanto, podrá comenzar a analizarse su sostenibilidad⁽¹³⁾.
- La herramienta electrónica que se ha desarrollado permitirá la monitorización de la evolución de la prestación del Servicio, la obtención de datos de distinto significado y la negociación correspondiente.
- La farmacia prestadora debe tener datos de alta los ficheros correspondientes al Servicio de SFT de acuerdo con la Ley de Protección de Datos.
- Los datos que se obtengan durante la práctica del Servicio quedarán en poder de la farmacia por lo que cualquier transmisión de los mismos a entidades superiores (COF, CGCOF, u otras) se hará de manera desagregada y, por tanto, anonimizada a diferentes niveles.
- El eCRD-SFT desarrollado permitirá monitorizar a tiempo real la provisión del Servicio de SFT. El CGCOF, los COF y las farmacias deberán decidir un número mínimo de informes que se podrían utilizar a diferentes niveles para reflejar el valor del fármaco comunitario.
- El eCRD-SFT da la oportunidad para la remisión de los datos obtenidos al COF correspondiente siendo estas instituciones las que, después, derivarán los datos a instancias superiores como los Consejos Autonómicos y al CGCOF. En esta institución se agregarán todos los datos generados a nivel nacional lo que generará una base de datos muy potente sobre la actividad de los profesionales y los beneficios que el SFT genera en la práctica.
- Se deberían desarrollar con más detalle los informes que se vayan prediseñando para que su producción sea automática tanto a nivel de farmacia, de los COF como del CGCOF.
- El CGCOF y los COF deberían identificar la persona responsable con competencias informáticas y estadísticas para esta tarea y dar recurso para ello.
- El papel del FoCo se debería promover activamente por el CGCOF a los COF.
- El CGCOF debería incorporar el eCRD (una versión mejorada) en la plataforma Nodofarma Asistencial de cara a futuro.

b) Programas nacionales

- El CGCOF con el apoyo de los COF debería realizar un Programa de Formación a nivel nacional. Este Programa debería considerar la formación para farmacéuticos

titulares, prestadores y FoCo. Se debería considerar ofrecer este Programa en conjunto con Universidades locales.

- Este Programa nacional se debería promover como parte de la farmacia práctica para estudiantes de Grado y postgrado de farmacia.
- El objetivo de estos Programas sería convertir el Servicio de SFT en la práctica habitual en la Farmacia Comunitaria.
- El Programa debería incluir los contenidos y formato detallado en los anexos 14 y 15, añadiendo talleres de mantenimiento para que los prestadores o futuros prestadores puedan mantener sus conocimientos y habilidades actualizadas.
- El Programa debería considerar cambios para que los talleres sean más satisfactorios, menos densos, incluir más casos prácticos, ejercicios, búsqueda bibliográfica y clínica, y eliminar la formación relacionada con comunicación y marketing.
- Con este objetivo en mente, el CGCOF y los COF deberían en su sistema Nodofarma Asistencial incluir las adaptaciones necesarias para que este Programa pueda ser una realidad y pueda gestionar y administrar este Servicio como práctica habitual de los farmacéuticos comunitarios.
- Para mejorar el Programa de formación se debería considerar una serie de mejoras como: refuerzo del concepto técnico del valor de la Escala Visual Analógica (EVA).

c) Práctica habitual

- La práctica habitual debería incorporar el uso del eCRD-SFT.
- Todos los datos que se recogen como parte del Servicio se deberían introducir en el eCRD-SFT según el procedimiento. Esta herramienta electrónica permite al profesional tener acceso de manera ordenada a toda la información incluida en el eCRD-SFT y así poder seguir cada paciente o al conjunto de pacientes a los que se presta el Servicio, de manera fácil.
- Se debería considerar que para la práctica habitual no es necesaria la firma de un consentimiento informado por parte de los pacientes dado que la actual legislación incluye al Servicio de SFT como uno de los que debe realizar la Farmacia Comunitaria⁽²⁸⁾. Sin embargo, si el titular lo desea puede solicitar la firma de dicho documento.

1. Generalización de la implantación del Servicio de SFT

| 1.1. Introducción |

La provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)⁽¹⁾, no sólo logra una mejora en el proceso y en los resultados derivados del uso del medicamento, sino que, como consecuencia puede lograr una reducción de los gastos derivados del uso de servicios sanitarios, tal y como ha quedado descrito en la literatura^(2,3).

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, lo que se manifiesta en el apoyo de organizaciones nacionales e internacionales, como FIP y PGEU^(2,4-6). De hecho, existe una tendencia clara para remunerar la provisión de SPFA, 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^(14,29).

La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) señala que un 20% del gasto sanitario se desaprovecha, fundamentalmente por ingresos hospitalarios evitables en cinco patologías crónicas, pero también por falta de adherencia y exceso de prescripción de determinados fármacos o simple mala gestión que duplica pruebas diagnósticas. En relación con los ingresos hospitalarios la OCDE afirma que son potencialmente evitables los de pacientes con diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, EPOC o asma, acumulando 37 millones de estancias hospitalarias. La OCDE alerta en cualquier caso de la necesidad de reforzar la atención domiciliaria y la primaria para atender a estos colectivos. En materia de prescripción y consumo de medicamentos, la OCDE alerta también del enorme coste evitable, tanto en vidas como en gasto económico, que genera la falta de adherencia a los tratamientos, fundamentalmente a la medicación para la diabetes, hipertensión y colesterol e insiste en datos ya conocidos: estas patologías se generan 200.000 muertes evitables por falta de adherencia, y costes cercanos a los 125.000 millones de euros anuales por hospitalizaciones evitables generadas por falta de cumplimiento de los tratamientos⁽³⁰⁾.

Durante las últimas décadas, se han llevado a cabo numerosos estudios que tenían como objetivo diseñar y evaluar el impacto (eficacia) y la efectividad de diferentes

SPFA^(46,31). Sin embargo, actualmente la mayoría de ellos o tardan mucho tiempo en ser implantados o no lo consiguen, por lo que, de hecho, acaban sin integrarse en el día a día de la Farmacia Comunitaria, incluso a pesar de que algunos de ellos reciben su correspondiente remuneración. 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 en ensayos controlados a la práctica diaria^(7,8). 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, lo que ocurrirá es que incluso una vez implantado no se recogerá información sobre el efecto de la intervención en la práctica habitual por lo que resultará imposible apreciar el impacto real de las intervenciones diseñadas⁽⁹⁾.

Diversas investigaciones⁽⁹⁻¹³⁾ han mostrado que la implantación de los SPFA consiste en un proceso complejo 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⁽¹⁰⁾. Hoy se sabe que los procesos de implantación, complejos en sí mismos independientemente de lo que se pretenda implantar, se facilitan cuando se utilizan modelos de implantación y se emplea a facilitadores del cambio de práctica que actúan in situ formando y apoyando a quienes deben modificar su comportamiento. Los programas de implantación permiten analizar el contexto en que se realiza la implantación y los distintos elementos que influyen en el proceso; también permiten evaluar su evolución a través de diferentes fases que normalmente consisten en una exploración previa y una fase de preparación seguidas de unas fases de prueba e implantación⁽¹⁰⁾.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y la Universidad de Granada (UGR), junto con la Universidad Tecnológica de Sídney (UTS), son conscientes de (a) la importancia del Servicio de SFT como un servicio que está alineado con los intereses de la Administración sanitaria que debe abordar el problema del envejecimiento y la polimedicación, (b) la importancia del SFT como un Servicio “que puede cambiar una profesión” y que en algunos países ha abierto la puerta al pago por servicios¹⁴, (c) la necesidad de demostrar que este Servicio en España puede producir resultados en salud como ha ocurrido en otros países, (d) que es necesario contar con estudios farmacoeconómicos potentes que permitan la negociación de la remuneración del Servicio, (e) que es necesario un modelo de implantación de SPFA y la ayuda in situ, en las farmacias, de facilitadores del cambio de la práctica, (f) que es necesario desarrollar programas de formación tanto para los farmacéuticos que vayan a prestarlo como para los formadores o facilitadores del cambio de práctica y (g) la importancia de desarrollar sistemas electró-



Figura 3. Figura resumen del proyecto conSIGUE: sus productos, el lugar que ocupan los resultados obtenidos y el rol de los informes periódicos de seguimiento en la práctica habitual.

nicos de recogida de datos que permitan el registro, seguimiento, análisis y evaluación continua de la progresión del Servicio. Se diseñó un Programa holístico, en diferentes fases, con el objetivo específico de llevar la investigación a la práctica diaria (*Figura 3*):

Los objetivos detallados son los siguientes:

1. Evaluar la eficacia (impacto) del Servicio de SFT.
2. Realizar un estudio farmacoeconómico del Servicio de SFT.
3. Evaluar la efectividad y el proceso de implantación del Servicio de SFT en las Farmacias Comunitarias españolas.
4. Ensayar un modelo de implantación, el FISpH, previamente diseñado.
5. Desarrollar programas formativos tanto para los farmacéuticos titulares y prestadores como para los facilitadores del cambio de práctica que se han venido a denominar Formadores Colegiales (FoCo).
6. Desarrollar sistemas electrónicos de recogida de información (eCRD) tanto para los farmacéuticos prestadores (FP) como para los FoCo.
7. Diseñar modelos de informe que permitan evaluar la progresión del Servicio, a tiempo real, por las distintas organizaciones (CGCOF, COF, farmacias) e incluso por los propios prestadores.

8. Proporcionar herramientas para la negociación de la remuneración del Servicio de manera que, una vez conseguida ésta, se pueda introducir en la práctica habitual de las Farmacias Comunitarias españolas.

El Programa utilizó la experiencia de la ciencia de la implantación o “*Implementation Science*”^(2,9,14,24,32-34), 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⁽³⁵⁾.

Esta ciencia utiliza métodos de investigación específicos, como la 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 de la estrategia de implantación y sus componentes^(26,36).

| 1.2. Resultados de fases previas del Programa conSIGUE |

El Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) había sido consensuado previamente en su definición y procedimiento por Foro de Atención Farmacéutica, contando con la experiencia del Método Dáder^(4,37-39).

conSIGUE se planteó como un estudio de investigación organizado en diferentes fases (*Figura 4*). La primera de ellas, denominada **conSIGUE Impacto**⁽⁴⁵⁾, se llevó a cabo

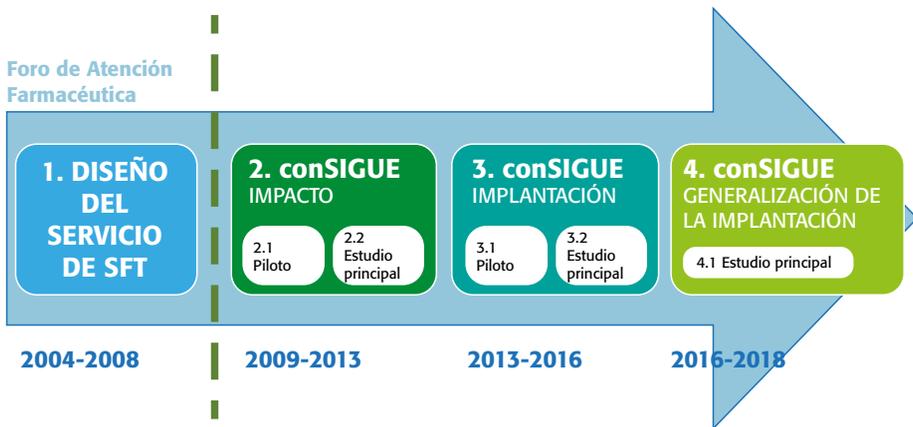


Figura 4. Etapas del Programa conSIGUE.

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 humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a 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. Sus resultados⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ se muestran en el apartado 2.1.

La segunda fase, denominada **conSIGUE Implantación**⁽²⁷⁾, se llevó a cabo durante los años 2013 a 2016. Al igual que **conSIGUE Impacto**, se realizó un estudio piloto previo y un estudio principal. El objetivo de **conSIGUE Implantación** fue desarrollar y evaluar un Programa de implantación de SPFA que permitiese optimizar la implantación y sostenibilidad de los mismos en la Farmacia Comunitaria, utilizando el Servicio de SFT como ejemplo. Los resultados obtenidos se muestran en el apartado 2.2.

La tercera fase, denominada **conSIGUE Generalización de la Implantación (conSIGUE-GI)**, se inició en 2016 y el trabajo de campo finalizó en septiembre de 2018. En esta fase, el objetivo consistía en aplicar y difundir el Modelo FISpH²⁴ para la implantación de SPFA, junto con la participación in situ del FoCo y el desarrollo y prueba de un Cuaderno de Recogida de Datos electrónico (eCRD), específico, basado en Bot PLUS, utilizando el Servicio de SFT en el ámbito de la Farmacia Comunitaria española. Los tres últimos meses de trabajo de campo se realizaron sin contar con la figura del FoCo.

Los resultados de esta Fase, **conSIGUE-GI**, constituyen el objetivo fundamental del presente informe.

1.2.1. Resultados de **conSIGUE Impacto**(2009-2013)

En primer lugar, y dado lo novedoso del estudio, se realizaron dos pre-pilotos en Granada y Murcia y un piloto en el COF de Cádiz⁽⁴⁰⁾.

En el estudio principal de **conSIGUE Impacto**, 250 farmacéuticos, en 178 farmacias pertenecientes a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de: Granada, Gipuzkoa, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife, evaluaron el impacto del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en 1.403 pacientes mayores crónicos y polimedicados. El método consistió en la realización de un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, en que la unidad de aleatorización fueron las farmacias.

Cabe destacar la labor del Formador Colegial (FoCo), una figura innovadora que proporciona apoyo in situ a las Farmacias Comunitarias durante todo el proceso, minimizando dificultades y dotando a los farmacéuticos de las habilidades necesarias, facilitando el cambio de práctica.

Resultados⁽⁴⁵⁾:

- Clínicos y humanísticos:
 - Reducción de un 56% de los problemas de salud no controlados.
 - Reducción del 49% de pacientes que refirieron haber acudido a los servicios de urgencias.
 - Reducción del 55% de pacientes que refirieron haber sido ingresados en hospitales.
 - Reducción de casi 0,15 medicamentos (ajustado).
 - Mejora de la calidad de vida en 6,6 puntos de media (ajustado).
- Farmacoeconómicos:
 - El resultado es muy coste-efectivo con un ratio coste-efectividad incremental (RCEI) dominante⁽⁴⁷⁾. Considerando un pago mensual de 22 €/paciente/mes a la farmacia⁽⁴¹⁾, genera un ahorro de 273 € por paciente y año. Además, por cada euro invertido, se obtiene un beneficio de entre 3,3 y 6,2 €⁽⁴⁸⁾.

1.2.2. Resultados de conSIGUE Implantación (2013-2016)

Se realizó un piloto en el COF de Navarra para, posteriormente, proceder al estudio principal en los COF de A Coruña, Albacete, Ciudad Real, Córdoba, Granada, Guadalajara, Gipuzkoa, Huelva, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife y Valencia. El trabajo de campo tuvo una duración de 15 meses cuyos tres últimos meses se realizaron sin la presencia del FoCo. Durante **conSIGUE Implantación**, se contó con la participación 222 farmacéuticos comunitarios en 135 farmacias; aunque se reclutaron 877 pacientes el Servicio se prestó a 862.

El método fue un híbrido de implantación-efectividad⁽²⁶⁾, por tanto, sin grupo control.

Resultados⁽²⁷⁾:

- Clínicos, económicos y humanísticos:
 - Reducción de un 54,1% de problemas de salud no controlados.
 - Reducción del porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias en un 53,1%.
 - Reducción del porcentaje de pacientes que fueron hospitalizados en un 59,8%.
 - Mejora de la calidad de vida percibida por el paciente de 6,74 puntos de media.
 - Reducción media de 0,39 medicamentos por paciente.
- Implantación:
 - Los FoCo, como facilitadores del cambio de práctica, identificaron 2.686 barreras y 1.916 facilitadores, es decir, elementos que dificultaban o facilitaban la implantación del Servicio respectivamente. De estos, y a través del proceso de facilitación diseñado para el Programa de implantación del Servicio de SFT, los FoCo resolvieron el 72,8% de las barreras identificadas y utilizaron de forma satisfactoria el 62,2% de los facilitadores descritos para favorecer la implantación del Servicio.

- Se consiguió que el 90% de las farmacias implantasen el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. En su evolución desde el inicio del Programa, la etapa de preparación fue poco prolongada en el tiempo, ya que más del 70% de las farmacias participantes la habían completado tras un mes de estudio. En la etapa de implantación inicial (prueba), se observó que la mayoría de las farmacias participantes habían reclutado al menos un paciente dentro del Servicio tras dos meses de estudio. En definitiva, el 20% de las farmacias participantes alcanzaron la etapa de sostenibilidad inicial tras 15 meses de prestación del mismo, teniendo en cuenta que en este último periodo de tres meses (entre el mes 12 y 15 del trabajo de campo) se retiró el apoyo del FoCo a las farmacias y el Servicio no era remunerado.
- Durante los 15 meses del estudio, el Servicio de SFT se prestó a 862 pacientes alcanzándose una media de 7,53 pacientes por farmacia. Teniendo en cuenta que el número de pacientes fijado como objetivo mínimo había sido de 7, el alcance del Servicio, consiguió el objetivo marcado al inicio del estudio.
- La Fidelidad al Servicio de SFT fue obtenida mediante un cuestionario validado, y la puntuación media estandarizada al 100% (es decir, en una escala del 0 al 100) fue de 83,80 (DE: 11,36; IC95%: 81,95-85,66), lo que mostró que los farmacéuticos comunitarios tuvieron una Fidelidad elevada, es decir, reportaron estar realizando el Servicio de acuerdo a como había sido protocolizado prácticamente en la totalidad de sus fases.
- La Integración del Servicio en la farmacia obtuvo una puntuación media de 3,39 (DE: 0,72), en una escala del 1 al 5. Los resultados mostraron que la integración del SFT durante todo el Programa fue satisfactoria, sobre todo teniendo en cuenta la ausencia de remuneración del mismo.

| 1.3. Justificación de **conSIGUE** Generalización de la Implantación |

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 prestación de servicios centrados en el paciente⁽²⁾. Todo este proceso ha supuesto, conceptualmente, el desarrollo de la Atención Farmacéutica y su posterior materialización en el desarrollo y práctica de diferentes servicios clínicos, Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)⁽¹⁾ que Foro AF-FC ha agrupado en dos grandes dominios: Servicios de Atención Farmacéutica y Servicios de Salud Comunitaria, lo que va constituyendo el concepto amplio de Farmacia Asistencial.

Los fallos de la farmacoterapia son evitables en un alto porcentaje⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. 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 otra parte, es importante recordar que el reto de mejorar la viabilidad de la Farmacia Comunitaria mediante la prestación de SPFA, pasa obligatoriamente por la obtención del pago por la prestación de los mismos para hacerlos sostenibles, lo que reduciría la dependencia casi exclusiva del margen obtenido por los productos dispensados. No obstante, la evidencia muestra que el pago de forma aislada no es un método efectivo para la implantación de nuevos SPFA. El pago es previo, necesario, pero no suficiente. Es necesario contar con un Programa holístico, que integre a todos los factores implicados, como la facilitación a través de un apoyo externo, y que tenga en cuenta las características individuales de las propias farmacias y de los farmacéuticos durante el proceso de implantación, como el propuesto en el Programa **conSIGUE**⁽⁴⁵⁾.

conSIGUE Generalización de la Implantación (conSIGUE-GI) se ha centrado en un SPFA, el de SFT, que genera buenos resultados en salud^(3,16-23) con un modelo de implantación de Servicios, el modelo FISpH⁽²⁴⁾, que ha demostrado su efectividad en **conSIGUE Implantación**, y el apoyo de los FoCo, verdaderos facilitadores del cambio de la práctica que ejercen su trabajo in situ, en las Farmacias Comunitarias, para posibilitar la implantación del Servicio hasta el momento en que se consiga la remuneración y pueda hacerse sostenible⁽²⁵⁾. Además, se han incorporado al Programa, nuevas herramientas como un Cuaderno de Recogida de Datos electrónico, tanto para los FoCo (eCRD-FoCo) como para los farmacéuticos prestadores (FP) (eCRD-SFT).

Durante la realización de esta fase, se ha venido trabajando en el diseño de informes que faciliten la evaluación continua, a tiempo real, de la práctica del Servicio de SFT. Se continuará usando esta evaluación continua cuando el Servicio se realice como práctica habitual en Farmacia Comunitaria, y no en el entorno de un proyecto de investigación.

Por eso, y dado que el Programa **conSIGUE** finaliza la fase de Generalización de la Implantación, y que a partir de entonces será el CGCOF la institución que deba continuar apoyando la prestación del SFT de una manera sostenible, integrada en la rutina de la práctica farmacéutica, el Equipo Investigador pretende ofrecer estas herramientas para facilitar dicha función. Así, además del esfuerzo realizado en el desarrollo de los sistemas electrónicos de recogida y gestión de los datos de los FoCo y de los FP, se propondrán modelos de informes que permitan la monitorización del desarrollo del Servicio de SFT a lo largo del tiempo, cuando se convierta en un Programa nacional, desde el CGCOF involucrando a COF.

El objetivo del presente informe consiste en exponer los resultados del Programa **conSIGUE-GI** así como describir la práctica habitual del Servicio de SFT y elaborar las correspondientes recomendaciones para el futuro inmediato derivadas del citado Programa, para que el CGCOF, los COF y los farmacéuticos puedan monitorizar el impacto clínico, humanístico y económico del Servicio, en la práctica habitual. Este tipo de información tiene valor político, profesional y humanístico para la profesión farmacéutica.

2. Objetivos

| 2.1. Objetivo general |

Evaluar el Programa de implantación del Servicio de SFT en el ámbito de la Farmacia Comunitaria española que contiene tres elementos clave: (1) la utilización del modelo FISpH de implantación, (2) la formación in situ de los FoCo y (3) los nuevos sistemas electrónicos de recogida de datos.

| 2.2. Objetivos específicos |

1. Aplicar y evaluar la efectividad del Programa diseñado en la fase conSIGUE Generalización de la Implantación en los términos de: (a) Progreso de la implantación, (b) Resultados de implantación y (c) Resultados del Servicio de SFT a pacientes crónicos, mayores y polimedicados según el modelo ECHO.
2. Diseñar un Programa de formación para el Formador Colegial (FoCo) utilizando el eCRD-FoCo.
3. Diseñar un Programa de formación para el Farmacéutico Prestador utilizando el eCRD-SFT.
4. Evaluar la práctica colaborativa entre los farmacéuticos comunitarios participantes en el Programa y los Médicos de Atención Primaria.
5. Preparar la práctica habitual del Servicio de SFT en las Farmacias Comunitarias españolas.
6. Recomendaciones.

3. Método

| 3.1. Diseño del estudio |

Se diseñó un estudio híbrido de efectividad-implantación (*Effectiveness-implementation hybrid design*)⁽²⁶⁾ en el que se utilizó el marco teórico para la Implantación de Servicios en Farmacia FISpH (*Framework for the Implementation of Services in Pharmacy*)⁽²⁴⁾, tal y como ocurrió en conSIGUE Implantación. Del mismo modo, se contó con la participación y el apoyo de farmacéuticos Formadores Colegiales (FoCo)⁽²⁷⁾.

La novedad de este estudio fue la utilización de herramientas electrónicas para la recogida de datos tanto para los FoCo como para los FP del Servicio. Por ello se diseñó, desarrolló y probó un Cuaderno Electrónico de Recogida de Datos para los FoCo (eCRD-FoCo) y otro para los FP (eCRD-SFT).

| 3.2. Ámbito del estudio |

Farmacias Comunitarias distribuidas en seis COF de provincias españolas: Cáceres, Cantabria, León, Murcia, Toledo y Zaragoza.

En fases anteriores de conSIGUE, concretamente en **conSIGUE Impacto**, se concluyó que el número de farmacias que puede gestionar un FoCo es de aproximadamente 15, siempre que el número de pacientes por farmacia no exceda el número de 7. Teniendo en cuenta que en cada uno de los COF participantes había un único FoCo, inicialmente se pensó en un total de 90 farmacias participantes, con una media de al menos 7 pacientes por farmacia, es decir, aproximadamente 630 pacientes en total.

| 3.3. Ámbito temporal |

conSIGUE-GI comenzó en diciembre de 2016 y finalizó en septiembre de 2018 (medida de la sostenibilidad inicial). Los FoCo finalizaron su actividad el día 31 de mayo 2018, fecha que aproximadamente coincide con los 12 meses de trabajo de campo de los FP. Las farmacias siguieron realizando el SFT a sus pacientes y a los 15 meses se evaluó la situación de sostenibilidad inicial a través de eCRD-SFT. De esta manera, los FP realizaron un trabajo de campo de 15 meses (12 meses con el apoyo de FoCo y otros 3 meses sin el FoCo).

Las fechas de inicio del trabajo de campo de **conSIGUE-GI** para cada COF fueron las siguientes: marzo de 2017 (Cantabria, Murcia, Toledo y Zaragoza) y abril de 2017 (Cáceres y León).

Las extracciones de datos se realizaron en dos fechas: el 1 de junio de 2018 para aquella información relativa al trabajo de campo y el 1 de octubre de 2018 para la relativa a la sostenibilidad inicial (mes 15).

| 3.4. Aspectos éticos |

3.4.1. Evaluación del Comité de Ética

El protocolo de estudio del Programa conSIGUE-GI, es una extensión del Programa de investigación titulado: *“Programa para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la Farmacia Comunitaria española”*, que fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada con número de registro 13/C-11 en diciembre de 2013.

Dicho protocolo se presentó al mismo Comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada (CEI-Granada). El protocolo de esta fase del estudio fue solicitado con fecha 29 de noviembre de 2016, bajo el código de proyecto: CGF-PMC-2016 v.1. Se obtuvo la aprobación y certificación de que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo, en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios con fecha de resolución a 23 de diciembre 2016 (anexo 3).

Adicionalmente, se solicitó la aprobación al Comité de Ética de la Universidad de Granada a fecha del 18 de abril de 2017, obteniendo también el dictamen favorable a fecha 20 de junio de 2017 (anexo 4).

3.4.2. Clasificación de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios

El protocolo de estudio fue enviado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) con fecha de solicitud 25 de enero de 2017 con código interno CGF-TRA-2017-01, para la obtención de una clasificación del estudio dependiendo de la naturaleza del mismo. A fecha de 14 de marzo de 2017 se obtuvo la resolución de *“Estudio Post-autorización de Seguimiento Prospectivo (EPA-SP)”* (anexo 5). En su resolución inicial, la AEMPS indicó que se debía solicitar autorización del proyecto en todas las Comunidades Autónomas en las que se fuese a llevar a cabo. Los detalles correspondientes a dicha solicitud están descritos en el anexo 6.

Posteriormente, el 17/10/2017, la AEMPS volvió a reevaluar el proyecto, clasificándolo esta vez como *“Estudio Observacional No Posautorización (No- EPA)”* (anexo 5), indicando que no se requería autorización por parte de ninguna CC.AA.

| 3.5. Muestra de estudio |

Pacientes

La población de estudio estuvo constituida por pacientes de 65 años o más, crónicos y polimedicados, que acuden a las Farmacias Comunitarias implicadas.

Los pacientes fueron reclutados teniendo en cuenta que el FP debía tener su primer paciente en el Servicio de SFT durante el primer mes de trabajo de campo. A partir de esa fecha, el FP debía decidir con el FoCo un número de pacientes objetivo para el resto de periodo de trabajo de campo llegando, al menos, al mínimo establecido por el Equipo Investigador que de acuerdo a los resultados obtenidos en las fases anteriores de **conSIGUE** se había concretado en 7 pacientes.

Criterios de inclusión:

- 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 utilizan cinco o más medicamentos).
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes autónomos (no dependientes), que sean capaces de completar el cuestionario EuroQol-5D-3L.
- Pacientes habituales de la Farmacia Comunitaria.

Farmacias

Se debía seleccionar una muestra de un máximo de 18 farmacias en cada COF participante. Los criterios de inclusión de las farmacias en **conSIGUE-GI** fueron:

- Farmacia cuyo titular asistiese a la formación específica y posteriormente manifestase su voluntad decidida de implantar el Servicio de SFT, facilitando la asistencia de los FP de su farmacia a la formación completa.
- Farmacia cuyo titular, se adhiriera al Programa firmando un contrato de prestación de servicios con el CGCOF.
- Farmacia cuyo titular y adjuntos se adhirieran al Programa firmando el compromiso como investigador.

| 3.6. Efectividad del Programa conSIGUE Generalización de la Implantación |

Para guiar el proceso de Implantación del Servicio de SFT, se utilizó el modelo FISpH⁽²⁴⁾, el cual plantea cuatro etapas diferenciadas (Exploración, Preparación, Implantación inicial

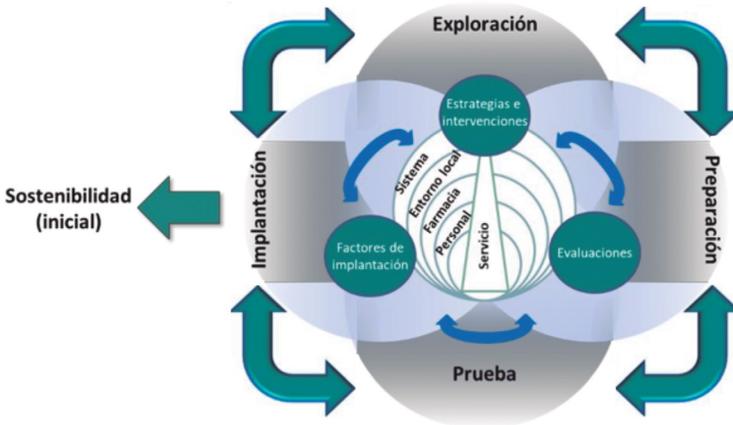


Figura 5. Modelo FISpH (Framework for the Implementation of Services in Pharmacies)

o Prueba, Implantación completa o Implantación), por las que las Farmacias transcurren durante el proceso de Implantación del Servicio de SFT tal y como muestra la *Figura 5*.

De acuerdo al modelo FISpH, en cada una de las etapas descritas se analizan los diferentes factores que influyen en el proceso de Implantación¹⁰, se plantean estrategias de intervención sobre los mismos, cuyos resultados son evaluados posteriormente. Por lo tanto, el transcurso a lo largo de cada una de las etapas del Programa de Implantación, viene definida por los siguientes elementos: dominios y factores, estrategias e intervenciones, evaluaciones y variables (*Figura 6*).

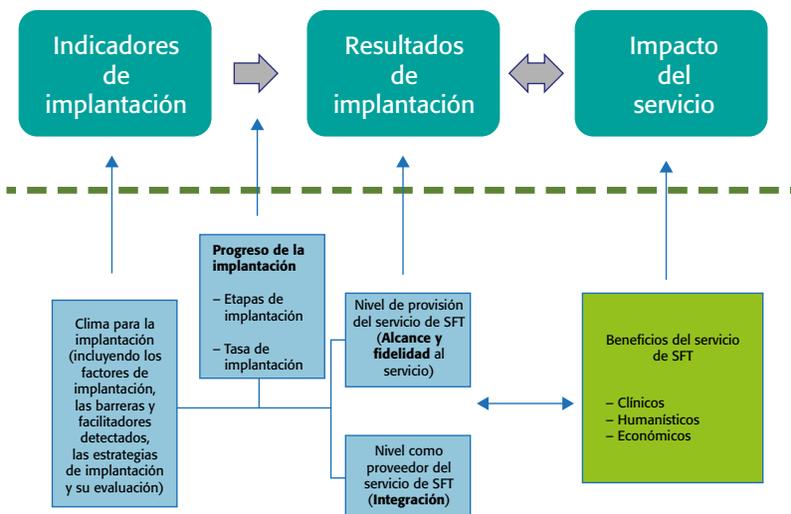


Figura 6. Evaluación y variables de la implantación.

La efectividad del Programa se analiza a tres niveles, tal como se muestra en la figura 6. Por un lado, se analiza el transcurrir de las farmacias participantes, a través de las diferentes etapas citadas (**Progreso de la implantación**). También se miden los **resultados de la implantación**, utilizando indicadores como el Alcance, la Fidelidad al Servicio y la Integración del mismo en la rutina de la Farmacia. Y, por último, se evalúan **resultados del Servicio**, siguiendo el modelo ECHO, es decir, se incluyen resultados clínicos, económicos y humanísticos.

3.6.1. Progreso de la implantación

El Progreso de la implantación del Servicio se evalúa analizando las diferentes etapas del modelo FISpH por las que transcurre la farmacia que, en esta fase del proyecto, es la unidad de análisis. Estas etapas son las siguientes:

Etapas de exploración	Todas las farmacias que responden afirmativamente a la invitación remitida desde el COF, es decir, aquellos farmacéuticos titulares que manifiestan su voluntad de participar. Independientemente, se registró el número de farmacias existentes en cada COF.
Etapas de preparación	El número de farmacias que firman el contrato, incluyendo farmacéuticos titulares y FP, acuden a la formación y reciben las credenciales. Así mismo, reciben la visita del FoCo en el primer mes.
Etapas de Prueba (Implantación inicial)	Número de farmacias que registran el primer paciente con al menos una intervención en el eCRD-SFT.
Etapas de implantación (Implantación completa)	Número de farmacias que prestan el Servicio de SFT de forma completa, con intervención, al número de pacientes fijado como objetivo (mínimo de 7 pacientes).
Etapas de sostenibilidad inicial	Número de farmacias que prestan el Servicio de SFT de forma continuada a la población fijada como objetivo, y se mantiene, una vez que desaparece el apoyo del FoCo, a los 15 meses. En esta fase cobran especial interés las variables de “resultado de implantación”: Alcance, Fidelidad e Integración. Para que los datos que proporcione el eCRD-SFT en el mes 15 sean fiables, es decir, correspondan a una farmacia en sostenibilidad inicial, se tienen en cuenta unos indicadores que muestran que la farmacia sigue activa, o lo que es lo mismo, que muestran indicios de algún tipo de actividad asistencial: cambios en el número de pacientes, en el número de medicamentos, en el número de PS, en el de intervenciones, la identificación de nuevos PRM y/o RNM, o la realización de alguno de los cuestionarios utilizados en el Programa como Integración o Fidelidad al Servicio.
Clasificación a los 15 meses de estudio	Una vez retirado el apoyo del FoCo y tras 3 meses sin su figura, la evolución de las farmacias a través de las etapas del modelo de implantación, se calculó tal como se muestra en la <i>Tabla 1</i> .

Tabla 1			
Mes 12		Mes 15	
Farmacia que no complete los 12 meses de estudio	Exploración	Farmacia que no complete los 12 meses de estudio	Exploración
Cero pacientes (con seguimiento del FoCo)	Preparación	Cero pacientes 1 paciente en SFT 1 a 6 pacientes	Exploración
			Implantación inicial (Prueba)
		7 ó más pacientes	Implantación completa (Implantación)
Entre 1 y 6 pacientes	Implantación inicial (Prueba)	Cero pacientes	Exploración
		1 a 6 pacientes	Implantación inicial (Prueba)
		7 ó más pacientes	Implantación completa (Implantación)
7 pacientes o más	Implantación completa (Implantación)	Cero pacientes	Exploración
		1 a 6 pacientes	Implantación inicial (Prueba)
		7 ó más pacientes	Sostenibilidad inicial

3.6.2. Análisis y evaluación de la Implantación: Alcance, Fidelidad e Integración

A continuación, se describen los indicadores relacionados con la implantación.

3.6.2.1. Alcance

El Alcance hace referencia al número de pacientes que se encuentran recibiendo el Servicio de SFT y que han recibido, al menos, una primera intervención del farmacéutico. Hay una serie de indicadores adicionales relacionados:

- Número de pacientes a los que se ofrece participar en el Servicio. (OFRECIMIENTOS).
- Número de pacientes que rechazan participar en el Servicio. (RECHAZOS).
- Número de pacientes que solicitan voluntariamente participar en el Servicio de SFT. (SOLICITUDES).
- Número de pacientes que se incorporan al Servicio de SFT, a los que se realiza una primera intervención farmacéutica. [(OFRECIMIENTOS – RECHAZOS) + SOLICITUDES = INCORPORACIONES].
- Número de pacientes que abandonan el Servicio. (ABANDONOS).
- **Alcance:** Número de pacientes que permanecen en el Servicio. (**Pacientes activos** = INCORPORACIONES – ABANDONOS).

- **Índice de aceptabilidad.** Número de pacientes activos dividido por el número de pacientes a los que se ofrece el Servicio. [Pacientes activos/OFRECIMIENTOS].

Si, por ejemplo, se ofrece el SFT a 125 pacientes y aceptan 112 el índice de aceptabilidad es 0,90). Cuanto más cercano a uno es el índice, mayor es la aceptabilidad.

- **Índice de retención.** Número de pacientes activos dividido por el número de pacientes que aceptan participar en el estudio. [Pacientes activos/ INCORPORACIONES].

Si, de acuerdo con el ejemplo anterior, han aceptado 112 pacientes y al cabo de 6 meses continúan 105 (han habido 7 pérdidas), el índice de retención será de 0,94. Cuanto más cercano a uno es el índice, mayor es la retención.

3.6.2.2. Fidelidad al Servicio de SFT

Medida en la que la prestación del Servicio de SFT se realiza de acuerdo a como fue protocolizado. La Fidelidad se midió utilizando un cuestionario validado de 39 preguntas que está incorporado en el eCRD-SFT. Se agruparon en 8 etapas: oferta del Servicio (Q1 a 6), primera entrevista (Q7 a 12), estado de situación (Q13 a 16), fase de estudio (Q17 a 20), fase de evaluación (Q21 a 23), fase de intervención (Q24 a 30), entrevistas sucesivas (Q31 a 36) y aspectos generales del proceso (Q37 a 39).

El FP lo pasó en los meses 3, 6, 12 y 15, siempre y cuando hubiera al menos un paciente con intervención.

3.6.2.3. Integración del Servicio de SFT

La Integración del Servicio de SFT analiza el grado de la incorporación del mismo a la rutina de trabajo habitual de la Farmacia Comunitaria. Se midió mediante una serie de indicadores agrupados en cuatro dimensiones: rutinización (Q1, 5, 8 y 9), trabajo en equipo (Q11, 12 y 13), recursos disponibles (Q20, 21, 26, 27 y 28) y evaluación (Q31, 32 y 33).

La información se recogió mediante un cuestionario a los 6, 12 y 15 meses del inicio del Programa en el eCRD-SFT.

3.6.3. Análisis y evaluación del Servicio de SFT según el modelo ECHO

Tal como se muestra en la *Figura 6*, se analizaron resultados clínicos económicos y humanísticos.

3.6.3.1. Variables clínicas

- Problemas de salud (PS) totales.
- PS no controlados.
- Relación PS no controlados/PS totales en %. Relación inicio/fin y evolución.
- PRM.

- RNM (rRNM).
- Resolución de PRM, RNM y rRNM.
- Intervenciones Farmacéuticas:
 - resultados en términos de salud
 - destinatario de la intervención (paciente y/o médico)
 - aceptación o no de la intervención del receptor de la misma

3.6.3.2. *Evaluación económica*

- Número y precio de medicamentos.

Tras reuniones con el Departamento de Nuevas Tecnologías (NNTT) del CGCOF, las tablas generadas no son fiables para presentar resultados económicos en este informe (anexo 15).

Además habrá que tener en cuenta que los farmacéuticos fueron incorporando el número de medicamentos iniciales a lo largo de los 3 primeros meses, por tanto se tuvo en cuenta como dato basal el mes 3.

3.6.3.3. *Evaluación humanística*

- EuroQoL 5D-3L
- Escala visual analógica (EVA)

Se comparan los resultados obtenidos tanto del EuroQol como del EVA, en el inicio del estudio (basal) y a los 12 y 15 meses.

| 3.7. Diseño de una herramienta electrónica y un Programa de formación para el FoCo |

3.7.1. Cuaderno de recogida de datos electrónico para los Formadores Colegiales (FoCo) y formación de la RedFoCo

El CGCOF facilitó una herramienta electrónica en base a la que, en formato Excel, se había utilizado en la fase de Implantación. Consiste en un cuaderno electrónico de recogida de datos (eCRD-FoCo) para recoger toda la información necesaria para la evaluación de la práctica de los FoCo. También se desarrolló un método de monitorización del trabajo de los mismos.

Además se constituyó la RedFoCo para la participación de todos los FoCo de las fases anteriores aportando ideas y opiniones sobre el Programa de formación, las herramientas y el futuro del Servicio de SFT.

Los FoCo mantuvieron reuniones periódicas con el Equipo Investigador y comunicaciones con las Consejerías de Salud, gerencias médicas y centros de salud, según necesidad.

3.7.2. Programa de Formación de Formadores Colegiales (FoCo)

Selección de los Formadores Colegiales. Los 6 FoCo fueron seleccionados por el COF correspondiente, de acuerdo a los criterios proporcionados por el Grupo Investigador al CGCOF (anexo 9). Una vez finalizado el proceso de selección, los FoCo participantes recibieron la formación específica en la sede del CGCOF, para que posteriormente pudieran dar apoyo a los FP en las distintas áreas de conocimiento y habilidades enmarcadas en el Programa **conSIGUE**.

En una primera toma de contacto con los equipos colegiales formados por los responsables y los FoCo, se convocó a todos los FoCo que habían participado en la fase anterior de **conSIGUE Implantación** y a aquellos que iban a participar en la fase actual de **Generalización de la Implantación**. El fin de esta convocatoria fue la de compartir experiencias que pudieran ser de ayuda y plantear así mejoras para la nueva fase. La primera convocatoria de formación, se llevó a cabo en las instalaciones del CGCOF (Madrid) en diciembre de 2016.

Durante tres jornadas se repasaron aspectos útiles en la formación de los FoCo entre los que se incluyeron los siguientes:

- Estructura Colegial - FoCo: organización, equipos y comunicación
- Figura del FoCo
- SPFA: definiciones y clasificación Foro AF-FC
- Experiencia de los FoCo pioneros
- Relación interprofesional
- Protección de datos
- Sistemática de trabajo
- Experiencia conSIGUE: diferencias, tipos de estudio y resultados
- Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico; clínica del mayor, metodología, indicadores e intervención
- Herramientas y búsquedas bibliográficas
- Ideas básicas sobre la herramienta de trabajo del FoCo
- Cronograma de trabajo

En febrero de 2017 y en el mismo lugar se realizó una segunda convocatoria de formación. Se repasaron aspectos clave ahondando en las materias ya establecidas en la primera convocatoria:

- Toma de contacto y Presentación del Equipo
- Estructura Colegial FoCo; Red-FoCo
- SPFA: actualización
- La figura del FoCo: presentación, experiencia y reflexión

- Ley Orgánica de Protección de Datos: LOPD
- Herramientas de trabajo del FoCo
- conSIGUE Impacto e Implantación
- Clínica del paciente mayor crónico polimedicado
- eCRD-FoCo. Aspectos comunes y casos prácticos
- Fuentes de información y búsquedas bibliográficas
- Modelo FISPh. Etapas de implantación. Conceptos de Alcance, Integración y Fidelidad
- Metodología del Servicio de SFT
- eCRD-SFT para los farmacéuticos prestadores
- Facilitación. El Formador Colegial
- CASO: Un día de un FoCo en la vida real
- Refuerzo de metodología y casos del Servicio de SFT
- Comunicación con farmacéuticos y representantes colegiales
- Práctica colaborativa entre farmacéutico comunitario y médico
- Calidad en los registros del farmacéutico prestador
- Puesta en común, resumen conjunto de la formación; puntos de mejora, dudas
- Cronogramas

El Programa está detallado en el anexo 14. Se puso a disposición de los participantes un Cartel que se podía colocar en las farmacias participantes anunciando que la farmacia estaba involucrada en un Proyecto de investigación (anexo 1). Además, se proporcionó un modelo de carta, como formato alternativo al del eCRD-SFT, para realizar intervenciones con el médico por esta vía (anexo 2).

Una vez finalizadas las jornadas de formación, a los FoCo se les proporcionó un pen-drive 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 y varios artículos sobre el cambio de dirección estratégica en la farmacia, la percepción sobre su trabajo y el papel del FoCo y técnicas motivacionales para el cambio de práctica⁽⁴⁵⁾.

Posteriormente hubo varias sesiones *on line* para resolver dudas metodológicas y aspectos relacionados con la calidad de los registros, especialmente en los estados de situación el 13 de julio de 2017, en la evaluación el 20 de febrero 2018 y una reunión presencial el 13 de abril en el CGCOF (Programa anexo 8).

3.7.5. Reconocimiento de colaboración en la participación en el Programa

Como reconocimiento a la colaboración de los farmacéuticos Formadores Colegiales (FoCo) en el Programa, el CGCOF elaboró un certificado.

| 3.8. Diseño de un Programa de formación para los farmacéuticos titulares y prestadores |

3.8.1. Formación Farmacéuticos Titulares y Prestadores del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

1. En primera instancia se realizó un análisis del sistema y del entorno de la Farmacia Comunitaria como conjunto, que fue coordinado por el CGCOF. Como parte de esta exploración, se seleccionaron los 6 COF participantes.

2. Mediante esta estrategia, el COF correspondiente informó a todas las farmacias a nivel provincial de la realización del Programa **conSIGUE-GI** 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 cinco horas de duración a lo largo de un día, en la que se abordaron los contenidos descritos en la *Tabla 1*. De entre los farmacéuticos titulares interesados, se seleccionó una muestra aleatoria para continuar dentro del Programa si el número total de farmacias era superior a 15.

Una vez formados los FoCo, dos equipos de investigadores se trasladaron a dos COF de manera simultánea para formar tanto a los farmacéuticos titulares como a los FP involucrados en el Programa. Las fechas de formación en cada COF fueron:

- 6-10 marzo: COF de Cantabria y Toledo
- 13-17 marzo: COF de Murcia y Zaragoza
- 3-7 abril: COF de Cáceres y León

Los farmacéuticos titulares comenzaban su formación con el objetivo de que conocieran el Programa, la responsabilidad que asumían, los objetivos del Programa, las necesidades que los FP iban a tener durante la realización del Servicio, etc. Se les explicó cada fase del Programa, se les mostró un resumen de los resultados de las fases anteriores de **conSIGUE**, el significado de una farmacia de SPFA, el compromiso de los farmacéuticos titulares y el de los prestadores para llevar a cabo el Servicio de SFT en la farmacia, etc. Una vez terminada esta formación (5h), los titulares debían plantearse si deseaban participar de manera formal mediante la firma de un contrato con el CGCOF.

A continuación, en cada COF se impartieron las jornadas de formación para los FP de las farmacias seleccionadas, con una duración de 20h repartidas a lo largo de 4 días.

En las *Tablas 2 y 3* se recogen los contenidos de la formación de farmacéuticos titulares y prestadores respectivamente.

Una vez finalizadas estas jornadas de formación de los FP se les proporcionó un pen-drive que contenía material de soporte y ayuda para el Servicio de SFT, una biblioteca de

Tabla 2. Contenidos abordados en la formación de farmacéuticos titulares

- Futuro de la farmacia y provisión de SPFA
- Plan financiero: ventajas relativas del servicio de SFT y costes de la implantación
- Modelos de gestión de la farmacia
- Investigación y modelos de implantación
- Resultados conSIGUE Impacto e Implantación
- conSIGUE Generalización de la Implantación
 - Protocolo de investigación
 - Responsabilidades y funciones de la farmacia, del farmacéutico titular y del farmacéutico prestador
 - Responsabilidades y funciones del CGCOF, Grupo investigador, COF y FoCo
 - Proceso de selección de las farmacias
 - Cronograma

Tabla 3. Contenidos abordados en la formación de farmacéuticos prestadores

- Gestión de la farmacia orientada a servicios Farmacéuticos Profesionales Asistenciales
- Metodología del servicio de SFT
- Clínica, incluyendo el estudio de casos de pacientes en el servicio de SFT
- Comunicación con el paciente
- Práctica colaborativa entre farmacéutico comunitario y médico
- Marketing del servicio de SFT, identificación e incorporación de pacientes
- conSIGUE Implantación–tareas y herramientas (registros, etc.)
- Manejo de eCRD-SFT y cronograma de trabajo
- Cronograma

guías de práctica clínica actualizadas, páginas web de diferentes sociedades científicas, fuentes bibliográficas en Atención Farmacéutica, las presentaciones utilizadas en la formación, y diversos artículos de interés. Igualmente se proporcionó el acceso a la *Url* de Nodofarma donde está alojado el eCRD-SFT para que cada uno de los FP pudiera entrar con las claves (credenciales) personales.

3.8.2. Diseño y puesta en práctica del eCRD - SFT

Al igual que con el Programa de recogida de datos de los FoCo, se ha descrito y desarrollado una herramienta electrónica para los farmacéuticos titulares y prestadores del Servicio, mediante el trabajo con Nuevas Tecnologías (NNTT) de CGCOF, trasladando el formato papel y adaptando el módulo de SFT de Bot PLUS 2.0, a la herramienta electrónica para Generalización de la Implantación.

Con el desarrollo de este CRD se pretendía diseñar un sistema de monitorización de la provisión del Servicio mediante información a tiempo real.

Para la puesta en práctica del mismo, se hizo un análisis exhaustivo del funcionamiento de los informes generados, y se mantuvieron reuniones periódicas con NNTT para solucionar todos aquellos problemas encontrados durante el análisis. Aquellos problemas aún no resueltos o que se quieren llevar a cabo fuera de este informe, se incluyen en el apartado de recomendaciones.

Tras la participación en el Programa se pasó un cuestionario sobre el eCRD que se muestra en el anexo 7.

3.8.3. Encuesta de satisfacción de la formación

Finalizada la formación se recogieron 67 cuestionarios de satisfacción de los FT participantes y 77 de los FP. Los aspectos analizados se describen en el anexo 16.

3.8.4. Reconocimiento de la participación y colaboración de los farmacéuticos prestadores en el Programa

De acuerdo con los objetivos de **conSIGUE-GI** para que los farmacéuticos obtengan la certificación por parte de la Universidad de Granada asociada a la formación y al trabajo dedicado al Servicio de SFT, debían cumplir con los siguientes criterios designados:

- Alcanzar la implantación completa con 7 pacientes por farmacia
- Haber registrado correctamente todos los pacientes
- Tener actividad en el eCRD-SFT con cada paciente registrado

Respecto al diploma de colaborador investigador que se remite a los COF desde el GCOCF, se tramita en aquellos casos en que se cumplen los siguientes criterios:

- Haber firmado el compromiso investigador
- Haber participado de forma activa durante el Programa

| 3.9. Evaluación de la práctica colaborativa |

La colaboración interprofesional ha sido ampliamente reconocida como un componente importante en la atención sanitaria al paciente. Aunque el farmacéutico comunitario no está físicamente presente en el centro de salud, es el eje de unión entre el médico y el paciente. Así, la práctica colaborativa interprofesional está definida como un proceso de toma de decisiones con comunicación colectiva e información compartida, utilizando las habilidades de cada uno de los profesionales sanitarios⁽⁴⁶⁾.

Por ello, en **conSIGUE-GI**, se ha evaluado la práctica colaborativa entre farmacéuticos y médicos desde la perspectiva del farmacéutico comunitario, a través del cuestionario

diseñado y validado durante el Programa de conSIGUE Implantación (anexo 18) que permite medir esta relación profesional colaborativa.

El cuestionario, alojado en el eCRD, fue completado por los farmacéuticos participantes en los meses cero, seis y doce del trabajo de campo.

El cuestionario consta de:

A. Un primer apartado con 40 ítems (anexo 18), ya aplicados en el Programa de conSIGUE Implantación, basado en el modelo CWR⁽⁴⁷⁾ entre farmacéutico comunitario y médico como marco teórico de la investigación y en el análisis del contenido de los cuestionarios de estudios previos que caracterizaban interacciones entre farmacéutico comunitario y médico a través de cada una de sus etapas. 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. Los ítems del cuestionario se agruparon en cuatro etapas que indicaba una evolución de la práctica colaborativa entre ambos profesionales, siendo los niveles inferiores de interacción mínima interprofesional (etapa 0 y 1) y los niveles superiores indicativos de interacciones que requieren mayor implicación en la práctica colaborativa (etapa 2 y 3).

- Etapa 0 de colaboración nula: Caracterizada por interacciones breves, comunicación unilateral por parte del farmacéutico y presencia de estereotipos (Q1, 3 y 4).
- Etapa 1 de introducción a la colaboración: Relacionada con la confianza, la aceptación del rol del médico y su experiencia profesional en materia de medicamentos (Q10, 11 y 15).
- Etapa 2 de expansión de la colaboración: Caracterizada por la información al médico de los resultados obtenidos con los SPFA 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 dichos SPFA. También juega un papel importante en la caracterización de esta etapa la experiencia profesional del médico en los SPFA (Q18, 20, 28, 35 y 38).
- Etapa 3 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 (Q6, 14 y 17).

(B) Un segundo apartado con las características del farmacéutico, del médico y de la farmacia, incluyendo un apartado para medir el grado de colaboración en una escala de cero (ninguna colaboración) a 10 (colaboración total).

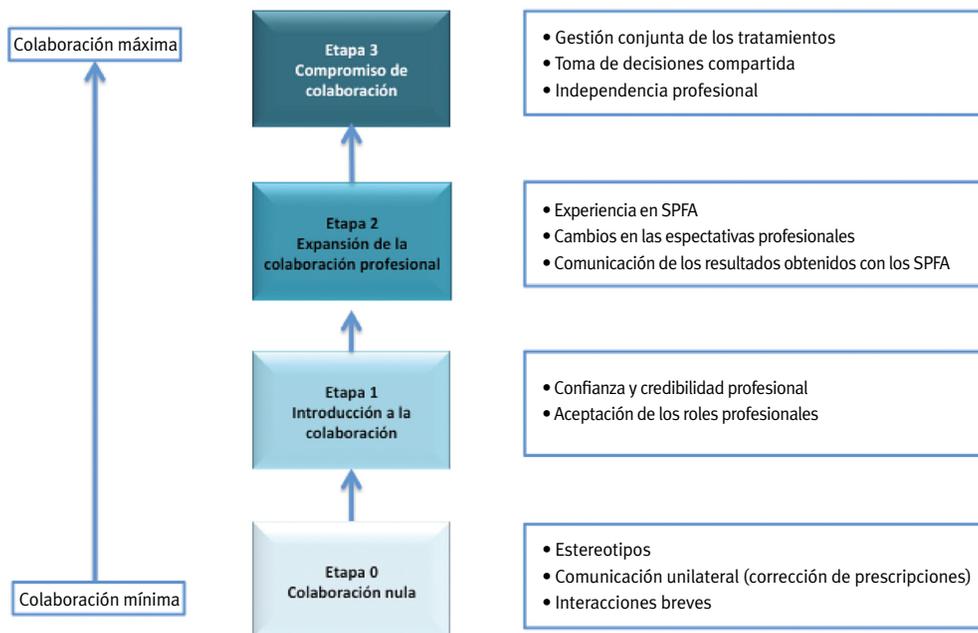


Figura 7. Comparación de las etapas de colaboración farmacéutico-médico.

| 3.10. Preparación de las Farmacias Comunitarias para la práctica del Servicio de SFT como parte de su práctica habitual |

Analizando las distintas fases, se ha descrito una propuesta de inicio del Servicio en una farmacia con los pasos que ésta debe dar.

Por ello, se ofrece de manera orientativa, una visión del **proceso de inicio de prestación del Servicio de SFT**, por el que debe transitar cualquier farmacéutico comunitario que vaya a comenzar su práctica del Servicio. Se incluyen aspectos relacionados con “cómo se inicia una Farmacia”, “cómo se inicia un paciente”, cómo se debe hacer el seguimiento de los resultados por los distintos agentes implicados (farmacias, FoCo, COF y CGCOF), atendiendo a las necesidades de los farmacéuticos prestadores.

En este apartado, cobra una gran importancia la monitorización y evaluación del Servicio a distintos niveles (implantación, resultados de implantación y resultados en salud), para lo que se han elaborado ejemplos de informes de **seguimiento y evaluación del Servicio**. Estos permitirán el seguimiento de la evolución del Servicio a distintos niveles y por distintas entidades. Los informes deben ser ágiles y abiertos, para que se vayan adaptando a las necesidades concretas de cada momento, y deben estar prediseñados para que su información se pueda conseguir en el momento que se desee.

| 3.11. Recomendaciones |

Como resultado de todo el trabajo, no sólo de conSIGUE-GI sino también de las anteriores etapas del Programa conSIGUE se han elaborado una serie de Recomendaciones dirigidas fundamentalmente al CGCOF que le sean de utilidad para conseguir un futuro más asistencial de las Farmacias Comunitarias españolas mediante la provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Dichas recomendaciones pretenden explicar cómo utilizar algunos de los resultados obtenidos tales como el Programa de formación a los FoCo, el dirigido a los FP así como los eCRD (eCRD-FoCo y eCRD-SFT) y los informes que se elaboren.

Todo ello será de utilidad tanto para el Consejo General como para los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de las Farmacias que presten el Servicio.

| 3.12. Financiación |

El estudio está patrocinado y cuenta con el apoyo económico de Laboratorios CINFA.

| 3.13. Cronograma |

A continuación, se presenta el cronograma de trabajo para **conSIGUE Generalización de la Implantación** (Tabla 4).

Tabla 4. Cronograma de trabajo realizado		
Elemento	Fecha inicio	Fecha fin
Presentación del protocolo a la AEMPS	1 Dic 2016	31 Dic 2016
Presentación del protocolo al CEIC	1 Dic 2016	31 Dic 2016
Solicitud de acreditación a la Agencia de Calidad Sanitaria	1 Enero 2017	31 Enero 2017
Preparación cuadernos recogida de datos y su plataforma correspondiente (adaptación Bot PLUS 2.0)	Octubre 2016	Febrero 2017
Formación de los Formadores Colegiales	Febrero 2017	Febrero 2017
Formación de los Farmacéuticos participantes	Marzo 2017	Abril 2017
Reclutamiento de pacientes	Abril/Mayo 2017	
Trabajo de campo*	Abril 2017	Mayo 2018
Primer Informe de progreso		Julio 2017
Sostenibilidad inicial	Junio 2018	Sept. 2018
Segundo Informe de progreso		Julio 2018
Procesamiento y análisis estadístico de los datos	Marzo/Mayo 2017	Agosto/Sept 2018
Redacción informe final	Sept/Nov 2018	Diciembre 2018

*Marzo 2017 –Mayo 2018 (con FoCo) //Junio 2018 - Septiembre 2018 (sin FoCo)

4. Resultados

Los resultados que se presentan en esta sección son resultados de extracciones de la base de datos a fecha 1 de junio de 2018, la única excepción es el apartado de medidas de sostenibilidad que presentan extracciones a 1 de octubre de 2018.

| 4.1. Ámbito temporal |

Todas las fases de **conSIGUE-GI** se han ido realizando según el cronograma presentado en la *Tabla 4*, pero acumulando un mes de retraso por problemas surgidos inicialmente con la entrega de credenciales a las farmacias y los derivados de comenzar un Programa con un eCRD-SFT nuevo en proceso de evaluación, depuración y mejora.

Además, todo el proceso de evaluación de resultados se ha visto afectado hasta el punto que, a primeros del mes de diciembre de 2018 el equipo investigador todavía seguía teniendo reuniones con NNTT debido a los problemas con los valores que mostraba el eCRD-SFT respecto a los diferentes cuestionarios utilizados (calidad de vida) así como con otros resultados (ej. número de medicamentos y su precio, valor de PS no controlados, etc.). Para los problemas no resueltos se continúa discutiendo el número y precios de medicamentos, visitas a urgencias, hospitalizaciones y visitas a Médico de Atención Primaria incluidos en el apartado de recomendaciones técnicas en el anexo 19.

| 4.2. Efectividad de la Fase conSIGUE-GI |

El número de farmacias de los diferentes COF participantes y el número de farmacéuticos formados se muestra en la *Tabla 5*, siendo un total de 131 farmacéuticos de los que 116 fueron prestadores (titulares y adjuntos), correspondientes a 83 Farmacias Comunitarias.

4.2.1. Progreso de la implantación

4.2.1.1. Etapas de implantación

En la *Figura 8* se muestra la evolución de las farmacias por las etapas del modelo de implantación:

Tabla 5. Caracterización de la formación

COF	Nº FC provincia	Farmacias participantes		FT	FP	
		Nº	(%)*		Nº	% (F Col**)
Cáceres	291	9	3,0%	11	14	2,18%
Cantabria	245	11	4,0%	13	18	2,41%
León	250	18	7,0%	18	25	3,38%
Murcia	576	15	3,0%	15	25	1,45%
Toledo	387	11	3,0%	12	15	1,80%
Zaragoza	506	13	3,0%	14	19	1,50%
Totales	2.255	77	3,0%	83	116	

* Porcentaje de farmacias participantes respecto al total de farmacias en la provincia

** Farmacéuticos colegiados. Cifras 2017 www.portalfarma.com

FT: titulares participantes que asistieron a la formación; FP: farmacéuticos prestadores que acudieron a la formación

Evolución de la implantación (Fuente: Tabla E10)

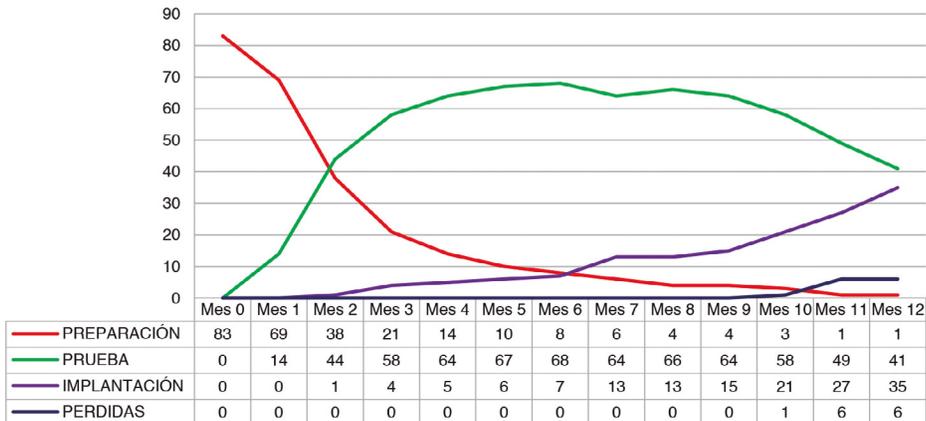


Figura 8. Evolución de las farmacias participantes por las etapas de implantación hasta el 1 de junio de 2018.

Como se puede apreciar, las 83 farmacias participantes inicialmente se encontraban en mes 0 en la etapa de preparación y paulatinamente el número fue disminuyendo de forma directamente proporcional a aquellas que pasaban a la etapa de implantación inicial o prueba. En el mes 12, 41 farmacias se encontraban en prueba y 35 en implantación (49,4 y 42,1%).

4.2.2.1. Datos demográficos

En las Figuras 9 y 10 se observa la línea ascendente continuada del número de pacientes a lo largo del estudio.

El rango de edad de los pacientes más frecuente fue de 75 a 79 años, seguido del rango 70 a 74 años. A partir de 90 años, se sitúa un 3,8% de la población de estudio.

Evolución de pacientes por COF y mes (Fuente: tabla 41)

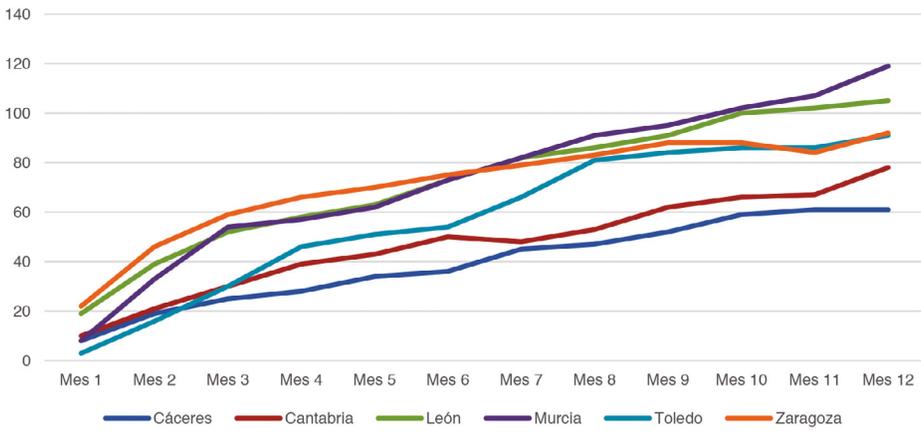


Figura 9. Evolución de pacientes por COF y mes.

Evolución mensual de pacientes (Fuente: tabla 41)

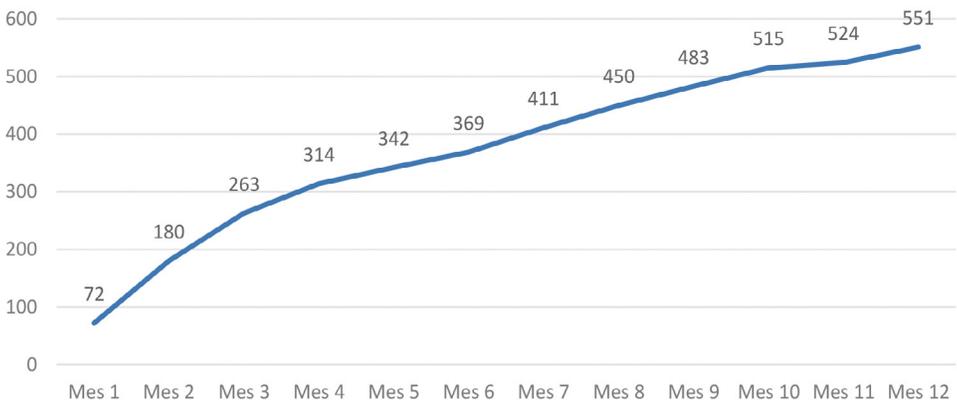


Figura 10. Evolución total de pacientes y mes.

Tabla 6. Rangos de edad de pacientes registrados por COF (Fuente: tabla 240)

	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	95 a 99	Totales
Cáceres	6	19	17	12	6	1	1	62
Cantabria	14	20	20	17	6	0	1	78
León	21	13	25	27	14	4	0	104
Murcia	23	26	31	22	17	3	0	122
Toledo	12	21	22	20	9	7	0	91
Zaragoza	14	34	19	17	6	3	1	94
Totales	90 (16,3%)	133 (24,1%)	134 (24,3%)	115 (20,9%)	58 (10,5%)	18 (3,3%)	3 (0,5%)	551

Un 63% de la población de estudio era mujer frente al 37% de hombres. Esta tendencia se ha repetido en todos los COF, aunque en León el porcentaje se encuentra algo más igualado (Fuente tabla 210).

Tabla 7. Distribución por género de pacientes registrados por COF (Fuente: tabla 210)

	H	%	M	%	Total
Cáceres	19	30,6	43	69,4	62
Cantabria	30	38,5	48	61,5	78
León	45	43,3	59	56,7	104
Murcia	45	36,9	77	63,1	122
Toledo	34	37,4	57	62,6	91
Zaragoza	31	33,0	63	67,0	100
Total	204	37,0	347	63,0	551

4.2.2.2. Alcance

Los objetivos que se habían planteado los FoCo con los FP se muestran en el anexo 10.

A fecha 1 de junio de 2018 se había ofertado el Servicio a 718 pacientes. Lo rechazaron 109 y abandonaron 58, por lo que quedaban 551 pacientes reclutados y se les prestó el Servicio a 505, es decir, un 80,2% de la muestra estimada.

Tabla 8. Alcance de la implantación a 1 de junio de 2018 (Fuente: tabla E10 y 40)

	Alcance
nº ofrecimientos realizados	718
nº rechazos	109
nº abandonos	58
nº pacientes dados de alta	551
nº pacientes activos	505
índice de aceptabilidad	0,70
índice de retención	0,83

En las 77 farmacias que permanecían en el programa 107 FP realizaron alguna intervención (Fuente: tabla 41 y 70). El número de pacientes medio por farmacia fue 6,6.

El número medio de pacientes que recibieron el Servicio por farmacéutico prestador fue de 5,3 en el COF de Toledo; 4,8 en los de Cáceres, Cantabria y Zaragoza; 4,6 en Murcia y 4,3 en León.

Tabla 9. Número medio de pacientes que reciben el Servicio de SFT por Farmacia y por FP (Fuente: tabla E10)

	Pacientes con intervención	Farmacias	Paciente/Farmacia	FP	Paciente/FP
Cáceres	58	9	6,4	12	4,8
Cantabria	63	11	5,7	13	4,8
León	103	18	5,7	24	4,3
Murcia	116	15	7,7	25	4,6
Toledo	74	11	6,7	14	5,3
Zaragoza	91	13	7,0	19	4,8
Total	505	77	6,6	107	4,7

4.2.2.3. Fidelidad

La Fidelidad al protocolo del Servicio de SFT fue de 8,3 sobre 10 a los 12 meses del estudio. En la *Figura 11* se muestra la puntuación del cuestionario por COF en los meses 3, 6 y 12.

Fidelidad por COF y trimestre (Fuente: tabla E6)

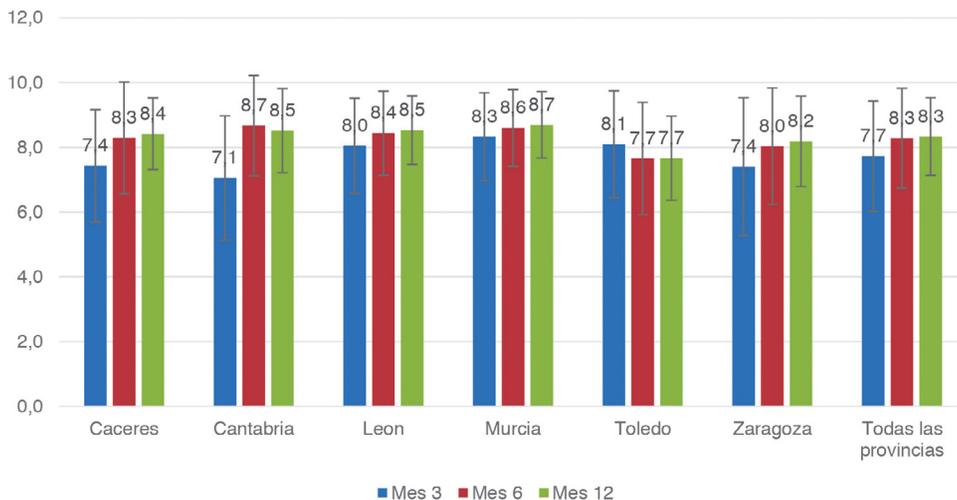


Figura 11. Cuestionarios de Fidelidad por COF y trimestre.

Al analizar la Fidelidad por etapa del Servicio, la “primera entrevista” fue la etapa que obtuvo una mayor puntuación (8,8) siendo la etapa “entrevistas sucesivas” la que obtuvo una menor puntuación (7,8).

Fidelidad por etapa del Servicio a los 12 meses (Fuente: tabla E4)

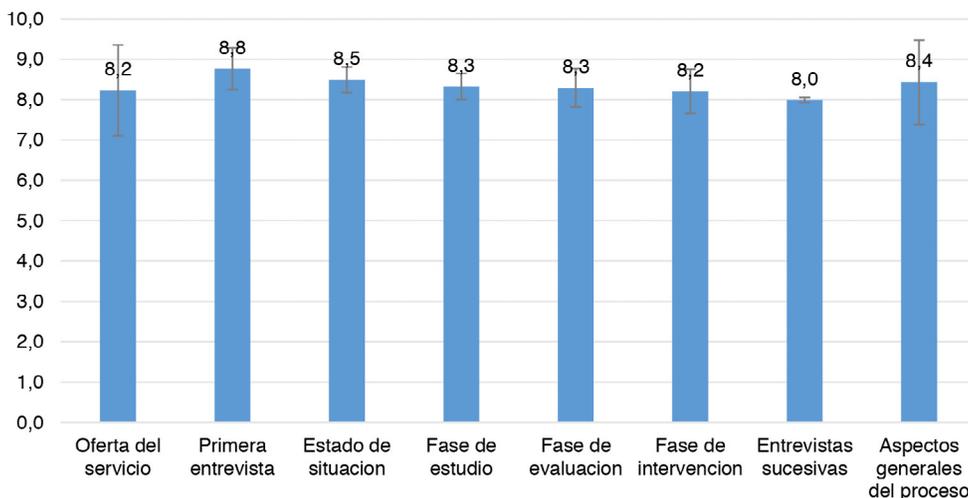


Figura 12. Cuestionarios de Fidelidad por fase (etapas del servicio en el mes 12).

La puntuación global en los meses 3, 6 y 12 se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 10. Cuestionarios de Fidelidad por trimestre (Fuente: tabla E6)			
	Mes 3	Mes 6	Mes 12
Oferta del servicio	8,0	8,1	8,2
Primera entrevista	8,4	8,9	8,8
Estado de situación	8,0	8,6	8,5
Fase de estudio	7,6	8,4	8,3
Fase de evaluación	7,4	8,2	8,3
Fase de intervención	7,4	8,1	8,2
Entrevistas sucesivas	7,1	7,8	8,0
Aspectos generales del proceso	7,9	8,3	8,4
Total	7,7 (n=61)	8,3 (n=98)	8,3 (n=88)

4.2.2.4. Integración

La Integración del Servicio en la farmacia obtuvo una puntuación media de 3,7 sobre 5, obteniendo la nota más alta el dominio de recursos disponibles con un 4,2 mientras que el trabajo en equipo obtuvo la menor puntuación con un 3,2.

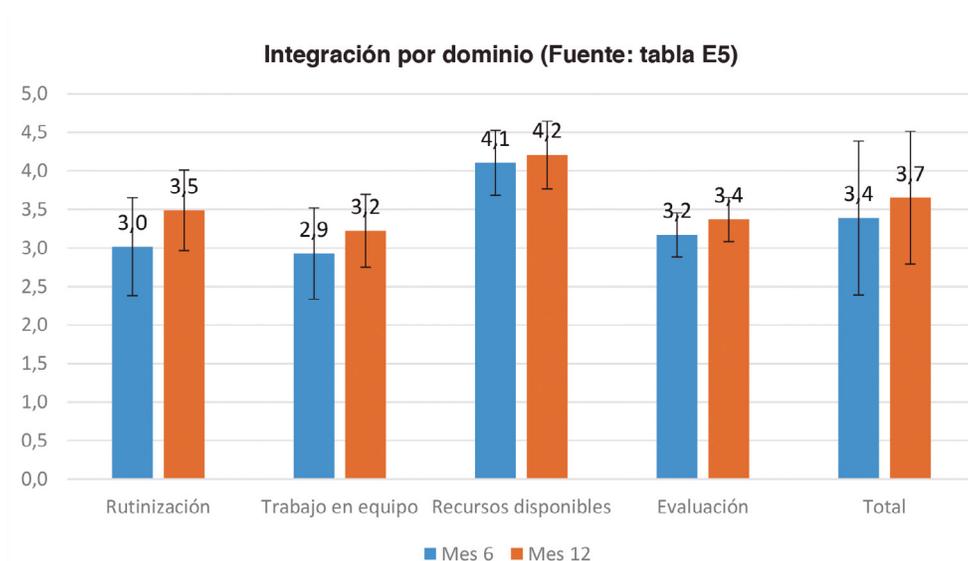


Figura 13. Cuestionarios de integración por dominio y mes.

Tabla 11. Cuestionarios de integración por COF (Fuente: tabla E5)

Provincia COF	Mes 6	Mes 12
Cáceres	3,2	3,8
Cantabria	3,4	3,8
León	3,6	3,8
Murcia	3,6	3,9
Toledo	3,1	3,0
Zaragoza	3,3	3,7
Total todas las provincias	3,4	3,7

Por COF los resultados de Integración a los 12 meses del estudio fueron los siguientes:

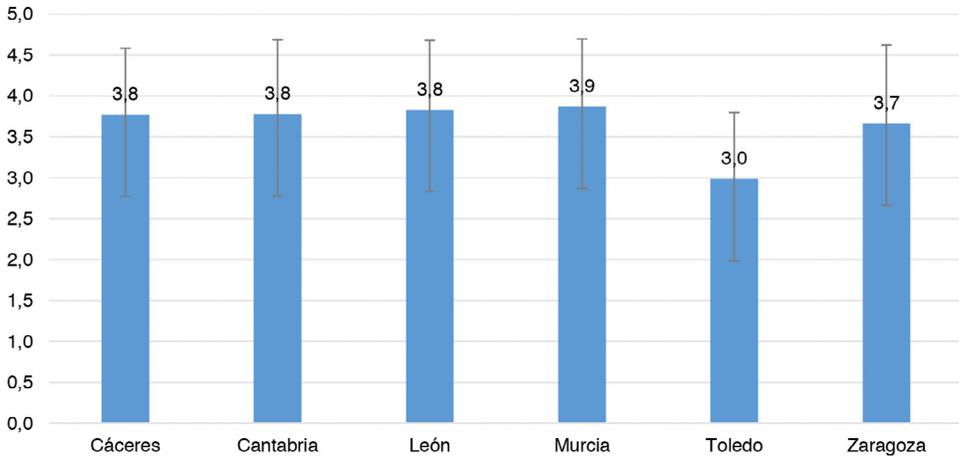
Integración por COF (Fuente: tabla E5)

Figura 14. Cuestionarios de integración por COF a mes 12.

4.2.3. Resultados en salud

4.2.3.1. Resultados clínicos

En este apartado se describen los resultados correspondientes a los Problemas de Salud, PRM y RNM.

Problemas de salud

Al comienzo del Programa se identificaron un total de 508 PS de los que 131 no estaban controlados (25,8%). Cada paciente tenía una media de 7,5 PS de los que 1,9 no estaban controlados.

Tabla 12. Problemas de salud por COF al inicio del Programa (Fuente: tabla 512)

	PS t	PS C	PS nC	NS	Pacientes	%PSnC/PS t	PS t/pte	PS nC/pte
Cáceres	49	29	18	2	8	36,7	6,1	2,3
Cantabria	63	35	15	13	9	23,8	7,0	1,7
León	129	91	34	4	18	26,4	7,2	1,9
Murcia	77	48	26	3	8	33,8	9,6	3,3
Toledo	31	25	4	2	3	12,9	10,3	1,3
Zaragoza	159	121	34	4	22	21,4	7,2	1,5
Total	508	349	131	28	68	25,8	7,5	1,9

En la extracción del día 01 de junio de 2018, se habían identificado 4.476 PS de los que tan sólo el 15,8% no estaban controlados. Cada paciente tenía una media de 8,1 PS, de los que 1,3 no estaban controlados.

Tabla 13. Problemas de salud por COF a fecha 1 de junio de 2018 (Fuente: tabla 510)

	PS t	PS C	PS nC	NS	Pacientes	%PSnC/PS t	PS t/pte	PS nC/pte
Cáceres	511	335	101	75	62	19,8	8,2	1,6
Cantabria	680	517	121	42	78	17,8	8,7	1,6
León	875	722	138	15	104	15,8	8,4	1,3
Murcia	955	741	137	76	122	14,4	7,8	1,1
Toledo	662	539	84	39	91	12,7	7,3	0,9
Zaragoza	794	607	127	60	95	16,0	8,4	1,3
Total	4.476	3.461	708	307	552	15,8	8,1	1,3

El porcentaje de los PS no controlados respecto a los PS totales fue disminuyendo mes a mes tal y como se puede comprobar en la *Figura 15*.

Evolución de % PS no C/ PS t por mes (Fuente: tabla 510)

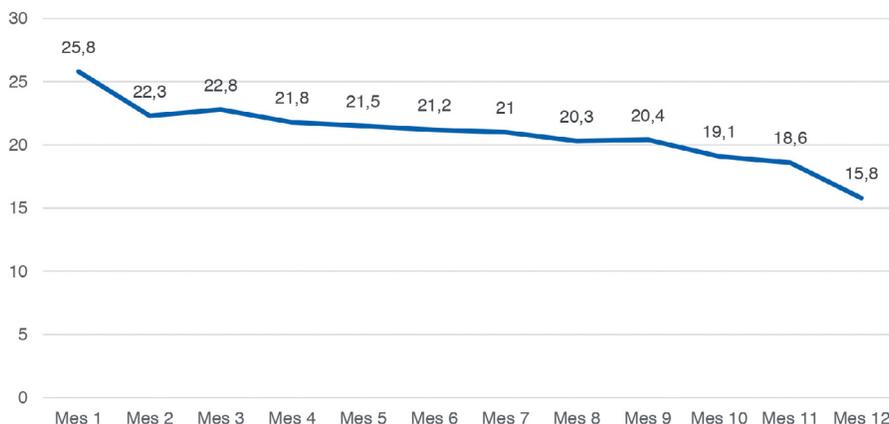


Figura 15. Evolución del porcentaje Problemas de Salud no controlados por mes.

Problemas relacionados con los medicamentos

El número de PRM identificados a lo largo de los doce meses (a fecha 1 de junio de 2018) era de 1.909. El PRM más frecuente fue el PS insuficientemente tratado (24,9%) seguido de la probabilidad de efectos adversos (16,9%) y del incumplimiento (14,6%).

León con un 25,4% y Zaragoza con un 21,5% fueron las provincias que identificaron un mayor número de PRM.

Tabla 14. PRM por COF a 1 de junio de 2018 (Fuente: tabla 1030)

	Cáceres	Cantabria	León	Murcia	Toledo	Zaragoza	Total	%
Administración errónea del medicamento	10	2	47	3	34	28	124	6,5
Características personales	23	8	15	38	6	45	135	7,1
Contraindicación	7	2	2	3	1	2	17	0,9
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	4	9	47	25	5	45	135	7,1
Duplicidad	9	3	0	2	2	3	19	1,0
Incumplimiento	15	19	66	76	41	63	280	14,7
Interacciones	16	11	22	30	12	37	128	6,7
Medicamento no necesario	6	2	20	9	3	6	46	2,4
Otros	3	1	0	1	9	2	15	0,8
Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	7	4	10	2	9	5	37	1,9
Probabilidad de efectos adversos	29	31	79	58	47	78	322	16,9
Problema de salud insuficientemente tratado	50	64	105	99	82	76	476	24,9
Errores en la prescripción	0	0	0	1	1	2	4	0,2
Perdidos	23	39	72	5	6	26	171	9,0
Totales	202	198	485	352	258	418	1.909	
%	(10,6)	(10,2)	(25,4)	(18,4)	(13,5)	(21,9)		

El porcentaje de PRM resueltos en función de los PRM identificados a los 12 meses fue del 60,7%.

Tabla 15. Resultados de PRM por COF a 1 de junio (Fuente: tabla 1031 y 1510)

	PRM	Resueltos	% Resueltos/PRM	No Resueltos	NS	Nulo
Cáceres	202	90	44,6	23	12	27
Cantabria	198	99	50,0	38	10	13
León	485	337	69,5	55	1	36
Murcia	352	192	54,5	41	6	11
Toledo	258	177	68,6	30	4	3
Zaragoza	418	263	62,9	22	7	14
Totales	1.909	1.158	60,7	209	40	104

Conforme fueron pasando los meses la resolución de PRM fue aumentando tal y como se muestra en la *Figura 17*.

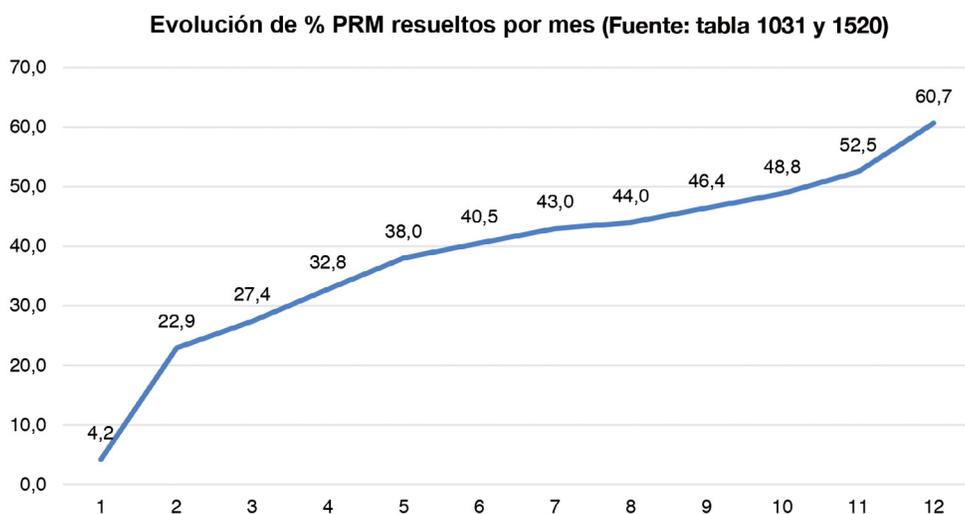


Figura 16. Evolución de % PRM resueltos frente al total por mes.

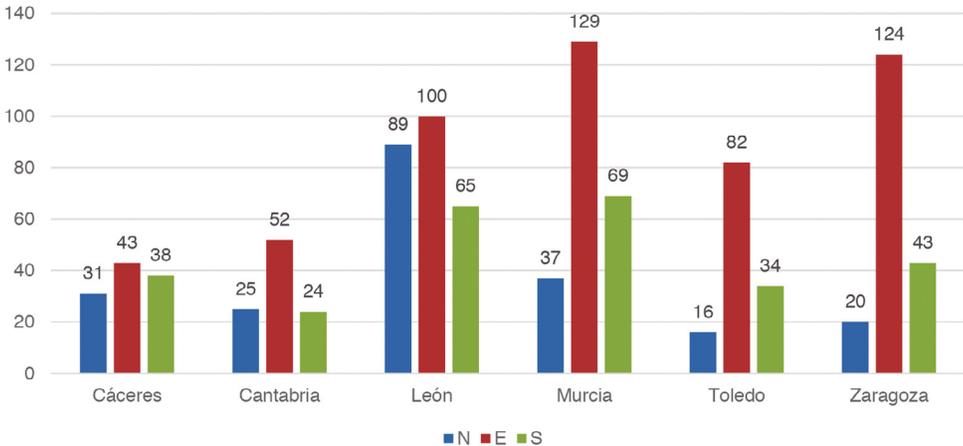
Resultados Negativos asociados a la medicación

Se han identificado 1.021 RNM de los que un 21,4% son de necesidad (N) (n=228), un 51,9% de efectividad (E) (n= 530) y un 26,7% de seguridad (S) (n=273) (*Figura 17*).

León (25,0%) y Murcia (23,0%) fueron las provincias en las que se identificó un mayor número de RNM.

Tabla 16. Porcentaje de RNM por COF (Fuente: tabla 1070)

	RNMs	% N	% E	% S
Cáceres	112	27,7	38,4	33,9
Cantabria	101	24,8	51,5	23,8
León	254	35,0	39,4	25,6
Murcia	235	15,7	54,9	29,4
Toledo	132	12,1	62,1	25,8
Zaragoza	187	10,7	66,3	23,0
Totales	1.021	21,4	51,9	26,7

RNM por COF (Fuente: tabla 1070)*Figura 17. Tipo de RNM en valores absolutos por COF.*

De los 1.021 RNM identificados se han resuelto 703 (68,9%), 145 (66,5%) de necesidad, 328 (61,9%) de efectividad y 176 (64,5%) de seguridad (Fuente: tabla 1432). La evolución en la resolución de RNM por mes se muestra en la [Figura 18](#).

Riesgo de aparición de Resultados Negativos asociados a la medicación

Se han identificado 491 riesgos de RNM (rRNM) de los que un 9,0% son de necesidad (n=44), un 49,3% de efectividad (n=242) y un 41,8% de seguridad (n=205) ([Figura 19](#)).

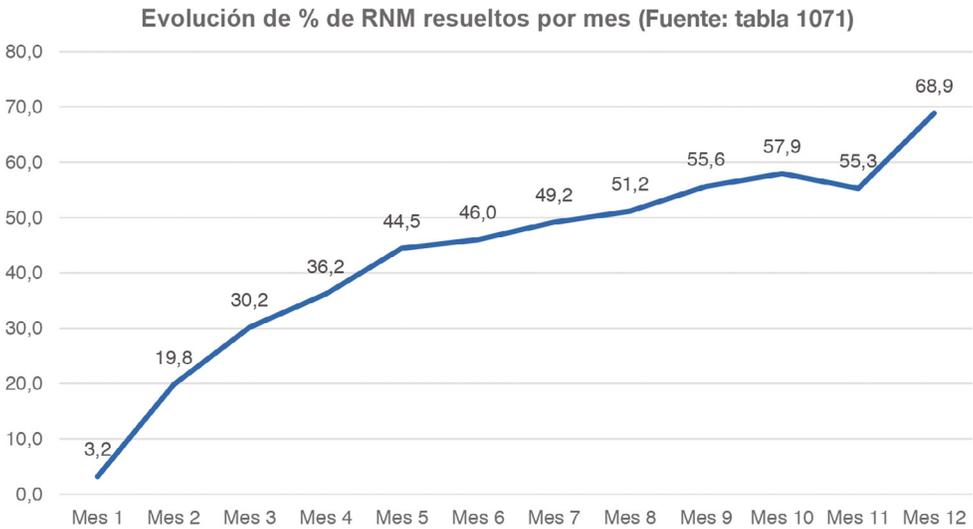


Figura 18. Evolución del % de RNM resueltos por mes.

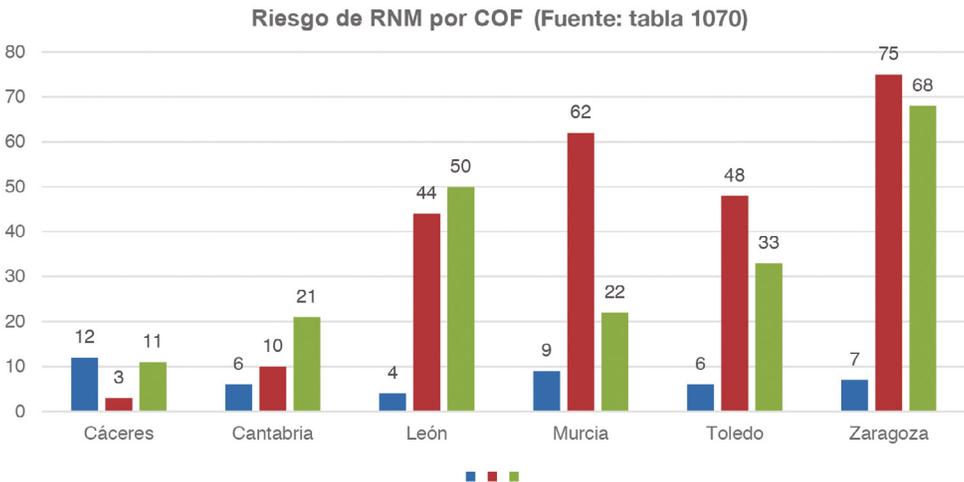


Figura 19. Riesgo de RNM en valores absolutos por COF.

Zaragoza con un 31,0% y León con un 20,0% fueron las provincias que identificaron un mayor número de riesgos de aparición de RNM.

Tabla 17. Riesgo de RNM por COF (Fuente: tabla 1070)

	RNMs	% N	% E	% S
Cáceres	26	46,2	11,5	42,3
Cantabria	37	16,2	27,0	56,8
León	98	4,1	44,9	51,0
Murcia	93	9,7	66,7	23,7
Toledo	87	6,9	55,2	37,9
Zaragoza	150	4,7	50,0	45,3
Totales	491	9,0	49,3	41,8

De los 491 riesgos de RNM identificados se han resuelto 371 (75,6%), 26 (59,1%) de necesidad, 185 (76,4%) de efectividad y 147 (71,7%) de seguridad.

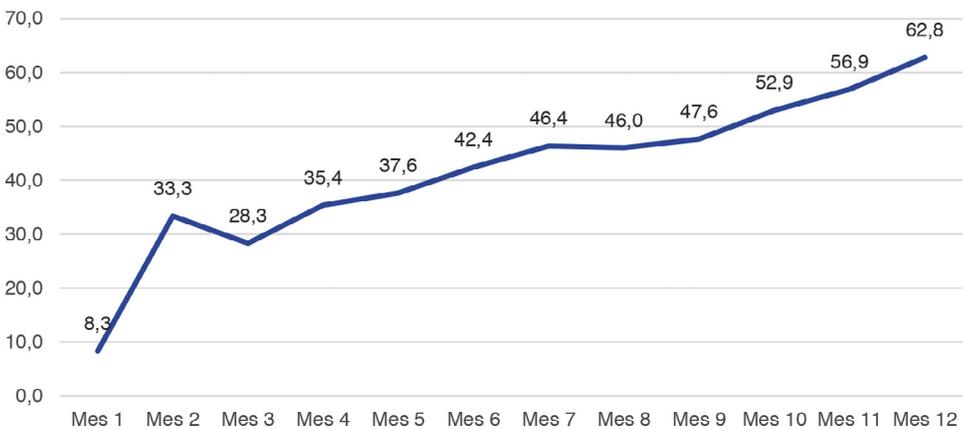
Evolución de % rRNM resueltos por mes (Fuente: tabla 1071 y 1444)

Figura 20. Evolución del % de Riesgo de RNM resueltos por mes.

Intervenciones

Se han realizado 1.798 intervenciones de las que 1.180 (66%) iban dirigidas al paciente y 589 (33%) al médico. Fueron aceptadas 1.483 (82,5%). De todas ellas se resolvieron 951 (64,1%); no hubo cambio en 453 (30,5%) intervenciones y sólo 9 (0,6%) empeoraron (Tabla 18).

Tabla 18. Intervenciones realizadas por COF (Fuente: tablas 1190, 1270, 1341, 1350)

	Intervenciones	Aceptadas	Rechazadas	Nulo	Mejora	Igual	Empeora	Otros
Cáceres	176	154	13	9	88	41	1	48
Cantabria	190	161	17	12	98	45	4	43
León	490	407	29	54	255	150	1	84
Murcia	336	254	35	47	174	66	1	96
Toledo	241	207	19	15	131	71	1	38
Zaragoza	365	300	26	39	205	80	1	79
Total	1.798	1.483	139	176	951	453	9	386

La mayoría de las intervenciones, tanto las dirigidas al paciente (85,8%) como al médico (76,1%), fueron aceptadas.

Tabla 19. Intervenciones aceptadas por COF (Fuente: tabla 1341)

	Intervenciones	Dirigido Paciente	Aceptadas por Paciente	Dirigido Médico	Aceptadas por Médico	Dirigido Otros
Cáceres	176	109	100	65	52	2
Cantabria	190	114	105	74	55	2
León	490	287	238	198	164	5
Murcia	336	198	168	132	83	6
Toledo	241	191	166	45	36	5
Zaragoza	365	281	236	75	58	9
Total	1.798	1.180	1.013	589	448	29

El tipo de intervención que más veces se propuso, dejando al margen el apartado “otras”, fue educar en medidas no farmacológicas con un 9,2% seguida de trabajar la adherencia terapéutica (6,0%) (en algunos casos una misma intervención fue propuesta para más tipos de intervención) (Tabla 20).

En la Tabla 21 se muestran las diferentes intervenciones registradas y sus frecuencias.

El tiempo empleado en las distintas fases de que consta el servicio de SFT, en minutos por paciente, se muestran en la Tabla 22.

4.2.3.2. Resultados económicos

Al contrastar los resultados obtenidos de las tablas referidas al número, cambio y precio de medicamentos (fuente: tabla 269, 270, 280) se han observado incongruencias,

Tabla 20. Tipo de intervención y frecuencia (Fuente: tabla 1181)

Tipo de intervención	n	%
Aumentar la adherencia al tratamiento	111	6,0
Educación en medidas no farmacológicas	169	9,2
Forma de uso y administración del medicamento	77	4,2
No está clara	25	1,4
Propuesta de añadir un medicamento	70	3,8
Propuesta de modificar la dosificación (cambio en la cantidad de principio activo)	19	1,0
Propuesta de modificar la dosis (cambio en la cantidad de medicamento)	33	1,8
Propuesta de modificar la pauta (redistribución de la cantidad de medicamento)	18	1,0
Propuesta de retirar un medicamento	52	2,8
Propuesta de sustituir un medicamento	83	4,5
Otras	1.183	64,3
Total	1.840	100,0

Tabla 21. Intervención y frecuencia (Fuente: tabla 1110)

Derivar al médico comunicando PRM/RNM	494	27,5
Derivar al médico proponiendo cambios en el tratamiento	152	8,5
Facilitar información (IPM)	353	19,6
Ofrecer Educación Sanitaria	567	31,5
Proponer otras modificaciones	231	12,8
Notificar a farmacovigilancia de acuerdo a la legislación vigente	1	0,1
Total	1.798	100,0

Tabla 22. Tiempo medio dedicado por paciente y por COF (Fuente: tabla 2140)

	E. (DE)	E.S. (DE)	F. E. (DE)	Ev. (DE)	IF (DE)	V.A. (DE)
Cáceres	35,8 (15,5)	55,0 (50,0)	58,3 (53,9)	41,7 (37,8)	15,3 (15,2)	29,2 (26,0)
Cantabria	34,9 (20,1)	38,5 (61,7)	98,2 (144,1)	43,0 (93,4)	20,0 (16,3)	14,0 (19,9)
León	22,0 (27,8)	26,2 (45,6)	34,7 (50,2)	14,0 (18,6)	11,3 (11,5)	14,4 (43,0)
Murcia	19,6 (18,5)	28,5 (29,5)	36,1 (33,2)	16,4 (18,5)	16,2 (17,1)	12,8 (16,5)
Toledo	25,7 (15,5)	18,1 (32,1)	23,6 (28,9)	13,6 (9,6)	10,7 (9,3)	15,6 (16,0)
Zaragoza	17,2 (18,6)	28,2 (44,7)	49,5 (66,7)	25,3 (51,7)	20,0 (27,3)	22,8 (52,0)

(E.: Entrevista; E.S. Estado de situación; F.E.: Fase de estudio; Ev.: Evaluación; IF: Intervención; V.A. Visitas adicionales)

por tanto al interpretar estos datos hay que tener cautela. Una de las recomendaciones propuesta en este informe es que habría que adoptar un sistema para rectificar esta deficiencia.

Número de medicamentos*

Tabla 23. Incremento de medicamentos activos y precio mensual por COF (Fuente: tabla 270)

	M. Activos	Incremento de medicamentos	Variación/ Paciente	Precio mensual/ Paciente
Cáceres	515	27	0,47	172,3
Cantabria	554	7	0,10	139,5
León	770	7	0,08	125,5
Murcia	1048	25	0,23	157,3
Toledo	623	2	0,03	141,6
Zaragoza	775	9	0,10	114,0
Totales	4.285	77	0,13	137,6

*Interpretar estos datos con cautela.

Como es lógico, el número de medicamentos que consumen los pacientes va aumentando a medida que se van incorporando nuevos pacientes (Figura 18), independientemente de la eliminación o aumento debido a la intervención farmacéutica (Figura 21).

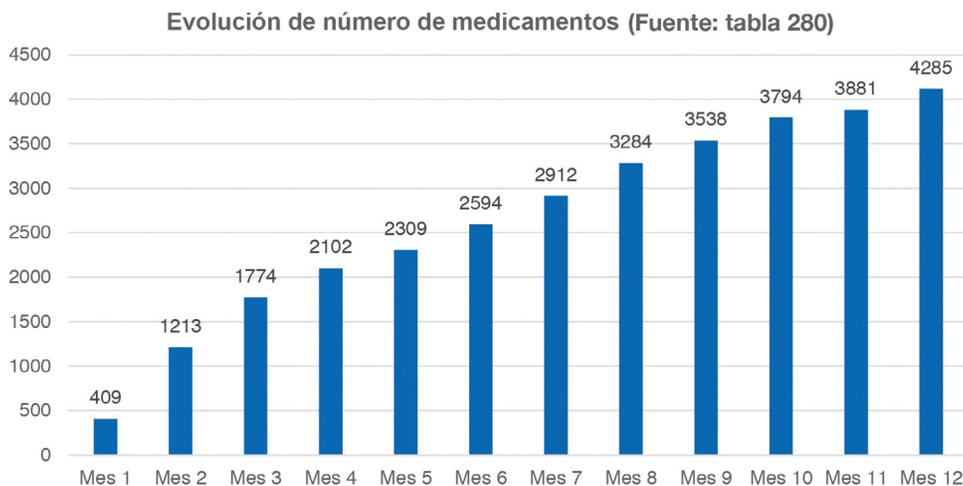


Figura 21. Evolución de medicamentos por mes.

Finalmente, la variación de medicamentos por paciente y mes supuso únicamente un incremento de 0,13 al final del estudio (Figura 22).

A pesar del incremento del número de medicamentos, el precio por paciente fue variando, hasta alcanzar una media de 137,6 euros por paciente al mes.

Variación de medicamentos por paciente y mes (Fuente: tabla 280)

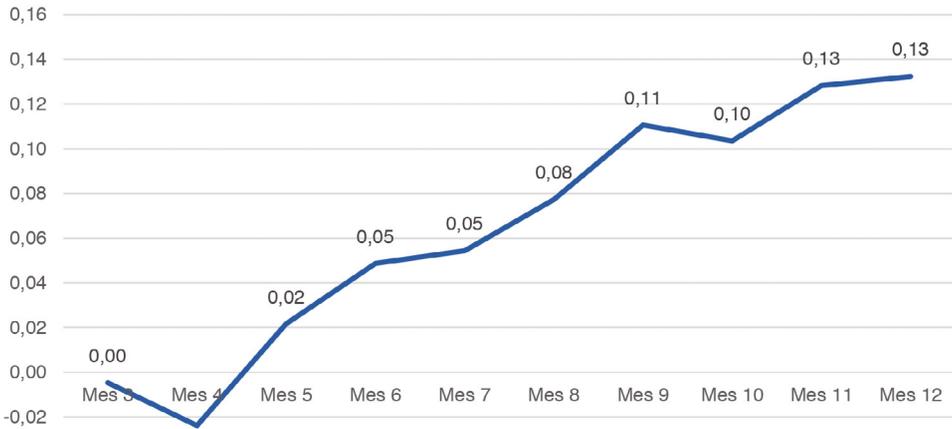


Figura 22. Evolución del incremento de medicamentos por paciente y mes.

Evolución del precio de medicamentos (Fuente: tabla 280)

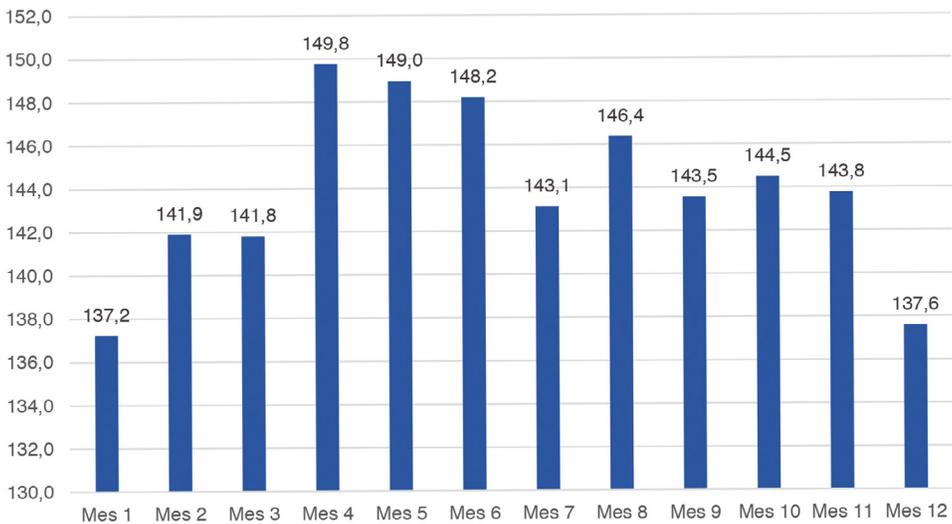


Figura 23. Evolución del precio de medicamentos por paciente y mes.

(Los datos mostrados en ambas gráficas no son congruentes entre sí por lo que deben analizarse con precaución)

4.2.3.3. Resultados humanísticos

Calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente

Se han encontrado dificultades con la recogida de estos datos al utilizar esta herramienta (recomendaciones, anexo 19). Por tanto, el dato basal para la población del estudio ha sido ajustado, presentando resultados para un subgrupo de pacientes, donde la fiabilidad es alta; en este caso se han perdido numerosos pacientes.

Los pacientes refirieron un aumento en 3,4 puntos de la calidad de vida relacionada con la salud, respecto al inicio del estudio en cuanto a la escala EVA (Tabla 24) a los 12 meses y de 0,039 según los resultados del EuroQoL a los 12 meses (Tabla 25). Hay que tener una especial cautela en la interpretación de estos datos porque los pacientes cuyos datos basales se han utilizado para la realización de los cálculos no son los mismos que los del mes 12. En las Tablas 24 y 25 se muestra un ejemplo de cómo se podrían analizar estos datos.

Tabla 24. Media de los resultados de la escala EVA (Fuente: tabla 1990)

	Basal (n=66)	Mes 12 (n=72)
Cáceres	58,2	62,7
Cantabria	67,0	68,6
León	63,1	65,6
Murcia	66,3	66,7
Toledo	62,6	67,2
Zaragoza	65,7	72,7
Totales	63,8	67,2

Resultados en valores de euroQoL**Tabla 25. Media de los resultados del EuroQoL-5D 3L (Fuente: tabla 1910)**

	Basal (n=65)	Mes 12 (n=76)
Cáceres	0,631	0,680
Cantabria	0,691	0,722
León	0,712	0,704
Murcia	0,707	0,719
Toledo	0,676	0,737
Zaragoza	0,621	0,709
Totales	0,673	0,712

4.2.4. Resultados de la etapa de sostenibilidad inicial

4.2.4.1. Resultados de la implantación

A fecha 1 de octubre de 2018, que corresponde al mes 15 (sostenibilidad inicial), según trabajando 37 farmacias de las que 11 se encontraban en la etapa de Prueba y 25 en la de Implantación. Fueron 40 las farmacias que se cayeron entre el mes 12 y 15.

Evolución de la Implantación (Fuente: tabla E10)

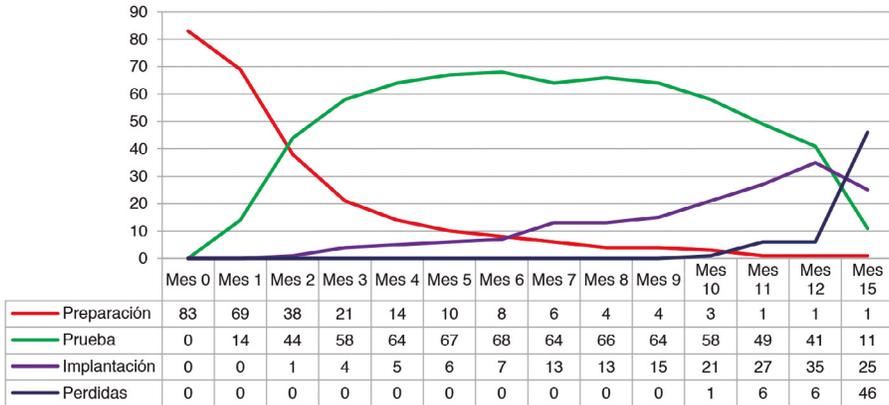


Figura 24. Evolución de las farmacias participantes por las etapas de Implantación hasta el 1 de octubre de 2018.

De los indicadores de actividad definidos en el apartado 3.6.1 (alta o modificación de: pacientes, medicamentos, enfermedades, intervenciones, PRM/RNM o cuestionarios: EVA, EuroQoL, Fidelidad o integración) se observaron cambios en: 2 farmacias en Cáceres, 4 en Cantabria, 13 en León, 7 en Murcia, 6 en Toledo y 5 en Zaragoza.

Tabla 26. Indicadores de actividad en sostenibilidad inicial (Fuente: tabla E10)

Nº de Farmacias	Pacientes	Medicamentos	Enfermedades	Intervenciones	PRM/RNM	Cuestionarios
9	X	X	X	X	X	X
5		X	X	X	X	X
4	X	X	X		X	X
4	X	X	X			X
1		X	X		X	X
2	X	X				X
2		X	X			X
1	X	X			X	
1	X	X				
1	X					X
1		X				X
6						X

Alcance

Los 551 pacientes que se habían reclutado hasta el mes doce, en el mes quince habían ascendido a 562 (11 nuevos pacientes). Así, el número de pacientes activos llegó al número de 513, con una media de pacientes por farmacia de 6,7 y por farmacéutico prestador de 4,8.

Tabla 27. Datos del progreso de la implantación en sostenibilidad inicial (Fuente: tabla E10)

	Pacientes reclutados	Pacientes activos	Paciente/farmacia	Paciente/FP
Mes 12	551	505	6,6	4,7
Mes 15	562	513	6,7	4,8

Fidelidad

La Fidelidad al protocolo del Servicio de SFT en la etapa de sostenibilidad fue de 8,4. En la *Tabla 28* se muestra la comparativa de los valores de Fidelidad obtenidos a mes 12 y 15.

Tabla 28. Cuestionarios de Fidelidad por fase (etapas del servicio) (Fuente: tabla E6)

	Mes 12	Mes 15
Oferta del servicio	8,2	8,2
Primera entrevista	8,8	8,8
Estado de situación	8,5	8,8
Fase de estudio	8,3	8,5
Fase de evaluación	8,3	8,4
Fase de intervención	8,2	8,4
Entrevistas sucesivas	8,0	8,1
Aspectos generales del proceso	8,4	8,6
Total	8,3 (n=88)	8,4 (n=44)

Los datos relativos a la Fidelidad por provincia y mes se muestran en la figura siguiente (*Figura 25*).

Integración

La Integración del Servicio en la farmacia obtuvo una puntuación media de 3,7 sobre 5, muy similar a la obtenida a mes 12 (*Tabla 29*). Siendo los recursos disponibles los que obtuvieron mayor puntuación.

Tabla 29. Cuestionarios de integración por dominio (Fuente: tabla E5)

Dominio	Mes 12	Mes 15
Rutinización	3,5	3,5
Trabajo en equipo	3,2	3,4
Recursos disponibles	4,2	4,3
Evaluación	3,4	3,2
Total	3,7	3,7

Fidelidad al Servicio por COF (Fuente: tabla E6)

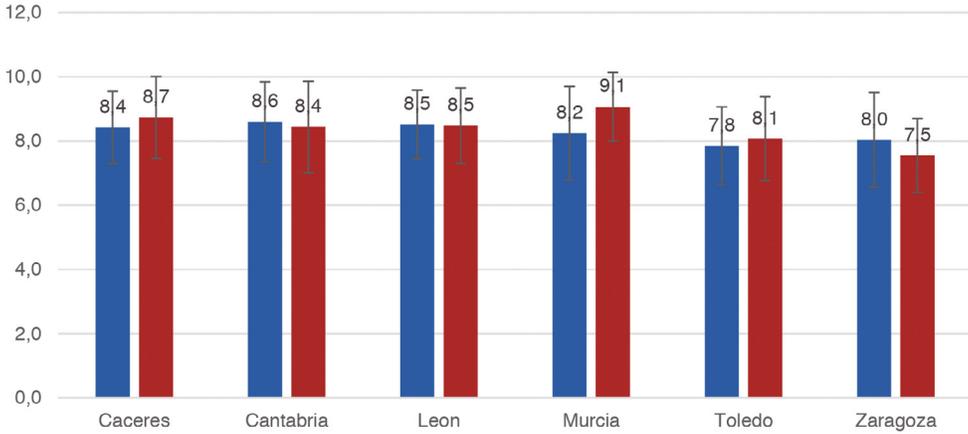


Figura 25. Cuestionarios de Fidelidad por COF (meses 12 y 15).

Integración por COF (Fuente: tabla E5)

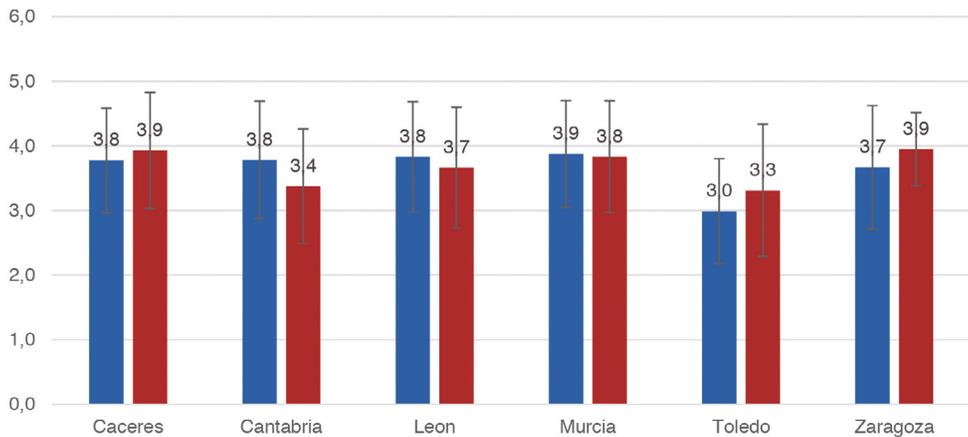


Figura 26. Cuestionarios de integración por COF (meses 12 y 15).

La puntuación obtenida por meses y por COF a mes 12 (n=67) y 15 (n=40) se observa en la [Figura 26](#).

4.2.4.2. Resultados en salud

A pesar de que en la etapa final (entre los meses 12 y 15) los farmacéuticos no recibieron apoyo del FoCo, se identificaron 110 PS nuevos, con un 0,3% de PS no controlados menos.

Con respecto a los PRM, se detectaron 65 más que en el mes 12, manteniéndose prácticamente la misma frecuencia en cada provincia. De ellos, se resolvieron un 1,4% más de los PRM identificados.

Por otro lado, se identificaron 216 RNM más que a fecha 1 de junio, y se resolvieron en un 60,7% frente a los 68,9% que se habían resuelto hasta el mes 12.

En cuanto a los riesgos de RNM se detectaron 10 más respecto al mes 12 de los que se resolvieron un 1,8% más, tal como se muestra en la *Tabla 30*.

Por último, se analizaron resultados de calidad de vida con la escala EVA y (n=21), dando un resultado similar a mes 12 y 15 (aumento de 0,4 puntos).

Tabla 30. Comparación de los resultados en salud entre el mes 12 y 15 (Fuente: tabla E10)

	% PSnC/PSSt	%PRM resueltos	%RNM resueltos	%rRNM resueltos	EVA
Mes 12	15,8	60,7	68,9	75,6	67,2
Mes 15	15,5	62,1	60,7	77,4	67,6

| 4.3. Resultados del trabajo del FoCo |

4.3.1. Programa de Formación

El día 13 de abril de 2018 se celebró una jornada, en la sede del CGCOF, con el objetivo de motivar a los FoCo a dos meses para el final del trabajo de campo y preparar la transición hacia la etapa de sostenibilidad inicial.

En dicha reunión, a la que acudieron las seis FoCo (*Figura 27*), se abordó la situación general de cada COF y se presentaron los resultados parciales de conSIGUE-GI a partir de una extracción de datos realizada el 8 de abril. Además, cada FoCo presentó un caso práctico complejo y otro “de éxito”, es decir, en el que hubo gran satisfacción por la resolución del mismo. Los casos presentados podían ser a nivel de farmacia, de farmacéutico y/o de paciente, ya que son las áreas donde el FoCo



Figura 27. FoCo de conSIGUE-GI.

puede intervenir. Para finalizar se habló de los registros del eCRD-SFT y de algunos problemas surgidos con ciertos PRM así como de los pasos que debían dar hasta el día 31 de mayo de 2018, fecha final del trabajo de los FoCo.

El Programa de la jornada se muestra en el anexo 8.

Como consecuencia de este taller y del trabajo realizado, se propone una recomendación del Programa de formación para formadores colegiales con una duración de 4 días y con las sesiones descritas en el anexo 14.

Tras el trabajo realizado, CGCOF entregó un certificado por la colaboración.

4.3.2. RedFoCo

El impulso del CGCOF para el avance de la Farmacia Comunitaria hacia los SPFA pasa inquestionablemente porque la figura de FoCo se establezca en los COF.

En este sentido y tras la experiencia de los 9 años de conSIGUE han sido 26 los farmacéuticos que han trabajado como FoCo en las diferentes fases de la investigación. Actualmente 12 permanecen con trabajo en los COF aunque no siempre llevando a cabo su labor de facilitación in situ.

Para seguir impulsando la implantación de SPFA y mantener la facilitación a los farmacéuticos prestadores que disponen o no de FoCo, se ideó la creación de la RedFoCo. Se trata de un sistema de trabajo compartido en la Organización Farmacéutica Colegial con el objetivo de mantener el conocimiento y la experiencia de los FoCo pioneros, que no solo colaboran en la formación de los futuros FoCo sino que, además, podrían prestar servicio a farmacéuticos de su misma CCAA en aquellas CCAA en que haya Colegios que carecen de FoCo. Además, en este entorno de Red FoCo, desde el CGCOF se podría dar cobertura nacional a farmacéuticos sin FoCo. De esta manera se crea una red que utiliza los medios de comunicación disponibles (conexión en remoto, call-center, etc.).

En la *Figura 28* se presenta una posible estructura de dicha RedFoCo.

4.3.3. eCRD-FoCo

Las variables que se incluyen en el eCRD de FoCo sirven como indicadores del resultado de su trabajo en las farmacias en las que facilitan el proceso de la implantación, como son:

- Número de farmacias y farmacéuticos que participan
- Número de visitas que el FoCo realiza cada mes a las farmacias
- Número de contactos adicionales: vía telefónica, mensajes de texto, WhatsApp, correo electrónico, encuentros en el COF, asistencia a talleres, etc.

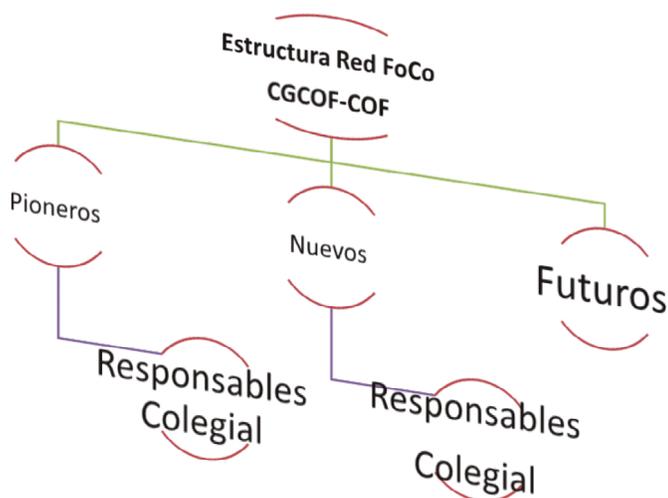


Figura 28. Estructura RedFoCo.

- Tiempo de trabajo efectivo, es decir tiempo invertido en 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.
- Tiempo de desplazamientos: visitas a farmacias, centros de salud, gerencias, etc., y tiempo de FoCo.
- Factores de implantación identificados, agrupados en cuatro dominios: Servicio, personal, farmacia y entorno local, recogidos mediante sus visitas a las farmacias, asignando a las barreras y facilitadores identificados los factores influyentes en ellos.
- Barreras y facilitadores para la implantación del Servicio de SFT, recogidos a partir de sus visitas a las farmacias, mediante un checklist de identificación mediante observación participante y con el trabajo diario con los farmacéuticos.
- Estado de las intervenciones del FoCo, son los 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 mediante el “ciclo de intervención”, de forma individualizada por farmacia, descripción, fecha, causa, objetivos, estrategias de intervención, resultado y estado de las mismas.

4.3.4. Resultados del trabajo FoCo Visitas a las farmacias

Visitas a las farmacias

De las 77 farmacias participantes correspondientes a los 6 COF, los FoCo han realizado un total de 1.111 visitas, con una media de 14,4 visitas por farmacia durante el periodo actual de trabajo realizado (*Tabla 31*).

Tabla 31. Visitas del FoCo a las farmacias (1 de junio de 2018)

Provincias	Nº Farmacia	Nº Visitas	Media de visitas por farmacia
Cáceres	9	128	14,2
Cantabria	11	191	17,4
León	18	233	12,9
Murcia	15	218	14,5
Toledo	11	140	12,7
Zaragoza	13	201	15,5
Total	77	1.111	14,4

Los FoCo han realizado al menos una visita al mes a cada una de las farmacias incluidas en el Programa con el objetivo de identificar las Barreras y Facilitadores que hayan dificultado o favorecido respectivamente la implantación del Servicio. Así mismo, han diseñado estrategias de intervención de acuerdo a los elementos identificados, y a continuación han intervenido de acuerdo al planteamiento de su estrategia para posteriormente estudiar el efecto de dicha intervención y redefinirla, si hubiese sido necesario, basándose en el feedback de los farmacéuticos y el resultado conseguido.

Barreras y facilitadores

Durante el periodo de trabajo de campo, los FoCo han identificado un total de 1.866 barreras, de las que se han resuelto 1.267 (67,9%). Además, han identificado 1.575 facilitadores, de los que 991 (62,9%) se ha utilizado de forma satisfactoria para favorecer la implantación del Servicio de SFT. En la *Figura 29* y en la *Tabla 32* se muestra el estado de las Barreras y Facilitadores sobre los que trabajaron los FoCo.

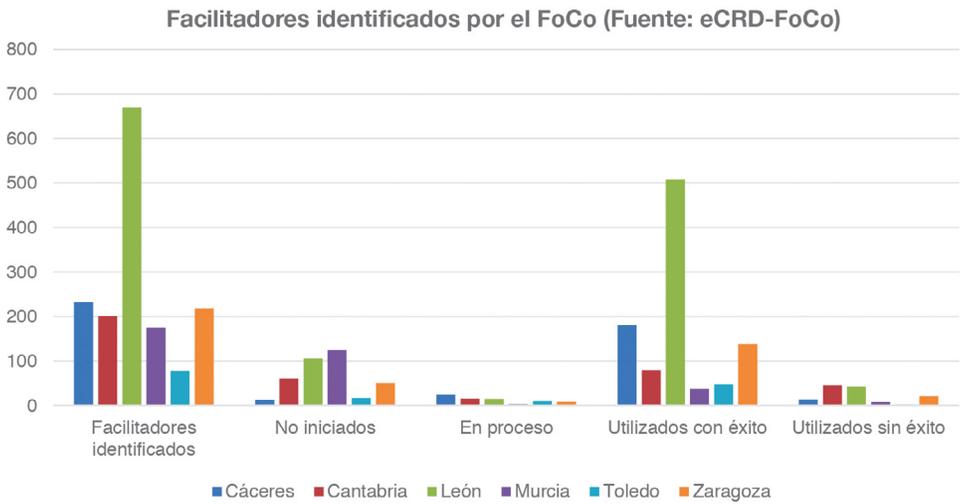
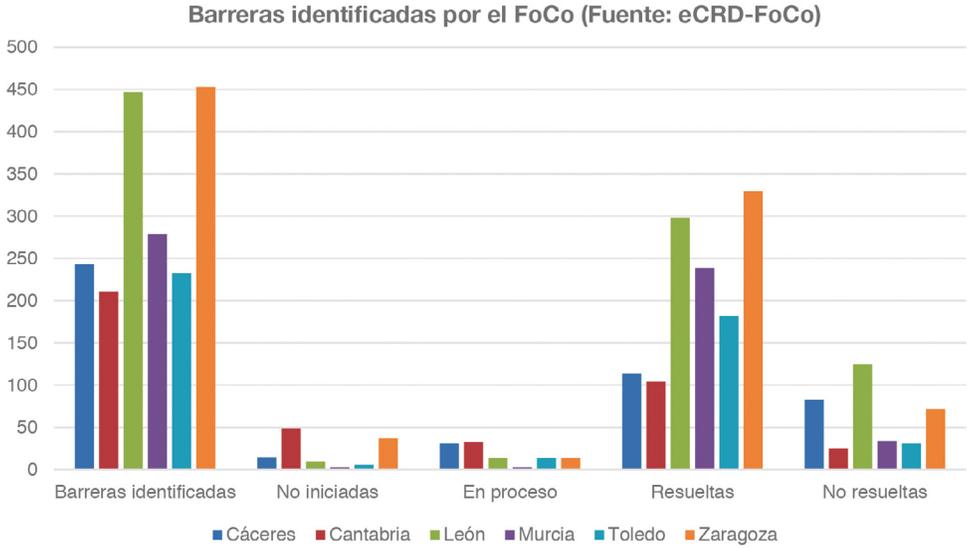


Figura 29. Estado de las Barreras y Facilitadores identificados por los FoCo.

Tabla 32. Resultado de Barreras y Facilitadores (Fuente: eCRD-FoCo)

Barreras (b)							
Provincia	Total	Resueltas	% Resueltas	No resueltas	En proceso	No iniciadas	Farmacias
Cáceres	243	114	46,9	83	31	15	9
Cantabria	211	104	49,3	25	33	49	11
León	447	298	66,7	125	14	10	18
Murcia	279	239	85,7	34	3	3	15
Toledo	233	182	78,1	31	14	6	11
Zaragoza	453	330	72,8	72	14	37	13
Total	1.866	1.267	67,9	370	109	120	77

Facilitadores (F)							
Provincia	Total	Utilizados con éxito	% Utilizados con éxito	Utilizados sin éxito	En proceso	No utilizados	Farmacias
Cáceres	233	181	77,7	14	25	13	9
Cantabria	201	79	39,3	46	16	60	11
León	670	507	75,7	42	15	106	18
Murcia	175	38	21,7	8	4	125	15
Toledo	78	48	61,5	3	10	17	11
Zaragoza	218	138	63,3	21	9	50	13
Total	1575	991	62,9	134	371	371	77

Factores de implantación

De los factores de implantación relacionados con las Barreras, el más implantado fue el de "registros" con un 15,1%, mientras que en relación a los Facilitadores fue la "motivación" con un 10,6%.

El resto de frecuencias de los factores de implantación se muestra en la [Tabla 33](#).

Tiempo del FoCo

El tiempo empleado por el FoCo se muestra en la [Tabla 34](#) y en la [Figura 30](#). Se incluye el tiempo de desplazamiento (a farmacias, centros de salud, gerencias, etc.), el tiempo en las farmacias y el tiempo efectivo en conSIGUE (organización de talleres, trabajo in situ en las farmacias, planificación de las intervenciones, reuniones, etc.).

Tabla 33. Factores de implantación (Fuente: eCRD-FoCo)

Factores de Implantación relacionados con Barreras				Factores de Implantación relacionados con Facilitadores			
Factor	Dominio	Frecuencia	%	Factor	Dominio	Frecuencia	%
Registros	Servicio	281	15,1	Motivación	Personal	167	10,6
Metodología del Servicio	Servicio	255	13,7	Apoyo externo	Farmacia	130	8,3
Tiempo	Servicio	213	11,4	Etapas del cambio	Personal	123	7,8
Reclutamiento	Servicio	145	7,8	Registros	Servicio	105	6,7
Etapas del cambio	Personal	94	5,0	Autoeficacia	Personal	72	4,6
Complejidad	Servicio	71	3,8	Reclutamiento	Servicio	65	4,1
Autoeficacia	Personal	63	3,4	Tiempo	Servicio	61	3,9
Red de trabajo con médicos	Entorno local	59	3,2	Registros	Servicio	57	3,6
Motivación	Personal	56	3,0	Objetivos	Farmacia	54	3,4
Flujo de trabajo	Farmacia	55	2,9	Adaptabilidad	Servicio	53	3,4
Subtotal		1.292	69,2	Subtotal		887	56,3
Otros		574	30,8	Otros		688	43,7
Total		1.866	100,0	Total		1.575	100,0

Tabla 34. Tiempo en horas/semana (t) empleado por el FoCo (Fuente: eCRD-FoCo)

	t desplazamiento	% t desplazamiento	% Resueltas	No resueltas	En proceso
Cáceres	3,6	18,7	3,4	16,6	19,3
Cantabria	2,6	6,6	4,1	10,4	39,4
León	5,9	27,6	7,4	34,6	21,4
Murcia	5,4	24,5	7,1	32,3	22,0
Toledo	3,5	10,5	4,9	14,7	33,3
Zaragoza	4,4	15,0	2,8	9,5	29,3
Media provincias	4,2	15,3	5,0	18,2	27,5

| 4.4. Programa de formación para el Farmacéutico Prestador |

4.4.1. eCRD- SFT

Como resultado del desarrollo del eCRD-SFT se incluyeron las siguientes variables de resultado del Servicio de SFT:

1. Datos personales de pacientes y relación con médicos, visitas a urgencias, atención primaria e ingresos hospitalarios por motivo y fecha.

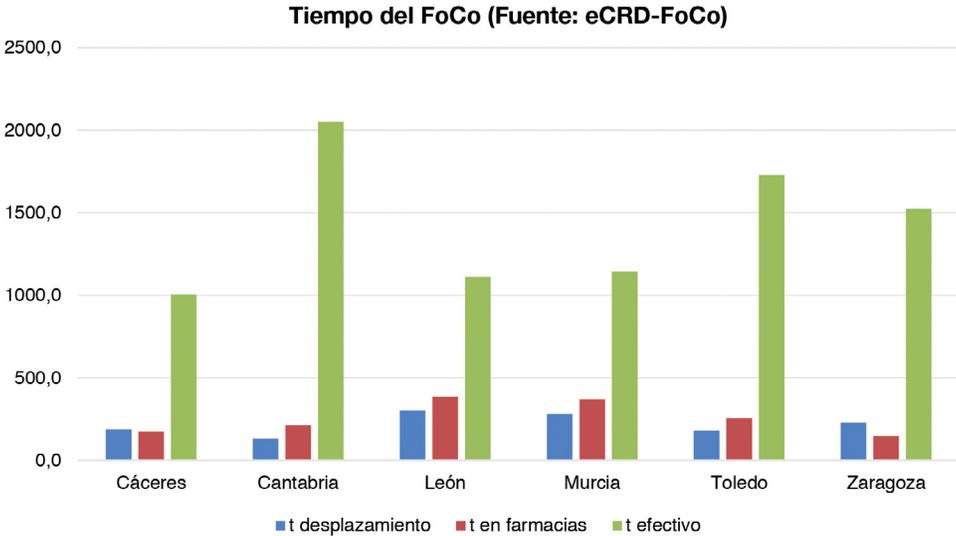


Figura 30. Comparativa de tiempos de desplazamiento y en farmacias con el tiempo efectivo.

2. Antecedentes y hábitos de vida como ejercicio físico, tabaquismo, consumo de alcohol, dietas, alergias, antecedentes familiares, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, etc.
3. Parámetros a medir, como la presión arterial, el Índice de Masa Corporal (IMC), análisis clínicos, etc.
4. Medicamentos: fecha de inicio, medicamento, quién lo prescribe, pauta, unidad de dosis, frecuencia, duración y continuidad. Conocimiento y adherencia al tratamiento.
5. Problemas de salud: inicio, problema de salud, fecha de fin, grado preocupación, control, tratamientos y documentación. Se analiza el número medio de PS no controlados por paciente y el % respecto al total de PS.
6. Incidencias: fecha, PRM, RNM, rRNM, motivo, fecha de intervención, tipo de intervención y resultado. Tipo de comunicación y dirigido a quien.
7. Estado de situación: fecha, indecencias e intervenciones.
8. Historial del paciente.
9. Calidad de vida relacionada con la salud, mediante la visita del paciente con el cuestionario EuroQol-5D (recomendaciones, anexo 15) y con la escala visual analógica (EVA).

10. Procedimiento del Servicio: fase, fecha de inicio y de fin y tiempo del farmacéutico, contabilizando el tiempo desde que inicia la aplicación hasta que la cierra.
11. Práctica colaborativa entre el farmacéutico comunitario y el médico, mediante un cuestionario validado.
12. Cuestionarios de Alcance, Integración y Fidelidad del Servicio y de Adherencia al tratamiento.

Durante todo el programa se ha estado utilizando el eCRD-SFT alojado en <https://consiguesft.nodofarma.es>. Aunque se ha trabajado muy intensamente y colaborado con el departamento de nuevas tecnologías y la empresa NITRAM, debido a la magnitud del proyecto quedan algunos detalles que deberían desarrollarse en un futuro próximo. En el anexo 15 se enumeran diferentes aspectos cuya modificación recomendamos en varios accesos.

4.4.1.1. Opinión sobre el eCRD-SFT

Como resultado de la encuesta que se pasó a los FP participantes sobre su opinión acerca del eCRD se puede afirmar que el 97,3% cree que las herramientas virtuales facilitan el registro y ayudan a llevar a cabo de forma eficiente los SPFA. El 64,86% estaban bastante satisfechos con la plataforma y solo el 21,62% estaba insatisfecho. La frecuencia de uso estuvo distribuida en torno al 20%, siendo la tendencia más frecuente su utilización una vez al mes.

El mayor beneficio encontrado del uso de la plataforma fue la facilidad para estudiar la farmacoterapia del paciente. La mayor dificultad referida fue la falta de capacitación suficiente para su uso.

4.4.2. Programa de Formación del Farmacéutico Titular y del Prestador

Recibieron formación específica (*Tablas 2 y 3*), un total de 131 farmacéuticos, de los que 116 fueron prestadores del servicio (titulares y adjuntos), correspondientes a 83 Farmacias Comunitarias.

El número de farmacias de los diferentes COF y el número de farmacéuticos formados se muestra en la *Tabla 7*.

El Programa diseñado para la formación de los farmacéuticos titulares y prestadores del Servicio de SFT está detallado en el anexo 15. Está compuesto por una formación de 1 día para farmacéuticos titulares y de 4 días para los FP.

Las sesiones deben ser impartidas por personal de CGCOF, de la Universidad y por FoCo.

Tras el trabajo realizado, el CGCOF entregó un certificado por la colaboración en la investigación y la Universidad de Granada dos: uno por la actividad investigadora y otro por la formación.

4.4.2.1. Aspectos prácticos del Programa

4.4.2.1.2. Resultados encuesta de satisfacción de la formación

Farmacéuticos Titulares

Tras pasar la encuesta de satisfacción de la formación, en términos generales, y teniendo en cuenta que algunos de los farmacéuticos titulares también eran prestadores, lo que más gustó fueron los aspectos correspondientes a la práctica, la clínica y el manejo del eCRD-SFT, aunque en general, toda la formación fue muy bien valorada. En cuanto a lo que menos agradó, fue la densidad del curso o la gran cantidad de información que se ofrece.

Los farmacéuticos titulares eliminarían de la formación la parte relacionada con la comunicación y el marketing, reducirían las primeras sesiones y añadirían más práctica.

La puntuación se realizó en una escala entre el valor 1 (valoración mínima) y el 5 (puntuación máxima). La valoración global del curso obtuvo un 5 en 28 ocasiones, un 4 en 27 ocasiones, un 3 en 9 ocasiones, un 2 en una ocasión y dos cuestionarios no tenían valoración global.

En la *Figura 31* se recoge la opinión de los FT sobre la duración de la formación.

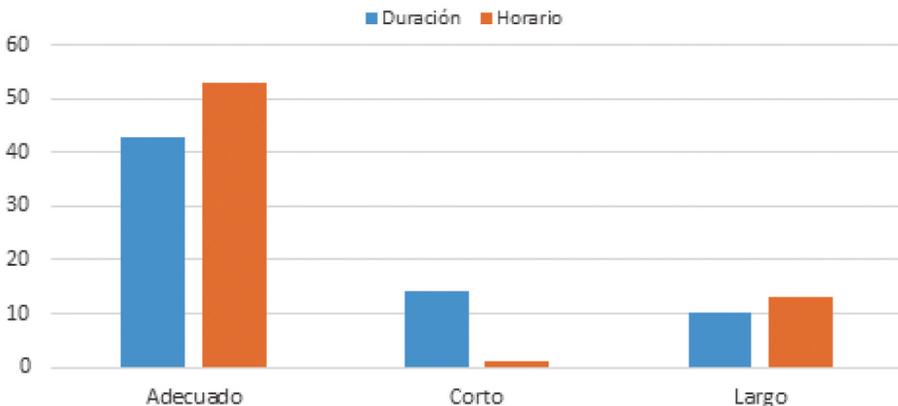


Figura 31. Opinión sobre la duración y horario del curso de Farmacéuticos titulares.

Farmacéutico Prestador

En términos generales, lo mejor valorado fue lo correspondiente a la práctica, además de la motivación, el protocolo y la organización. Lo peor valorado fue lo referente a la densidad del curso.

Los FP eliminarían pequeños detalles, o la formación del último día, y reducirían la parte de presentación inicial. De la información de los cuestionarios se desprende que añadirían más casos prácticos y ampliarían los ejercicios, las búsquedas bibliográficas y la clínica.

La puntuación se realizó en una escala entre el valor 1 (valoración mínima) y el 5 (puntuación máxima). La valoración global del curso obtuvo un 5 en 25 ocasiones, un 4 en 42 ocasiones, un 3 en 6 ocasiones y 4 cuestionarios no tenían valoración global.

En la *Figura 32* se recoge la opinión de los FP sobre la duración de la formación.

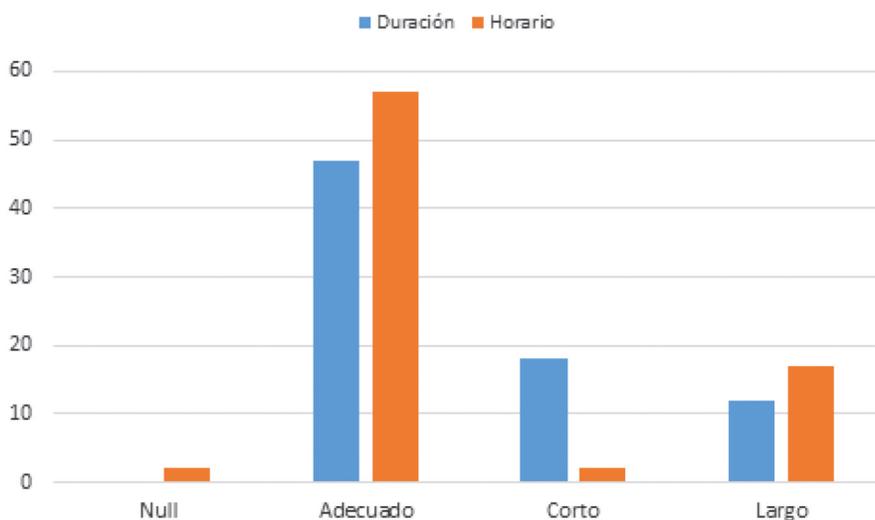


Figura 32. Opinión sobre la duración y horario del curso de Farmacéuticos titulares.

4.4.2.2. Reuniones de trabajo

Durante el trabajo de campo, se realizaron una serie de reuniones por video conferencia entre los integrantes del Grupo Investigador de **conSIGUE-GI**. Los puntos a tratar fueron propuestos por el grupo; se trataron problemas surgidos de la práctica y se consensuaron soluciones. Dichas reuniones se mantuvieron a través de Skype®, debido al diferente lugar geográfico de cada uno de los componentes del equipo de trabajo. Asimismo, desde el Grupo Investigador se llevaron a cabo reuniones paralelas, cada tres semanas aproximadamente, con los FoCo para darles soporte y apoyo y seguir el trabajo de campo de

los FP en cada una de sus etapas, a través de la misma plataforma. En cada reunión se realizó un resumen que incluyó el orden del día y los asistentes.

Además, el Equipo Gestor del Proyecto se reunió cada 20 días y resolvió los temas pendientes de acuerdo, temas que requerían una visión más global y estratégica.

4.4.2.3. Comunicación a nivel de Consejerías de Sanidad, gerencias médicas y centros de salud

Todos los COF han establecido contacto con las áreas de salud correspondientes con el objetivo de presentar el Programa al colectivo de médicos. Cualquier tipo de documentación o presentación que han necesitado los FoCo ha sido elaborada y su contenido revisado por el Grupo Investigador.

4.4.2.4. Mejoras aportadas

- Revisión de talleres de formación organizados por los FoCo para los farmacéuticos prestadores de conSIGUE.
- Revisión de documentos de apoyo de los FoCo para los FP en metodología del Servicio de SFT o en registro en el eCRD.
- Mejoras propuestas en el eCRD-FoCo.
- Por consenso de los FoCo, de manera frecuente se envía al Grupo Investigador un documento Word con las dudas surgidas. El Grupo Investigador estudia cada duda y les da una respuesta una vez consensuada por el grupo.
- El módulo de Servicios de Atención Farmacéutica de Bot PLUS 2.0 estaba diseñado en base a los procedimientos, instrucciones técnicas y definiciones consensuadas por Foro AF en 2008. En la fase actual de conSIGUE se está utilizando una adaptación del módulo de SFT en el eCRD-SFT para la recogida de datos por parte del farmacéutico prestador.
- En la formación se utilizó específicamente el “eCRD-SFT de formación” (aplicación igual a la aplicación definitiva, que servía para alojar casos ficticios que no se contabilizaban entre los que pertenecían a la investigación) para realizar los registros de los casos prácticos y que, por su especial sistema de alertas, al cruzar automáticamente toda la información facilitada por el paciente en la entrevista, se consideraba un elemento facilitador para la prestación del Servicio. Con la práctica, a través del trabajo de campo, se han ido mejorando utilidades, incorporando comentarios y sugerencias de los FP a través de los FoCo. Por ejemplo, la inclusión de parámetros que no aparecían inicialmente seleccionables en la pestaña de análisis clínicos o automatismos para facilitar el uso en la práctica diaria.
- En el último taller algunos FoCo utilizaron una encuesta para conocer la opinión de los FP sobre el eCRD-SFT (anexo 7). En líneas generales se puede decir que la opinión

de los FP ha sido que están bastante satisfechos con la plataforma aunque la han utilizado de forma variable. Unos solo la utilizaban cuando iba a ir el FoCo y otros cada semana. El principal beneficio que les ha aportado ha sido la facilitación del estudio de la farmacoterapia y que les permitiese organizar las diferentes etapas del Servicio. De forma mayoritaria opinan que su uso les ha resultado complicado y aunque entienden que es una buena herramienta facilitadora del Servicio creen que debería reducirse, actualizar los contenidos de resultados analíticos, incrementar la rapidez y accesibilidad integrándola en los sistemas de gestión que utilizan en las farmacias.

| 4.5. Evaluación de la Práctica Colaborativa |

El cuestionario lo completaron 99 farmacéuticos [(n por COF): 1=13; 2=12; 3=11; 4=24; 5=15; 6=24].

Al analizar el grado de colaboración se observó una puntuación baja, pero aumentó significativamente ($p=0,044$) en un 47,0% entre el inicio y el fin del estudio.

Tabla 35. Total del nivel de colaboración por mes (Fuente: tabla E4)

Mes	Nivel de colaboración	DE
0	3,34	1,08
6	4,48	1,12
12	4,91	1,27

El grado de colaboración por provincias se muestra en la *Figura 33*.

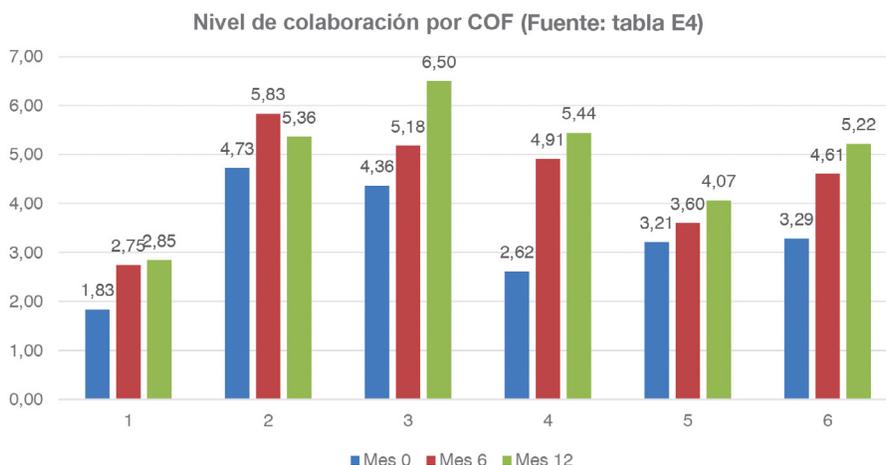


Figura 33. Nivel de colaboración por COF y mes.

La práctica colaborativa en todas las etapas mostró un incremento entre el inicio y el final del estudio, pero en los niveles más avanzados, etapas 2 (47,5%) y 3 (38,8%) es significativamente mayor ($p=0,007$ y $0,002$, respectivamente) que en los niveles inferiores, donde solo fue significativo el aumento en la puntuación entre el mes 0 y 12 para la etapa 1 (etapa 0: 13,5%; $p=0,073$ y etapa 1: 8,9%; $p=0,017$).

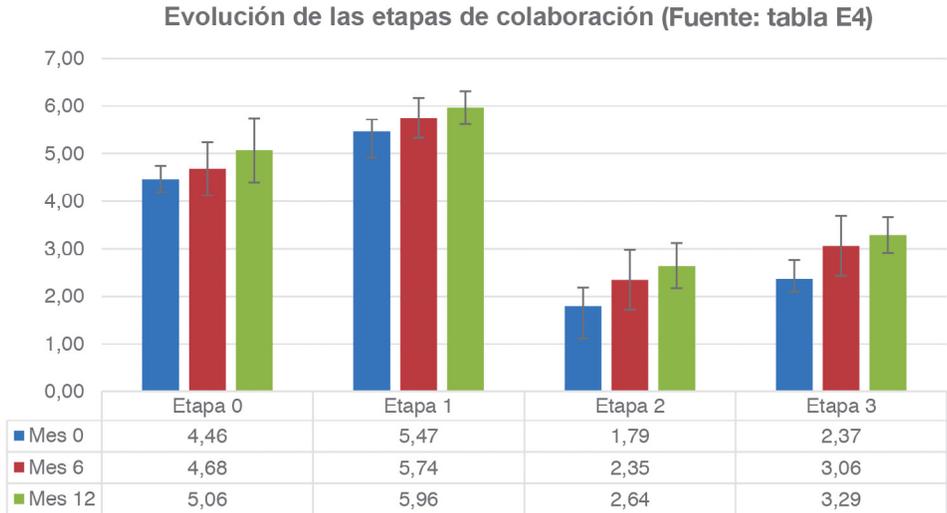


Figura 34. Nivel de colaboración por COF y mes.

El análisis de cada etapa por provincia y mes se muestra en las Figura 35, existiendo mucha variabilidad entre cada provincia:

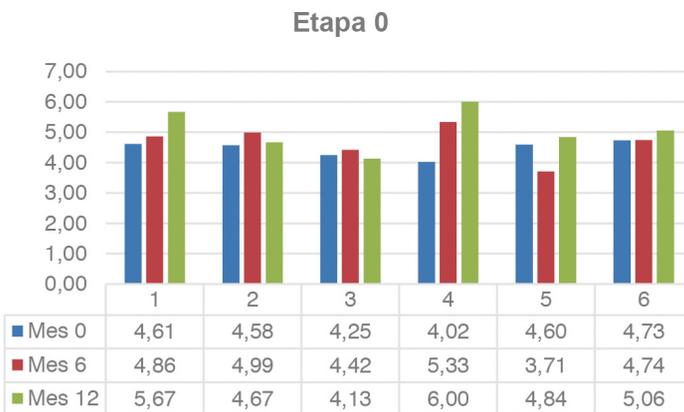


Figura 35. Puntuación de las etapas de colaboración por COF y mes.

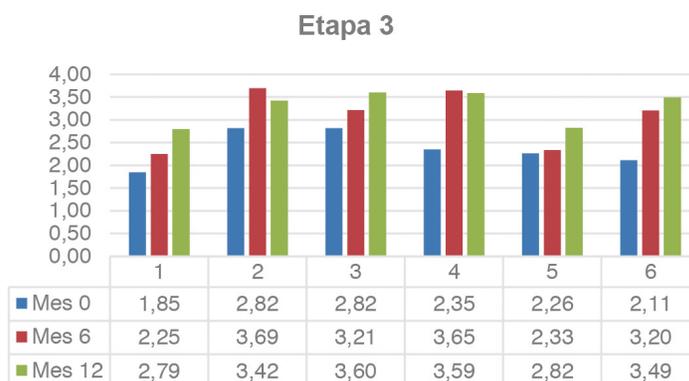
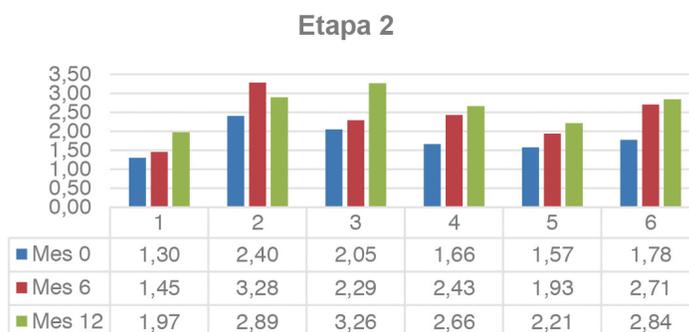
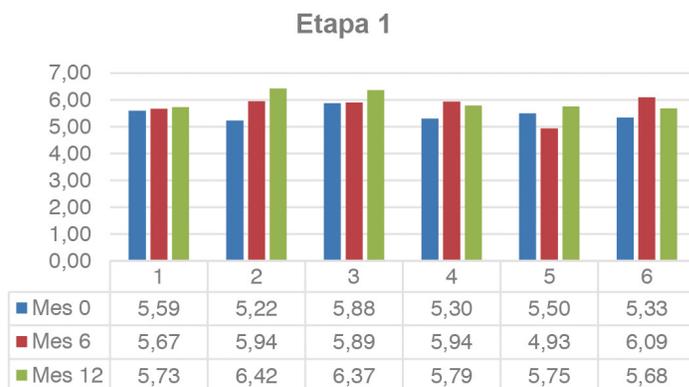


Figura 35. Puntuación de las etapas de colaboración por COF y mes.

| 4.6. Datos cualitativos en la práctica habitual del Servicio |

Estos resultados son opiniones generadas de participantes y miembros del Equipo Gestor, que se redactan para considerarlas como parte de la mejora de la práctica habitual del Servicio.

El paciente se puede incorporar al Servicio bien como respuesta a un ofrecimiento por parte del personal de la Farmacia bien porque él mismo lo solicite voluntariamente.

En la práctica habitual no es necesaria la firma de un consentimiento informado por parte de los pacientes dado que la actual legislación incluye al Servicio de SFT como uno de los que debe realizar la Farmacia Comunitaria^(28,48-50). Sin embargo, si el titular lo desea se puede solicitar la firma de dicho documento.

Por el contrario, la farmacia prestadora debe tener dados de alta los ficheros correspondientes al Servicio de SFT de acuerdo con la Ley de Protección de Datos*. Los datos que se obtengan durante la práctica del mismo quedarán en poder de la Farmacia por lo que cualquier transmisión de los mismos a entidades superiores (COF, CGCOF u otras) se hará de manera desagregada y, por tanto, anonimizada. Además la disponibilidad y acceso al eCRD-SFT alojado en Nodofarma requiere de claves de acceso personales, credenciales. Para obtenerlas es necesaria la firma de un contrato de prestación de servicios y corresponsabilidad de los datos entre titular y CGCOF, a partir del cual se generan las credenciales necesarias para cada FP.

Toda la información se irá introduciendo en el eCRD-SFT según el procedimiento del Servicio. Como se ha dicho, esta herramienta electrónica permite al profesional tener acceso de manera ordenada a toda la información incluida en el eCRD-SFT y así poder seguir cada paciente o al conjunto de pacientes a los que se presta el Servicio, de manera fácil. También permite emitir informes y enviar la información a entidades superiores.

Una vez dado de alta como paciente comienzan las distintas fases del Servicio: entrevista con el paciente, fase de estudio, estado de situación, evaluación de los resultados obtenidos y elaboración de un plan de actuación. Se sigue con una evaluación de los resultados de la intervención y vuelta a comenzar.

* *REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO* de 27 de abril de 2016



El eCRD-SFT permite la remisión de los datos obtenidos al COF correspondiente siendo estas instituciones la que, después, derivarán los datos a instancias superiores como los Consejos Autonómicos y al CGCOF. En esta institución se agregarán todos los datos generados a nivel nacional lo que permite un análisis muy potente de la información obtenida.

Ello permite el seguimiento de la evolución de la prestación del Servicio, la obtención de datos de distinto significado y la negociación correspondiente.

Para que se pueda realizar el Servicio de una manera responsable y profesional es necesario tener los siguientes elementos tangibles e intangibles:

- Zona ZAP diferenciada
- Documentación para los Consentimientos Informados
- Herramienta tecnológica
- Ayuda de un FoCo
- Tiempo
- Organización de la farmacia y del equipo

4.6.1. Informes periódicos con datos demográficos y etapas de implantación

Ejemplo de informe de seguimiento que muestra los datos del **Consejo General**, es decir, datos globales agregados, a una fecha determinada. Contiene número de farmacias activas, de FP y de pacientes que reciben el Servicio de SFT (la información se obtiene de la tabla E10 del eCRD-SFT). Más adelante se podrán obtener informes con la misma información referida a Colegios y Farmacias.

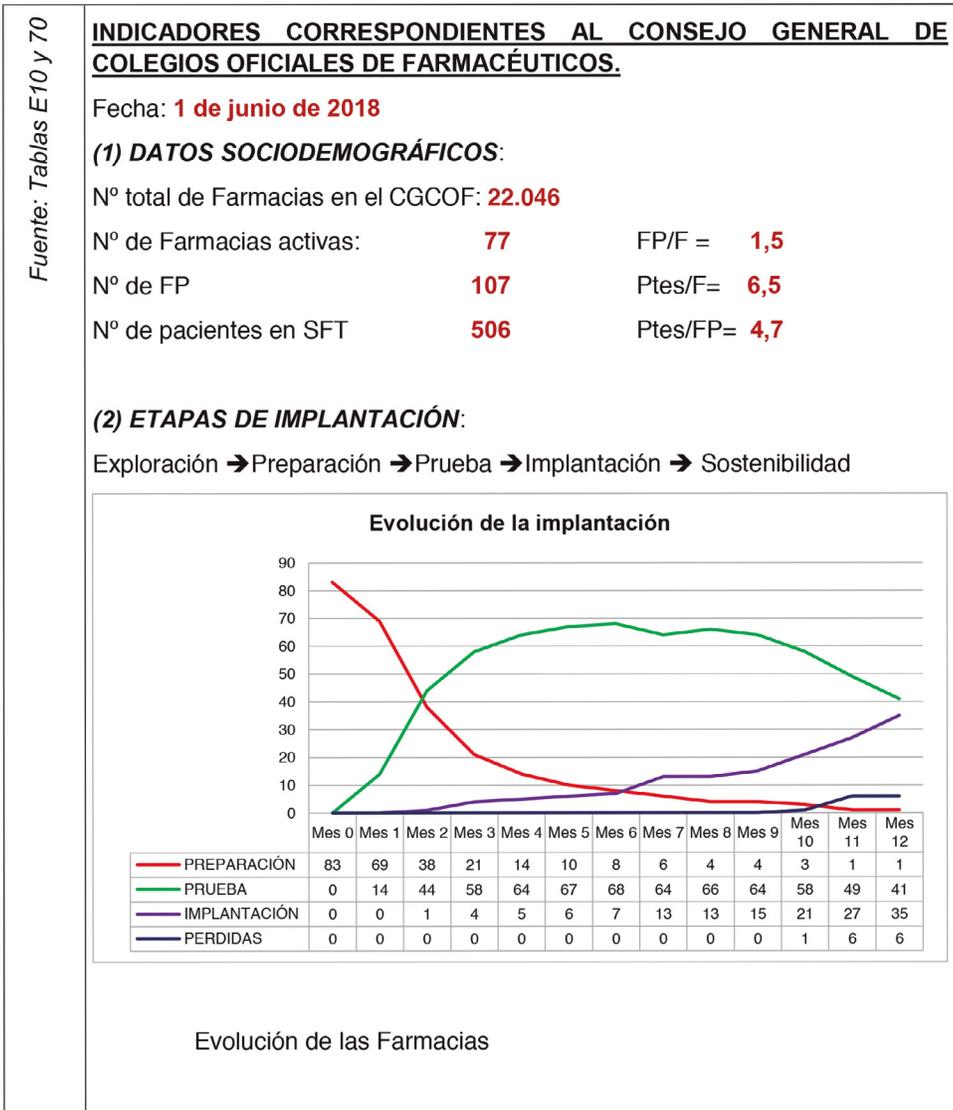


Figura 36. Modelo de Informe periódico de seguimiento. Datos demográficos y progreso de la implantación.

Siguiendo este mismo esquema se muestran los informes de seguimiento de los COF participantes:

INDICADORES CORRESPONDIENTES AL COF de Cáceres

Fecha: 1 de junio de 2018

(1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nº total de Farmacias en el COF = 291

Nº de Farmacias activas = **9** FP/F = **1,3**

Nº de FP = **12** Ptes/F = **6,4**

Nº de pacientes en SFT = **58** Ptes/FP = **4,8**

(2) ETAPAS DE IMPLANTACIÓN:

Exploración → Preparación → Prueba → Implantación → Sostenibilidad

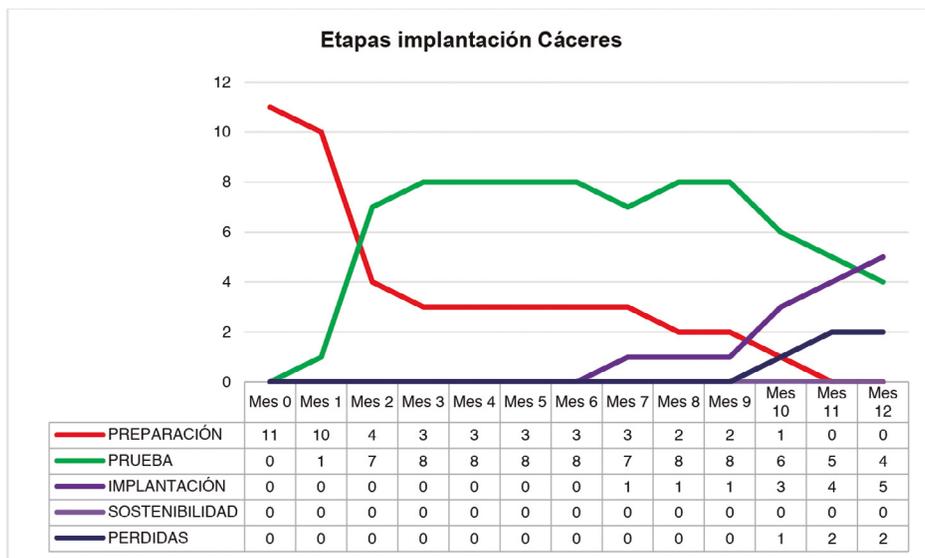


Figura 37. Ejemplo del Informe periódico de seguimiento del COF de Cáceres.

4.6.1.1. Informes periódicos con Resultados de Implantación y Resultados en Salud

Del mismo modo, se podrán obtener informes con los resultados de implantación y de salud, a tiempo real y en el momento que se desee. A continuación se muestra un ejemplo de los resultados globales (en este caso, de los 6 COF participantes).

Tablas 41, E4, E5	<p>(3) RESULTADOS DE IMPLANTACIÓN - Resultados globales</p> <p>Fecha: 1 de junio de 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcance: 505 pacientes en 77 farmacias • Índice de aceptabilidad: 0,70 • Índice de retención: 0,83 • Fidelidad.....: 8,33 sobre 10 • Integración.....: 3,65 sobre 5
Tablas 512, 1030, 1510, 1070, 1432	<p>(4) RESULTADOS EN SALUD</p> <p>Nº PS Identificados por paciente: 8,1</p> <p>Nº PS no controlados:1,2 % PSnoC/PS totales 15,8%</p> <p>PRM identificados 1.909</p> <p>PRM resueltos 1.158</p> <p>RNM identificados 1021 N: 218 E: 530 S: 273</p> <p>RNM resueltos 703 N: 145 E: 328 S: 205</p>
Tablas 270	<p>(5) RESULTADOS ECONÓMICOS</p> <p>Nº de medicamentos activos 4.285</p> <p>Visitas a Urgencias *</p> <p>Hospitalizaciones *</p>
	<p>(6) RESULTADOS HUMANÍSTICOS</p> <p>Escala visual 67,2</p>

(*) Se ha estimado que los datos de visitas a urgencias y hospitalizaciones no son fiables en este momento debido a que no se recogieron todos los datos.

Figura 43. Ejemplo del Informe periódico de seguimiento con resultados de implantación y de salud.

Se pueden diseñar tantos informes como se desee. Por ejemplo, a los ejemplos presentados, se podrían añadir otros informes que contuvieran datos sobre:

- Nº de Intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas,
- Nº de IF al médico o al paciente,
- Tipo de IF,
- Resultados de las diferentes IF,
- Etc.

5. Discusión

En este informe se presentan los resultados derivados de la extracción de datos del Programa **conSIGUE Generalización de la Implantación** a fecha 1 de junio 2018, para medir los 12 meses de trabajo de campo, y a 1 de octubre de 2018 para medir la sostenibilidad inicial.

La fase de **conSIGUE-GI** es la tercera fase del Programa **conSIGUE**. El Consejo General impulsó la ejecución del proyecto utilizando un cuaderno electrónico de recogida de datos (eCRD-SFT) sobre el que hubo que trabajar antes de comenzar el estudio y durante el mismo, para poder facilitar la práctica habitual, aunque en diciembre seguían apareciendo algunas incongruencias en los datos que genera el eCRD-SFT que dificultaron y enlentecieron el análisis de los datos. Junto a estos problemas que, entendemos, han tenido una repercusión importante en el cronograma del proyecto hay que recordar, tal como se señala en el informe (apartado 4.1) que al inicio se produjeron una serie de retrasos que aconsejaron aplazar todo el cronograma para plantear la fecha de fin de finalización de esta fase el 31 de diciembre de 2018.

En esta fase, y de acuerdo con la evolución de la terminología en la bibliografía internacional sobre la implantación de servicios, se ha adaptado la terminología del modelo FISPh de manera que las fases que anteriormente denominábamos Implantación inicial e Implantación completa han pasado a denominarse Prueba (*Testing*) e Implantación (*Full operation*)⁽¹⁰⁾. En este sentido se han reajustado las definiciones de algunas de las etapas de implantación para que se ajusten mejor a la realidad práctica (apartado 3.6.1) y a la denominación internacional. Así la etapa de Exploración incluye a los titulares que manifiestan su voluntad de participar en la prestación del Servicio, la de Preparación supone la firma del contrato, la participación en la formación y la recepción de una visita del FoCo durante el primer mes. La etapa de Prueba incluye aquellas farmacias en que un FP ha realizado al menos una intervención a un paciente dado de alta y como Implantación se considera aquella situación en que las farmacias tienen al menos 7 pacientes dados de alta con una intervención.

Una de las situaciones importantes del proceso de implantación es el momento en el que el FoCo “pacta” con cada FP el “número objetivo” de pacientes a los que se compromete a prestar el Servicio. Ese número, por la experiencia alcanzada en **conSIGUE Impacto**⁽¹⁵⁾ está limitado a 7, por lo que el FoCo como mínimo debería conseguir ese

acuerdo o negociar números de pacientes objetivo superiores. Sin embargo, en algunos casos algún FoCo ha acordado cifras inferiores (anexo 10) aunque, en la mayoría de los casos fueron números bastante superiores a 7. Sin embargo, al final, los datos a 1 de junio de 2018 revelan que el número de pacientes por farmacia es de 6,7, algo inferior al pactado.

La evolución de las farmacias a través de las diferentes fases de la implantación, ya citadas, permite analizar de una manera general el progreso de la implantación. Dicha evolución se vuelve a reproducir de manera similar a la anterior fase de **conSIGUE Implantación** aunque se constata que **conSIGUE-GI** el proceso ha transcurrido más lentamente⁽²⁷⁾.



Figura 44. Comparación de la evolución de las farmacias participantes por las etapas de implantación entre la fase de Implantación y de Generalización de la Implantación (Fuente: Tabla E10).

En **conSIGUE Implantación**, ya en el mes 3 se superaban las 100 farmacias en la fase de Prueba (implantación inicial), mientras que también en dicho mes, ya había casi 20 farmacias en implantación completa.

Sin embargo, es preciso recordar que en **conSIGUE Implantación** participaron 11 COF mientras que en esta fase han sido seis. Si comparamos las 103 farmacias que estaban en Prueba (implantación inicial) en el mes tres, al ajustarlas por el número de COF participantes ($103/11*6$) da un número de 56, inferior en dos unidades al valor obtenido en el mes tres de **conSIGUE-GI**.

Si, además, analizamos los datos a mes 12, ajustando los resultados de **conSIGUE Implantación** a 6 COF, se puede observar que el progreso de ambas fases de conSIGUE ha sido muy similar, lo que muestra el éxito del Programa y del modelo de implantación utilizado.

Mes 12	conSIGUE Implantación (11 COF)	conSIGUE Implantación ajustado a 6 COF	conSIGUE Generalización
Preparación	0	0	1
Prueba	48	26	41
Implantación	74	40	35
Pérdidas	13	7	6

Es decir, aunque la fase **conSIGUE-GI** ha progresado un poco más lentamente que la anterior fase de **conSIGUE Implantación**, con menos farmacias que llegan a alcanzar la fase de Implantación total, se puede concluir que el funcionamiento de las farmacias en cuanto a la implantación del Servicio ha sido bastante similar. Por otro lado, se muestra una línea ascendente durante la etapa de Implantación que nos indica que si el proyecto continuara más meses se observaría una implantación del Servicio aún mayor.

A fecha 1 de junio de 2018 (mes 12), seguían participando en **conSIGUE-GI** un total de 6 FoCo, 77 farmacias y 107 farmacéuticos comunitarios (se han producido 6 pérdidas en farmacias y 9 FP). El número de pacientes que seguían activos con, al menos, una intervención del fármaco es de 505. Han conseguido tener 4,7 pacientes por FP y 6,6 por farmacia lo que les sitúa a un 95,7% del objetivo inicial del Grupo Investigador de conseguir 7 pacientes por farmacia. Sin embargo, los FoCo en su negociación individual con cada FP realizada tras la primera intervención realizada, habían pactado un número total de pacientes de 800 (anexo 10). En este sentido el grado de acuerdo con el objetivo pactado entre los FoCo y los FP se sitúa en el 63,1%.

Además, los resultados obtenidos en relación al resto de resultados de implantación siguen siendo similares a los que se obtuvieron en **conSIGUE Implantación**⁽²⁷⁾.

La Fidelidad al protocolo del Servicio fue de 8,3 sobre 10 mientras que la integración del Servicio en la práctica habitual de la farmacia se situaba en un 3,7 sobre cinco. Valores de Fidelidad como los obtenidos en **conSIGUE-GI** para un Servicio tan complejo como el de SFT evidencian que el farmacéutico con la ayuda del FoCo puede realizarlo tal y como estaba diseñado. Además, la Fidelidad fue aumentando a medida que progresaba el Servicio de manera que en los meses 3, 6 y 12 los indicadores de Fidelidad fueron aumentando pasando de 7,7 a 8,3 para finalizar en 8,3 a los 12 meses (*Tabla 10*). La Fidelidad es un indicador clave para que en el futuro podamos garantizar que el Servicio se presta adecuadamente. Cuando se consiga la remuneración del mismo y se pueda comenzar a realizarlo en condiciones de práctica habitual, uno de los indicadores importantes pa-

ra el pagador es que el Servicio se realice tal y como fue protocolizado ya que es un gran paso para que se sigan obteniendo los resultados en salud que en su caso justificaron el pago por el Servicio.

Por otra parte, un valor de Integración de 3,7 sobre 5 se puede valorar como suficiente en un contexto en que se está participando en un proyecto de investigación, prestando un Servicio complejo y sin ningún tipo de remuneración, más bien, generando gastos y más trabajo para el FP. El dominio relacionado con la integración mejor valorado fue el que hace referencia a los recursos disponibles seguido de la rutinización, y la evaluación siendo el trabajo en equipo el peor valorado. En la Integración, como ocurría en la Fidelidad al protocolo el valor ha ido aumentando a medida que se presta el Servicio pasando de 3,4 en el mes seis a 3,7 en el mes 12 (*Tabla 11*). De manera similar, la Integración es un indicador de sostenibilidad lo que permitirá en el futuro, cuando el Servicio se pueda considerar una práctica habitual, que se vaya a mantener en el tiempo.

De la misma manera que ocurrió en las fases anteriores de **conSIGUE**, el número de problemas de salud (PS) no controlados identificados al inicio de esta fase suponía un cuarto del número de PS totales. Eran pacientes con 7,5 PS de los que el 25,8% no estaban controlados (*Tabla 12*). En **conSIGUE Impacto** este porcentaje era del 29,4%⁽¹⁵⁾ mientras que en **conSIGUE Implantación** era del 22,0%⁽²⁷⁾. El porcentaje de PS no controlados a 1 de junio de 2018 era del 15,8%. Aunque las cifras de inicio del Programa no se pueden comparar estrictamente con las del día 1 de junio, ya que a lo largo del proyecto algunos pacientes se pierden mientras que otros se siguen incorporando, éstos sobre los que no se ha intervenido, se puede afirmar que se ha conseguido una disminución de los PS no controlados de, al menos, el 41,1% (*Figura 13*), cifras muy similares (54,1% en **conSIGUE Implantación**) a las obtenidas en la fase anterior de **conSIGUE**⁽²⁷⁾. La reducción del número de PS no controlados es uno de los elementos más potentes que aporta el Servicio de SFT. En una economía en la que se utilizan recursos ingentes destinados a la sanidad y a pesar del uso tan enorme de medicamentos, resulta al menos sorprendente que exista una proporción tan alta de PS no controlados. El que además, la intervención de un profesional de la salud como el farmacéutico comunitario contribuya a disminuir el porcentaje de PS no controlados respecto al total de PS, que no se debe olvidar que en su mayoría son crónicos y por tanto permanentes, creemos que es una de las grandes fortalezas del Servicio.

Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en las fases anteriores en que se habían conseguido unas pequeñas disminuciones en el número de medicamentos (-0,28 en impacto⁽¹⁵⁾ y -0,39 en implantación⁽²⁷⁾), en esta fase y con los datos actuales se ha observado un pequeño aumento de 0,13 en el número de medicamentos utilizados por los pacientes (*Tabla 24*). Sin embargo creemos que el número de medicamentos es uno de los puntos

críticos no bien resueltos definitivamente por la aplicación, por lo que pensamos que deberíamos esperar a profundizar más en la seguridad y exactitud de los datos que proporciona la misma. Ocurre lo mismo con los valores de precio mensual de medicamentos por paciente. Los datos obtenidos son de 137,6€ de media, valores que estamos seguros que no van acordes a la variación en el número de medicamentos aunque hasta el momento no hemos sido capaces de identificar dónde está el error de la aplicación.

Las mismas dudas nos asaltan cuando analizamos la calidad de vida percibida por los pacientes. Por un lado encontramos que los valores basales de la escala EVA (*Tabla 21*) eran muy bajos, por lo que se utilizó como valor basal un subgrupo de paciente que había realizado el EVA a mes 3, utilizando así un valor más acorde a la media en la población. Este subgrupo se aplicó también para los pacientes que realizaron la escala EVA a mes 12, y así observamos un aumento en 3,4 puntos a final del estudio. Sin embargo, también creemos que debe de haber alguna interferencia en la aplicación informática que hasta el momento no hemos identificado.

También se observó gran variabilidad en el tiempo empleado; inicialmente la herramienta no se desconectaba de forma automática mientras el farmacéutico no cortara la sesión por lo que aparecían valores inconsistentes. Se estableció un sistema de control para evitar que el tiempo siguiera contabilizando mientras no hubiera actividad.

Durante la etapa de sostenibilidad (mes 12 a 15), periodo en el que el FoCo no dio apoyo a los FP, se mantuvieron 33 farmacias en implantación, lo que supone un 39,8% de las 83 farmacias iniciales. Por tanto, es necesario el apoyo externo para poder continuar implantando el Servicio y poder mantenerlo durante un mínimo de 18 meses. Si bien, esas 33 farmacias en implantación y 15 en prueba, tuvieron de media 6,7 pacientes por farmacia, muy similar al dato obtenido a mes 12. Una vez que las farmacias llegan a la etapa de implantación, en el mes 15 siguen manteniendo un nivel de actividad; sin embargo, las farmacias que estaban fase de prueba a mes 12 se cayeron en un gran porcentaje a mes 15. La Fidelidad e Integración del Servicio dieron una puntuación también muy similar, lo que resulta lógico, ya que si continuaban en el Servicio lo hacían sin merma de Fidelidad e Integración. En cuanto a los resultados en salud, el porcentaje de problemas de salud no controlados y la resolución de PRM y riesgos de RNM se mantuvieron en valores similares a los obtenidos a mes 12. Sin embargo, para la resolución de RNM sí parece necesario el apoyo del FoCo, ya que disminuyó un 8,2%.

El número de Barreras y Facilitadores que los FoCo han identificado en **conSIGUE-GI** varía en función del número de farmacias y farmacéuticos a los que cada FoCo da apoyo. Al inicio del Programa se estableció que cada FoCo realizara al menos una visita al mes a cada farmacia participante y los resultados muestran que así lo han hecho, habiéndose

obtenido una media de 14,4 visitas por farmacia (*Tabla 25*), cifra algo superior a una visita por farmacia y mes.

Otro punto a destacar es la práctica colaborativa con el médico. En este informe es novedosa la puesta en práctica del cuestionario elaborado durante el Programa de **conSIGUE Implantación**. Esta colaboración se puede medir con una sola pregunta y en el caso de que se quiera profundizar más se puede hacer por etapas. Se ha observado un aumento de un 47% en el grado de colaboración que también ha aumentado al analizarlo por etapas, aunque en las más altas (etapas 2 y 3) el incremento es mayor y, además, de forma significativa (47,5% y 38,8%, respectivamente). Sin embargo, en el análisis por provincias, si se examinan independientemente, se observa mucha variabilidad. Podría ser el FoCo quien midiese como cambia la colaboración a lo largo del tiempo para tratar de evitar esas diferencias entre provincias ya que se trata de un proceso largo y continuo.

Otro objetivo muy importante de esta fase de **conSIGUE**, es la elaboración de informes que permitan la monitorización de la práctica habitual del Servicio por las diferentes organizaciones involucradas desde la propia farmacia a nivel individual, pasando por los COF y las CCAA, hasta el CGCOF. A pesar de las dificultades para obtener datos fiables, la aplicación informática a día de hoy ya genera de manera automática un gran número de tablas que ofrecen información de muchos indicadores que serán muy útiles para el cometido de monitorización y control de la prestación del Servicio a todos los niveles (de información, profesional, clínico, económico, político, etc.). A partir de la información contenida en estas tablas, cuando ésta sea totalmente confiable, se podrán elaborar a tiempo real los informes de seguimiento que se decida. En la figura se muestra un ejemplo de cómo se accede a estas tablas desde la aplicación eCRD-SFT y en el anexo 17 se incluyen el resto de tablas disponibles.

https://consiguesft.nodofarma.es/SFconSIGUE/Consigue/Informes

Dispensación Indicación Farmacéutica Seguimiento Farmacoterapéutico Configurar

Informes del SFT

Desde Hasta Edad mínima Edad máxima Sexo

- E-10 Evolución de farmacias y número de pacientes
- E-6 Resumen cuestionarios "Fidelidad del SFT"
- E-5 Resumen cuestionarios "Integración del SFT"
- E-4 Resumen cuestionarios "Relacion farmacéutico-medico"
- 8 Número de farmacias por Comunidad Autónoma
- 10 Número de farmacias por COF
- 18 Número de farmacéuticos por Comunidad Autónoma
- 20 Número de farmacéuticos por provincia
- 30 Número de farmacéuticos por farmacia
- 38 Número de pacientes por Comunidad Autónoma
- 39 Número de pacientes por Comunidad Autónoma y mes
- 40 Número de pacientes registrados por COF
- 41 Número de pacientes registrados por COF y mes
- 50 Número de pacientes registrados por farmacia
- 51 Número de pacientes registrados por farmacia y mes
- 60 Número de pacientes registrados por farmacéutico
- 61 Número de pacientes registrados por farmacéutico y mes
- 62 Número de pacientes dados de baja por provincia y motivo
- 63 Número de pacientes dados de baja por provincia, motivo y mes
- 64 Número de pacientes dados de baja por farmacia y motivo
- 65 Número de pacientes dados de baja por farmacia motivo y mes
- 66 Número de pacientes dados de baja por farmacéutico y motivo
- 67 Número de pacientes dados de baja por farmacéutico motivo y mes
- 70 Número de pacientes con intervención por COF
- 80 Número de pacientes con intervención por farmacia
- 90 Número de pacientes con intervención por farmacéutico
- 100 Número de pacientes dados de alta por COF y mes
- 110 Número de pacientes dados de alta por farmacia y mes
- 120 Número de pacientes dados de alta por farmacéutico y mes
- 160 Número de pacientes con primera intervención por COF y mes
- 170 Número de pacientes con primera intervención por farmacia y mes
- 180 Número de pacientes con primera intervención por farmacéutico y mes
- 190 Estado de implantación por provincia
- 200 Estados de implantación por provincia y mes
- 210 Número de pacientes por sexo y provincia
- 212 Número de pacientes por sexo, provincia y mes
- 220 Número de pacientes por sexo y farmacia

Por supuesto, será cada organización, fundamentalmente el CGCOF, quien decida en cada momento qué indicadores o qué tipo de información requiere. Por ello, será interesante en la fase última de **conSIGUE-GI**, que se pacten o consensuen los indicadores que en la actualidad se entienden como más relevantes por el CGCOF.

Los informes que se vayan generando, algunos de cuyos ejemplos se muestran en las *Figuras 33 a 40* permitirán conocer, a tiempo real, la situación del Servicio al nivel correspondiente, ya sea nacional (CGCOF), autonómico, provincial o local (nivel farmacia). Estos informes podrán ofrecer a tiempo real información sobre las etapas de implantación de las farmacias, datos demográficos de los participantes (Farmacias, FP, pacientes, etc.) y datos de resultados. Como ya se ha explicado en este informe, hay dos tipos de resulta-

dos: resultados de implantación y resultados en salud. En este momento, a falta de solucionar los indicadores que ya se han ido citando en esta discusión, falta por diseñar todo aquello relacionado con los resultados económicos.

A pesar de los problemas técnicos encontrados, la opinión de casi el 100% de los FP, es que el eCRD les facilita el registro y les ayuda a prestar el Servicio de SFT de forma eficiente. Es por ello, que con las opiniones de los FP y con las reuniones de trabajo del Equipo Investigador, de NNTT y NITRAM, a través de las recomendaciones descritas se espera la integración del mismo en la práctica habitual.

Para finalizar es preciso recordar que todo este trabajo realizado carecerá de utilidad si no se logra la remuneración del Servicio de SFT, como paso previo a su implantación generalizada. Es un hecho demostrado que un Servicio no es sostenible si, entre otros aspectos, no se autofinancia y genera beneficios a quien lo presta. Los datos obtenidos en **conSIGUE-GI** siguen apoyando la idea de que el farmacéutico comunitario con un **Programa de Implantación** que utilice (a) un modelo de implantación, (b) la colaboración in situ de los FoCo y (c) un eCRD electrónico, puede implantar el Servicio en la práctica habitual, obteniendo buenos resultados de implantación y produciendo resultados en salud similares a los que se obtuvieron en **conSIGUE Impacto**⁽⁴⁵⁾.

6. Conclusiones y recomendaciones

Tras el trabajo que se ha realizado durante las diferentes fases del **Proyecto conSIGUE**, se han llegado a diseñar herramientas electrónicas, metodología y procesos que permiten llevar el SFT a la práctica habitual. Estas herramientas electrónicas permiten un seguimiento a tiempo real del Servicio y el análisis del impacto en el paciente así como la monitorización del trabajo del farmacéutico. De estas herramientas se pueden generar informes para el seguimiento en la práctica habitual.

En este Programa se ha conseguido el éxito de un 92% de las farmacias, habiendo llegado a la etapa de implantación completa un 42% de las mismas, teniendo en cuenta que para que el SFT se convierta en un Servicio sostenible debería haber un sistema de remuneración para el farmacéutico comunitario.

Se ha llegado a integrar el Servicio con una puntuación de 3,7 sobre 5 y una Fidelidad de 8,3 sobre 10 a la vez que la colaboración con el médico ha mejorado en un 47%.

Con respecto a los resultados clínicos, vemos que las tendencias medidas en **conSIGUE Impacto e Implantación** se mantienen en **conSIGUE-GI**. El porcentaje de problemas de salud no controlados han disminuido en un 39,1%, se ha resuelto un 60,7% de los PRM y un 68,9% de RNM y se han realizado 1.798 intervenciones en 551 pacientes, de las que se resolvieron un 64,1%.

Se ha formado la RedFoCo y se ha comprobado el papel imprescindible del FoCo para la implantación del Servicio, con su apoyo de al menos una vez al mes a la farmacia.

El producto de todo el trabajo ha sido:

1. eCRD para el FoCo
2. eCRD-SFT para los farmacéuticos prestadores del SFT
3. Programas y contenidos para los talleres y programas y contenidos para la formación de titulares, farmacéuticos proveedores y FoCo
4. Métodos e informes para monitorizar en real time la práctica habitual del farmacéutico en SFT

Como consecuencia de los resultados obtenidos y tras las conclusiones derivadas de este trabajo, se han planteado una serie de recomendaciones pensando en temas que

puedan ser importantes para el futuro de la profesión, programas nacionales de formación para FoCo y farmacéuticos prestadores y la práctica habitual. Las herramientas informáticas diseñadas y probadas (eCRD-FoCo y eCRD-SFT) están prácticamente preparadas para su utilización en la práctica habitual de las farmacias (recomendaciones técnicas, anexo 15).

A. Futuro de la profesión

- Se han generado datos suficientes que permiten considerar la remuneración del Servicio, requisito necesario si se pretende una generalización del mismo con la consiguiente sostenibilidad.
- Sólo cuando la prestación del Servicio sea rentable para la Farmacia, podrá institucionalizarse y rutinizarse y, por tanto, podrá comenzar a analizarse su sostenibilidad⁽¹³⁾.
- La herramienta electrónica que se ha desarrollado permitirá el seguimiento de la evolución de la prestación del Servicio, la obtención de datos de distinto significado y la negociación correspondiente.
- La farmacia prestadora debe tener datos de alta los ficheros correspondientes al Servicio de SFT de acuerdo con la Ley de Protección de Datos.
- Los datos que se obtengan durante la práctica del Servicio quedarán en poder de la Farmacia por lo que cualquier transmisión de los mismos a entidades superiores (COF, CGCOF u otras) se hará de manera desagregada y, por tanto, anonimizada a diferentes niveles.
- El eCRD-SFT desarrollado permitirá monitorizar a tiempo real la provisión de SFT. El CGCOF, los COF y las farmacias deberán decidir un número mínimo de informes que se podrían utilizar a diferentes niveles para reflejar el valor del farmacéutico comunitario.
- El eCRD-SFT da la oportunidad para la remisión de los datos obtenidos al COF correspondiente siendo estas instituciones las que, después, derivarán los datos a instancias superiores como los Consejos Autonómicos y al CGCOF. En esta institución se agregarán todos los datos generados a nivel nacional lo que generará una base de datos muy potente sobre la actividad de los profesionales y los beneficios que el Servicio genera en la práctica.
- Se deberían desarrollar con más detalle los informes que se vayan prediseñando para que su producción sea automática tanto a nivel de Farmacia, de los Colegios, como del CGCOF.
- El CGCOF y los COF deberían identificar la persona responsable con competencias informáticas y estadísticas para esta tarea y dar recurso para ello.
- El papel del FoCo se debería promover activamente por el CGCOF a los COF.

- El CGCOF debería incorporar el eCRD (una versión mejorada) en la plataforma Nodofarma Asistencial de cara a futuro.

B. Programas nacionales

- El CGCOF con el apoyo de los COF deberá realizar un Programa de Formación nacional. Este Programa deberá considerar formación para farmacéuticos titulares, prestadores y FoCo. Se debería considerar ofrecer este Programa en conjunto con Universidades locales.
- Este Programa nacional se debería promover como parte de la farmacia práctica para estudiantes de Grado y postgrado de Farmacia.
- El objetivo de estos Programas sería convertir el SFT en la práctica habitual en la Farmacia Comunitaria.
- El Programa debería incluir los contenidos y formato detallado en los anexos 14 y 15, añadiendo talleres de mantenimiento para poder estar actualizados.
- El Programa debería considerar cambios para que los talleres sean más satisfactorios, menos densos, incluir más casos prácticos, ejercicios, búsqueda bibliográfica y clínica, y eliminar la formación relacionada con comunicación y marketing.
- Con este objetivo en mente, el CGCOF y los COF deberían en su sistema de Nodofarma Asistencial las adaptaciones necesarias para que este Programa pueda ser una realidad y pueda gestionar y administrar este Servicio como práctica habitual de los farmacéuticos comunitarios.
- Para mejorar el Programa de formación se debería considerar una serie de mejoras como: refuerzo del concepto técnico del valor de EVA

C. Práctica habitual

- La práctica habitual debería incorporar el uso del eCRD-SFT.
- Todos los datos que se recogen como parte del Servicio se deberían introducir en el eCRD-SFT según el procedimiento. Esta herramienta electrónica permite al profesional tener acceso de manera ordenada a toda la información incluida en el eCRD-SFT y así poder seguir cada paciente o al conjunto de pacientes a los que se presta el Servicio, de manera fácil.
- Se debería considerar que para la práctica habitual no es necesaria la firma de un consentimiento informado por parte de los pacientes dado que la actual legislación incluye al servicio de SFT como uno de los SPFA que debe realizar la Farmacia Comunitaria⁽²⁸⁾. Sin embargo, si el titular lo desea se puede solicitar la firma de dicho documento.

7. Bibliografía

1. Foro de AF FC. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales: definición y clasificación. *Panorama Actual del Medicamento* 2016; 40 (395): 709-711
2. Wiedenmayer K, Summers RS, Macjje CA, Gous AGS, Everard M, Tomp D. *Developing a Pharmacy practice. A focus on patient care.* The Hague: Ed. WHO and FIP, 2006
3. Sáez-Benito L, Fernandez-Llimos F, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez- Martínez F, Benrimoj S.I. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing* 2013; 42: 442- 449.
4. Grupo de Expertos. *Consenso sobre atención farmacéutica.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001
5. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio. Japón, 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm* 1995; 36:285-292
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Declaración de Córdoba. <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/Paginas/Declaracion-de-Cordoba.aspx> (Consultado, diciembre 2018)
7. Blenkinsopp A, Wilkie P, Wang M, Routledge PA. Patient reporting of suspected adverse drug reactions: a review of published literature and international experience. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63(2):148-156.
8. Ellis P, Robinson P, Ciliska D, Armour T, Brouwers M, O'Brien MA et al. A systematic review of studies evaluating diffusion and dissemination of selected cancer control interventions. *Health Psychol* 2005; 24(5):488-500
9. Westfall JM, Mold J, Fagnan L. Practice-based research--"Blue Highways" on the NIH roadmap. *JAMA* 2007; 297(4):403-406
10. Garcia-Cardenas V, Perez-Escamilla B, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. The complexity of implementation factors in professional pharmacy services. *Res Social Adm Pharm.* 2018 May; 14(5):498-500
11. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Measuring organizational flexibility in community pharmacy: Building the capacity to implement cognitive pharmaceutical services. *Res Social Adm Pharm* 2011; 7(1):27-38.

12. Gastelurrutia MA, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. [Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies]. *Aten Primaria* 2007; 39(9):465-470.
13. Crespo-González C, García-Cárdenas V, Benrimoj SI. The next phase in professional services Research: From implementation to sustainability. *Res Soc Admin Pharm* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.020>
14. 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.
15. Martínez-Martínez F, Farragher T, Faus MJ, García-Cárdenas V, Gastelurrutia MA, Jódar F, Martín JJ, Noain MA, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Varas R, Benrimoj SI. Informe 2011-2014 conSIGUE: Impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados en la Farmacia Comunitaria española. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. ISBN: 978-84-87276-83-5 [Consultado 17 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/conSIGUE/Documents/Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>
16. Malet-Larrea A, García-Cárdenas V, Sáez-Benito L, Benrimoj SI, Calvo B, Goyenechea E. Cost-effectiveness of professional pharmacy services in community pharmacy: a systematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2016 Dec;16(6):747-758. Epub 2016 Nov 21.
17. Jodar-Sanchez F, Malet-Larrea A, Martin JJ, Garcia-Mochon L, Lopez Del Amo MP, Martinez-Martinez 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
18. Malet-Larrea A, Goyenechea E, Gastelurrutia MA, Calvo B, Garcia-Cardenas V, Cabaes JM et al. Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients. *Eur J Health Econ* 2016 Dec 02
19. Malet-Larrea A, Goyenechea E, García-Cárdenas V, Calvo B, Arteche JM, Aranegui P, Zubeldia JJ, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. The impact of a medication review with follow-up service on hospital admissions in aged polypharmacy patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2016 Sep; 82(3):831-8. doi: 10.1111/bcp.13012. Epub 2016 Jun 9.
20. Ocampo CC, Garcia-Cardenas V, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish com-

- munity pharmacy and its achieved outcomes. *Int J Clin Pharm*. 2015 Oct; 37(5):931-40. doi: 10.1007/s11096-015-0145-9. Epub 2015 Jun 4
21. Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: Short-Term Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:149– 59
 22. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: Long-Term Clinical and Economic Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:173–84
 23. Chrischilles EA, Carter BL, Lund BC, Rubenstein LM, Chen-Hardee SS, Voelker MD, Park TR, Kuehl AK. Evaluation of the Iowa Medicaid Pharmaceutical Case Management Program. *J Am Pharm Assoc* 2004;44:337–349
 24. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Benrimoj SI. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. *Res Social Adm Pharm*. 2016 May/ Jun;12(3):515-22. Doi: 10.1016/j.sapharm.2015.08.003. Epub 2015 Aug 15
 25. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic Review and Meta-Analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med* 2012;10:63-74 doi:10.1370/afm.1312
 26. 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
 27. Martínez-Martínez F, Faus MJ, Fikri-Benbrahim N, García-Cárdenas V, Gastelurrutia MA, Malet-Larrea A, Moullin J, Pérez-Escamilla B, Sabater- Hernández D, Sáez-Benito L, Sánchez AI, Varas R, Benrimoj SI. Informe 2014- 2016 conSIGUE: Programa para la implantación y futura sostenibilidad del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la Farmacia Comunitaria española. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2016. ISBN: 978-84-87276-99-6. [Consultado 17 Julio 2017]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/conSIGUE/Documents/2017-Informe-Resultados-conSIGUE-Implantacion.pdf>
 28. Goienetxea Soto E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2017 Dec 30; 9(4):14-17 DOI: 10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).004.03
 29. Farris KB, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. *Ann Pharmacother* 2005; 39(9):1539-1541

30. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
31. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *Ann Pharmacother.* 2008 Jun;42(6):861-8. doi: 10.1345/aph.1K617. Epub 2008 May 13
32. Snella KA, Trewyn RR, Hansen LB, Bradberry JC. Pharmacist compensation for cognitive services: focus on the physician office and community pharmacy. *Pharmacotherapy* 2004; 24(3):372-388
33. Gil MI, Benrimoj SI, Martinez-Martinez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. [Priorization of facilitators for the implementation of medication review with follow-up service in Spanish community pharmacies through exploratory factor analysis]. *Aten Primaria* 2013; 45(7):368-375
34. Wilson PM, Sales A, Wensing M, Aarons GA, Flottorp S, Glidewell L, et al. Enhancing the reporting of implementation research. *Implement Sci* (2017)12:13 doi. org/10.1186/s13012-017-0546-3
35. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation Science. *Implement Sci* (2006) 1:1 doi:10.1186/1748-5908-1-1
36. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 2013;347:f6753 doi: 10.1136/bmj.f6753
37. 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
38. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Madrid. Ed. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. 2010
39. Sabater D, Silva MM, Faus MJ. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. 3ª Edición. ISBN 978-84-608-0604-2. <https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>
40. CGCOF. Resultados de la primera fase del Programa conSIGUE: “Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados”. Diciembre 2010, Ed Ergon. ISBN: 978-84-8473-931-9. Disponible [Consultado 17 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/Documents/consigue.pdf>
41. Noain A, Garcia-Cardenas V, Gastelurrutia MA, Malet-Larrea A, Martinez- Martinez F, Sabater-Hernandez D, Benrimoj SI. Cost analysis for the implementation of a medi-

- cation review with follow-up service in Spain. *Int J Clin Pharm.* 2017 Aug; 39(4):750-758. doi: 10.1007/s11096-017-0454-2. Epub 2017 Apr 22
42. Baena MI, Fajardo PC, Pintor-Marmol A, Faus MJ, Marin R, Zarzuelo A et al. Negative clinical outcomes of medication resulting in emergency department visits. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70(1):79-87.
43. Santamaria-Pablos A, Redondo-Figuero C, Baena MI, Faus MJ, Tejido R, Acha O et al. [Negative results related to drugs required in hospitalisation]. *Farm Hosp* 2009; 33(1):12-25.
44. Fernandez-Llimos F, Tuneu L, Baena MI, Garcia-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
45. 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-S59
46. Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *J Interprof Care.* 2011;25(5):366-72.
47. 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.
48. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia.
49. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
50. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

8. Anexos

| Anexo 1. Cartel conSIGUE |

Impulsado por:



Universidad de Granada



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS



Tu farmacéutico te ofrece **atención personalizada**.



¿Te ayudamos con tu medicación?

Si tienes más de 64 años y utilizas más de 4 medicamentos, nos sentamos contigo

Con la colaboración de



Con la participación de



| Anexo 2. Carta modelo intervención con médico |

LDO. XXXX
COL. NUM.



CORREO ELECTRÓNICO
XXXXXX@XXXX.XX



TELÉFONO XXXXXXX
DIRECCIÓN, CIUDAD Y
CÓDIGO POSTAL

ATT. MAP CENTRO DE SALUD XXX (PROVINCIA)

Estimado/a Nombre del destinatario:

Me dirijo a Ud. en relación al paciente XXXX que actualmente es usuario del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mi farmacia, dentro del programa conSIGUE, impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y la Universidad de Granada, entre otros. Como Ud. es conocedor, el paciente en la e- receta o refiere estar tomando la siguiente medicación:

-mto 1

-mto 2

-mto 3

-mto 4

-mto 5

Acude a la farmacia describiendo xxxxx. Estudiada la medicación, he observado xxxxx por lo que ruego su valoración.

Adjunto la bibliografía procedente (si procede).

Quedo a su disposición.

Atentamente,

Ldo. XXXX Col.Num.

| Anexo 3. Dictamen de CEI-Granada |

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
 Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación
 Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a. Juan Morales Arcas como secretario/a del CEI de Granada

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta de (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: conSIGUE Generalización de la implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (conSIGUE - Generalización de la implantación)
Protocolo, Versión: CGF-PCM-2016 V1
HIP, Versión: V1
CI, Versión: V1

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

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

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en GRANADA a 23/12/2016

D/D^a. Juan Morales Arcas, como Secretario/a del CEI de Granada



Código Seguro De Verificación:	a223b90bad53da9e9f743e9b5ab09543adbcd9e0	Fecha	23/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Juan Morales Arcas		
Uri De Verificación	https://www.juntadandalucia.es/salud/portaldnetica/xhtml/ayuda/verifica?FirmaDocumento.iface/code/a223b90bad53da9e9f743e9b5ab09543adbcd9e0	Página	1/2



CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 22/12/2016 y recogida en acta 11/2016 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: conSIGUE Generalización de la implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico , (conSIGUE - Generalización de la implantación)
 Protocolo, Versión: CGF-PCM-2016 V1
 HIP, Versión: V1
 CI, Versión: V1

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a

D/D^a. Fidel Fernández Quesada

Vicepresidente/a

D/D^a. Francisco Manuel Luque Martínez

Secretario/a

D/D^a. Juan Morales Arcas

Vocales

D/D^a. JUAN ROMERO COTELO

D/D^a. Joaquina Martínez Galán

D/D^a. Jesús Martínez Tapias

D/D^a. Juan Ramón Delgado Pérez

D/D^a. Berta Gorlat Sánchez

D/D^a. José Darío Sánchez López

D/D^a. José Cabeza Barrera

D/D^a. Enrique Lopez Cordoba

D/D^a. MARIA ESPERANZA DEL POZO GAVILAN

D/D^a. MAXIMILIANO OCETE ESPINOLA

D/D^a. AURORA BUENO CAVANILLAS

D/D^a. Paloma Muñoz de Rueda

D/D^a. Manuel Gálvez Ibáñez

D/D^a. Esther Espinola García

D/D^a. Juan de Dios Luna del Castillo

D/D^a. Pilar Gujosa Campos

D/D^a. MIGUEL LÓPEZ GUADALUPE

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en GRANADA a 23/12/2016



Código Seguro De Verificación:	a223b90bad53da9e9E743e9b5ab09543adbed9e0	Fecha	23/12/2016
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Juan Morales Arcas		
Url De Verificación	https://www.juntadeandalucia.es/salud/portaldetetica/xhtml/ayuda/verificafirmaDocumento.iFace/code/a223b90bad53da9e9E743e9b5ab09543adbed9e0	Página	2/2



| Anexo 4. Dictamen CEI-UGR |



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, visto el informe preceptivo emitido por la Presidenta del Comité en Investigación Humana, tras la valoración colegiada del Comité en sesión plenaria, en el que se hace constar que la investigación propuesta respeta los principios establecidos en la legislación internacional y nacional en el ámbito de la biomedicina, la biotecnología y la bioética, así como los derechos derivados de la protección de datos de carácter personal, Emite un Informe Favorable en relación a la investigación titulada: 'PROGRAMA CONSIGUE. GENERALIZACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO' que dirige D./Dña. FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ, con NIF 25.914.146-T, quedando registrada con el nº: 357/CEIH/2017.

Granada, a 20 de Junio de 2017.

EL PRESIDENTE
Fdo: Enrique Herrera Viedma



EL SECRETARIO
Fdo: Fernando Cornet Sánchez del Águila

| Anexo 5. Dictamen AEMPS |



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

DESTINATARIO:

**D^a MARÍA VICTORIA GARCÍA CÁRDENAS
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
ATENCIÓN FARMACÉUTICA
UNIDAD DE POSGRADO
CAMPUS DE CARTUJA, S/N
FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD DE GRANADA
18071 - GRANADA**

Fecha: 14 de marzo de 2017

REFERENCIA: ESTUDIO CGF-PMC-2017**ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO**

Adjunto se remite resolución de clasificación sobre el estudio titulado "Programa conSIGUE: Generalización de la Implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico", con código CGF-TRA-2017-01

 CORREO ELECTRÓNICO
farmacoepi@aemps.es



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD
REGISTRO AUXILIAR
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANITARIOS
SALIDA
N. de Registro: 4540 / RG 8251
Fecha: 17/03/2017 10:06:16

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8
28022 MADRID



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

ASUNTO: RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

DESTINATARIO: D^a MARÍA VICTORIA GARCÍA CÁRDENAS

Vista la solicitud formulada con fecha **25 de enero de 2017**, por D^a **MARÍA VICTORIA GARCÍA CÁRDENAS**, para la clasificación del estudio titulado “**Programa conSIGUE: Generalización de la Implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico**”, con código **CGF-TRA-2017-01**, y cuyo promotor es **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos**, se emite resolución a tenor de los siguientes antecedentes.

Con fecha **9 de febrero de 2017**, se emite propuesta de resolución, otorgando un plazo de quince días al solicitante para presentar alegaciones. Transcurrido este plazo, no se han recibido alegaciones.

Por todo ello, el Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, ⁽¹⁾ **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como “**Estudio Posautorización de seguimiento prospectivo** (abreviado como EPA-SP).

El promotor del estudio deberá remitir solicitud de autorización del mismo ⁽²⁾ a todas aquellas Comunidades Autónomas en las que se pretenda llevar a cabo, incluyendo la siguiente documentación (una copia en papel y otra en formato electrónico) y enviando una copia de la misma (papel y formato electrónico) a la AEMPS en el momento de la primera solicitud de autorización:

- Carta de presentación dirigida a los responsables de esta materia en la Comunidad Autónoma⁽³⁾ en la que se solicite la autorización del estudio e indique la dirección y contacto del solicitante y la relación de documentos que se incluyen⁽⁴⁾.
- Resolución de la AEMPS sobre la clasificación del estudio
- Protocolo completo, incluidos los anexos, y donde conste el número de pacientes que se pretenden incluir en España, desglosado por Comunidad Autónoma.
- Dictamen favorable del estudio por un CEIC acreditado en España.
- Listado de Centros Sanitarios donde se pretende realizar el estudio, desglosado por Comunidad Autónoma
- Listado de investigadores participantes en la Comunidad Autónoma.
- Si el estudio se pretende realizar en otros países, situación del mismo en éstos
- Documento acreditativo de haber satisfecho las tasas correspondientes, en aquellas CC.AA. donde se exijan.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8
28022 MADRID



am agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios

DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

El plazo máximo establecido para emitir resolución por parte de cada CC.AA. será de 90 días naturales. Si transcurrido el mismo la CC.AA. no se hubiese pronunciado, se entenderá autorizado el estudio en esa CC.AA.

Contra la presente resolución que pone fin a la vía administrativa podrá interponerse Recurso Potestativo de Reposición, ante la Directora de la Agencia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación de la presente resolución. ⁽⁵⁾

Madrid, a 14 de marzo de 2017

EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE
MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

César Hernández García  agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios
Departamento de Medicamentos de Uso Humano
Dirección de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia

¹ Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas; la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

² De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre.

³ Directorio disponible en la página web de la AEMPS (<http://www.aemps.es/actividad/invClinica/estudiosPostautorizacion.htm>)

⁴ En el caso de que el promotor no sea quien presente la documentación, se deberá incluir en la misma un documento que indique las responsabilidades delegadas por el promotor a la persona o empresa que actúa en su nombre.

⁵ De conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, o Recurso Contencioso-Administrativo ante el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo de Madrid, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente resolución, de conformidad con la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que se estime oportuno. En caso de interponerse recurso de reposición no podrá interponerse recurso contencioso-administrativo hasta la resolución expresa o presunta del primero.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO B
28022 MADRID



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

DESTINATARIO:

D^a MARÍA VICTORIA GARCÍA CÁRDENAS
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
ATENCIÓN FARMACÉUTICA
UNIDAD DE POSGRADO
CAMPUS DE CARTUJA, S/N
FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD DE GRANADA
18071 - GRANADA

Fecha: 17 de octubre de 2017

REFERENCIA: ESTUDIO CGF-PMC-2017

ASUNTO: CORRECCIÓN DE CLASIFICACIÓN. NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

Adjunto se remite resolución de clasificación sobre el estudio titulado "Programa conSIGUE: Generalización de la Implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico"

CORREO ELECTRÓNICO
farmsacopl@saemps.es



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD
REGISTRO AUXILIAR
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANITARIOS
SALIDA
N. de Registro: 14867 / RG 34150
Fecha: 23/10/2017 11:59:43

C/ CAMPEZO, 1 - EDIFICIO 8
28022 MADRID



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

ASUNTO: RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

DESTINATARIO: D^a MARÍA VICTORIA GARCÍA CÁRDENAS

Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha **25 de enero de 2017**, por D^a **MARÍA VICTORIA GARCÍA CÁRDENAS**, para la clasificación del estudio titulado **"Programa conSIGUE: Generalización de la Implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico"**, y cuyo promotor es **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos**, se emite resolución.

El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, ⁽¹⁾ **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como **"Estudio Observacional No Posautorización"** (abreviado como No-EPA).

Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA)⁽²⁾, pero sí es necesario presentarlo a un CEIC acreditado en nuestro país y obtener su dictamen favorable.

El promotor tendrá que informar a los responsables de las entidades proveedoras de servicios sanitarios donde se lleve a cabo el estudio y les entregará copia del protocolo y de los documentos que acrediten la aprobación por parte del CEIC y, en su caso, la clasificación de la AEMPS. Asimismo estos documentos se entregarán a los órganos competentes de las CC.AA., cuando sea requerido. La gestión y formalización del contrato estará sujeta a los requisitos específicos de cada Comunidad Autónoma.

CORREO ELECTRÓNICO

formocorp@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 - EDIFICIO B
28022 MADRID

| Anexo 6. Autorización de las Comunidades Autónomas |

Siguiendo instrucciones de la AEMPS se solicitó la autorización para la ejecución del estudio en cada Consejería de Sanidad correspondiente a cada una de las Comunidades Autónomas a las que pertenecen los 6 COF implicados.

Se compiló en cada caso, la documentación e informes previos pertinentes, siendo singulares en cada caso.

En la *Tabla 6*, se muestra la cuantía correspondiente al pago de tasas de cada Comunidad Autónoma, la situación en la que se encuentran en cuanto al pago y a su envío, a fecha 15 de julio de 2017:

Tabla 6. Presupuesto estimado para el pago de las tasas correspondientes a la autorización de las CCAA			
CCAA	Tasa (€)	Situación	Envíos
Aragón	433,93	enviado	06/07/17
Cantabria*	403,88	enviado	10/07/17
Castilla-La Mancha	532,42	enviado	24/07/17
Castilla y León	422,40	enviado	06/07/17
Extremadura	0	enviado	10/07/17
Murcia	566,61	enviado	24/07/17
Total	2.359,24		

* solicitada la excepción de tasas

| Anexo 7. Cuestionario conSIGUE: Uso de la plataforma para el servicio de SFT en Nodofarma |

*1. ¿Qué nivel de satisfacción tiene sobre la plataforma (CRD)?

- a. Completamente insatisfecho
- b. Bastante insatisfecho
- c. Indiferente
- d. Bastante satisfecho
- e. Completamente satisfecho

*2. ¿Con qué frecuencia ha hecho uso de la plataforma?

- a. Una vez al día
- b. Una vez por semana
- c. Hasta 3 veces por semana
- d. Una vez al mes
- e. Hasta 3 veces al mes
- f. Únicamente en la semana/días previos a la visita del FoCo

*3. ¿Cuál es el principal beneficio que encuentra en el uso de la plataforma? Seleccione 3 en orden de mayor importancia, siendo 1 el más importante y 3 el menos importante:

- a. Facilidad para estudiar la farmacoterapia del paciente
- b. Facilidad para seguir la metodología del servicio de SFT
- c. Organización del Servicio de SFT
- d. Material disponible
- e. Facilidad para elaborar los ES
- f. Otros motivos: (Indica cuáles) _____

*4. ¿Cree usted que las herramientas virtuales facilitan el registro y ayudan a llevar a cabo de forma eficiente los servicios profesionales farmacéuticos?

- SÍ NO

***5. Clasifique de mayor a menor importancia las dificultades encontradas en el uso de la plataforma, siendo 4 la mayor dificultad y 1 menor dificultad:**

Complicada para utilizar 1 2 3 4

Fallos técnicos 1 2 3 4

Lentitud en la conectividad 1 2 3 4

Falta de capacitación para su uso Otros (Indica cuáles):

***6. Clasifique según su criterio el grado en que la plataforma como herramienta le facilita la prestación del Servicio de SFT?**

- a. Excelente
- b. Buena
- c. Regular
- d. Mala
- e. Innecesaria

***7. Anote sus sugerencias o los cambios que considere que serían útiles para mejorar el uso de la plataforma en relación a la prestación del Servicio de SFT fuera del marco de la investigación y centrado en su práctica habitual.**

Sus sugerencias ayudarán a la mejora constante de la herramienta para facilitar la aplicación de Servicios Profesionales Asistenciales en la actividad diaria de la Farmacia Comunitaria.

Gracias por su colaboración y participación en este último año en conSIGUE generalización de la implantación del Servicio de SFT.

| Anexo 8. Programa taller con FoCo |



Viernes 13 de abril 2018

9:30-9:45 horas - Bienvenida: Situación general de cada COF

Equipo CGCOF-UGR SFT

9:45-10:15 horas - Resultados parciales conSIGUE

Equipo CGCOF-UGR SFT

10:15-11:30 horas - Exposición y discusión de casos con dificultades por parte de cada

FoCo I

Cáceres, Cantabria, León, Murcia, Toledo y Zaragoza

11:30-12:00 horas - Café

12:00-14:00 horas - Exposición y discusión de casos con dificultades por parte de cada

FoCo II

Cáceres, Cantabria, León, Murcia, Toledo y Zaragoza

14:00- 14:45 horas - Almuerzo de trabajo – entrevista.

Departamento de Comunicación

14:45-17:00 horas - Exposición de los casos de calidad por parte de cada FoCo III

Cáceres, Cantabria, León, Murcia, Toledo y Zaragoza

17:00-17:30 horas - Registros del CRD SFT; otros PRM

Equipo CGCOF-UGR SFT

17:30-18:00 horas - Sigüientes pasos

Equipo CGCOF-UGR SFT

18:00 horas - Fin de taller

| Anexo 9. Descripción del puesto de trabajo de Formador Colegial |

Descripción general:

El FoCo debe ser un farmacéutico contratado por el Colegio de Farmacéuticos (COF) provincial con dedicación suficiente para

Descripción general:

- Farmacéutico contratado por el COF provincial cuya labor es facilitar el cambio de práctica profesional al farmacéutico prestador del Servicio, trabajando in situ en la Farmacia Comunitaria.
- Por la experiencia previa se recomienda una jornada laboral completa. Esta recomendación se basa en los datos obtenidos en el Programa **conSIGUE implantación**. Así, para una media de 11 farmacias por FoCo, se utilizaron 31,0 horas/semana (DE=5,2). La recomendación es que cada FoCo pueda llevar unas 15 Farmacias lo que requiere una media de 42,2 horas/semana, valor que es prácticamente una jornada completa. Además, es preciso tener en cuenta la influencia de las habilidades personales del FoCo que pueden modificar estas variables en ambos sentidos.
- Dedicación suficiente para conSIGUE generalización, con jornada flexible y adaptable a las posibilidades horarias de las farmacias/farmacéuticos implicados. El 89% del tiempo lo utiliza para el trabajo efectivo y el 11% para los desplazamientos, por lo que según la experiencia anterior, se recomienda dedicación exclusiva.
- Se debe valorar la experiencia profesional en la Farmacia Comunitaria de su provincia porque se requiere conocimiento de la situación actual de la misma.
- Debe ser un apoyo externo a la farmacia que facilite el cambio de práctica de los profesionales implicados de la farmacia, nunca será alguien que preste Servicios a los pacientes.

Tareas específicas:

- Visitar las farmacias y trabajar con cada farmacéutico implicado en el Servicio, en la misma farmacia.
- Realizar un cronograma de visitas a las farmacias durante el desarrollo del Programa. Cada farmacia participante recibirá al menos una visita al mes por parte del FoCo.
- Prestar apoyo a las farmacias. Resolver dudas, mantener la formación actualizada, motivar al farmacéutico a lo largo del proyecto, solucionar los problemas que pueda tener el farmacéutico con el paciente, procurar y facilitar la relación con el médico/ centro de salud/otros agentes sanitarios implicados, resolver casos clínicos en sesiones de formación, preparar sesiones mensuales para resolver dudas

del protocolo y de los registros, ayudar a resolver las situaciones expuestas por el paciente al farmacéutico, etc. En todo momento el FoCo facilitará cualquier tipo de apoyo que necesiten los farmacéuticos incluidos en conSIGUE-GI.

- 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).
- Desarrollar, definir y proponer estrategias de intervención basadas en el análisis de situación. (El FoCo realizará un plan de implantación individualizado para cada Farmacia Comunitaria con el objetivo de abordar cada una de las barreras que dificultan la implantación de servicios y utilizar los facilitadores identificados como potenciadores del proceso de implantación).
- Ayudar a aplicar las estrategias e intervenciones necesarias, incluyendo visitas a centros de salud, Consejerías, etc.
- Posibilitar la realización en el COF de sesiones conjuntas con todos los farmacéuticos prestadores del Servicio de SFT para resolver casos clínicos, reforzar las búsquedas bibliográficas, metodología... y demás cuestiones de interés de los farmacéuticos relacionadas con conSIGUE Generalización.
- Registrar su trabajo en el Cuaderno de Recogida de Datos electrónico (eCRD- FoCo), indicando la evolución de cada uno de los farmacéuticos participantes e identificando las barreras y facilitadores así como desarrollando estrategias de intervención y resultados obtenidos.

Tareas del FoCo relacionadas con la investigación:

- Control de los registros de farmacias y feedback con el Grupo Investigador formado por el equipo de investigación de la Universidad de Granada y técnicos del Consejo General. Monitorización de la evolución.
- Presentar o participar en la presentación del Programa a los médicos del área correspondiente a los farmacéuticos implicados.
- Organizar las jornadas de formación de los farmacéuticos participantes en el COF local (aula, horario, etc.).
- Proporcionar a todos los farmacéuticos participantes un sistema de comunicación adecuado (FoCo-farmacéutico), mediante correo electrónico y teléfono de contacto.
- Registrar frecuencia de la interrelación FoCo-Farmacéutico.
- Comprobar que el farmacéutico completa correctamente todos los registros que se le requieran.
- Actuar como nexo de unión entre los farmacéuticos participantes y el Grupo Gestor del conSIGUE Generalización, trasladando dudas, sugerencias, aportaciones... mediante llamada telefónica, videoconferencia o correo electrónico.

- Reuniones periódicas con el Grupo Investigador (cada 3 semanas aprox.), mediante videoconferencia, para obtener formación continua y proporcionar un feedback sobre la evolución y estado de las farmacias participantes.
- Recoger datos de la tasa y nivel de provisión del Servicio en cada farmacia.
- Otras relacionadas con el desarrollo de la investigación como recabar información de los pacientes que hayan referido al farmacéutico haber ido a urgencias o ser hospitalizados, para posteriormente, solicitar a la autoridad competente a nivel autonómico y/o local el GRD correspondiente.

Dedicación:

- Asistencia a los 4 días de clases de formación en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Asistencia a la formación de farmacéuticos titulares (1 día).
- Asistencia a la formación de farmacéuticos prestadores del Servicio de SFT (4 días)
- Reuniones periódicas (cada 3 semanas aprox.) mediante videoconferencia con el Grupo Investigador formado por la Universidad de Granada y el Consejo General.
- Registrar su trabajo en el eCRD, indicando la evolución de cada uno de los farmacéuticos participantes e identificando las barreras y facilitadores así como desarrollando estrategias de intervención y resultados obtenidos.

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 Generalización.

Aptitudes recomendadas:

- Experiencia laboral en Farmacia Comunitaria de la provincia.
- Habilidades en comunicación oral y escrita.
- Conocimientos de Servicios Profesionales Farmacéuticos.
- Habilidades de trabajo en equipo.

| Anexo 10. Pacientes objetivo por COF y pacientes incluidos |

CÁCERES			
Nº farmacia	Nº FP	Pacientes objetivo	Nº pacientes incluidos
1	1	11	
2	1	7	
3	1	7	
4	1	8	
5	1	6	
6	1	5	
7	1	6	
8	1	6	
9	1	8	
10	2	8	
11	3	8	
11*7=77	14	80	27

CANTABRIA			
Nº farmacia	Nº FP	Pacientes objetivo	Nº pacientes incluidos
1	1	7	
2	1	10	
3	2	30	
4	1	10	
5	1	8	
6	2	10	
7	2	8	
8	1	10	
9	1	10	
10	1	7	
11	0	0	
12	1	10	
13	1	10	
13*7=91	16	130	62

LEÓN			
Nº farmacia	Nº FP	Pacientes objetivo	Nº pacientes incluidos
1	3	10	
2	1	7	
3	1	5	
4	1	7	
5	1	5	
6	2	4	
7	1	6	
8	2	6	
9	1	7	
10	1	6	
11	2	6	
12	1	6	
13	1	7	
14	2	7	
15	1	6	
16	1	7	
17	1	15	
18	2	6	
18*7=126	25	123	53

MURCIA			
Nº farmacia	Nº FP	Pacientes objetivo	Nº pacientes incluidos
1	2	13	
2	1	8	
3	1	7	
4	1	8	
5	2	11	
6	2	10	
7	2	16	
8	3	14	
9	2	20	
10	1	6	
11	2	17	
12	3	18	
13	1	10	
14	1	10	
15	1	10	
15*7=105	25	178	73

TOLEDO			
Nº farmacia	Nº FP	Pacientes objetivo	Nº pacientes incluidos
1	1	10	
2	2	11	
3	2	14	
4	1	10	
5	1	8	
6	2	14	
7	1	7	
8	1	15	
9	1	10	
10	1	7	
11	1	15	
12	1	12	
12*7= 84	15	133	51

ZARAGOZA			
Nº farmacia	Nº FP	Pacientes objetivo	Nº pacientes incluidos
1	1	10	
2	1	15	
3	1	8	
4	2	8	
5	2	10	
6	1	10	
7	1	10	
8	2	18	
9	1	9	
10	2	18	
11	1	8	
12	1	9	
13	1	15	
14	2	8	
14*7=98	19	156	73

COF	Pacientes pactados con los FoCo
Cáceres	80
Cantabria	130
León	123
Murcia	178
Toledo	133
Zaragoza	156
Total:	800

| Anexo 11. Póster enviado PCNE. (Málaga, 2017) |

Premio al mejor póster compartido



251-conSIGUE Impact and Implementation: experience, different phases, and results

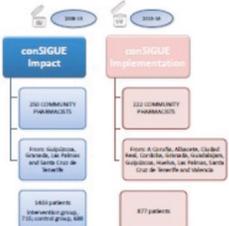


Fernández-Rodríguez, M.¹; Amaro Cenón, L.²; Pérez-Escamilla, B.¹; Ruiz-Rubio, B.¹; Varea Doval, R.²; Gastelurrutia, M.A.³

1. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada 2. General Pharmaceutical Council of Spain 3. C.A. María Fernández Rodríguez - mferna@ugr.es

Design and Method

The conSIGUE program has completed two phases to date. The aim of the first phase, conSIGUE Impact (2009-2013)¹, was to evaluate the impact of the Medication Review with Follow-up (MRF) service on clinical, economic, and humanistic outcomes under highly controlled conditions in a cluster-randomized clinical trial. In the second phase, conSIGUE Implementation (2013-2016)² health outcomes (clinical, economic and humanistic) were also evaluated under routine conditions using a hybrid effectiveness - implementation design (based on the FiSPH implementation model)³. Patients in both phases were aged 65 years or older, polymedicated (≥ 5 drugs), and chronically ill.



Objective

The concept of pharmaceutical care is operationalized through Pharmaceutical Professional Services, which are patient-oriented to optimize their pharmacotherapy and to improve clinical outcomes, among others, in conSIGUE program.

Results

In the conSIGUE Impact phase, uncontrolled health problems of the patients were reduced by 56%, visits to an emergency department by 49%, and hospital admissions by 55%; it achieved an average reduction of 0.15 drugs and increase in perceived health-related quality of life of 6.6. In the conSIGUE Implementation phase, uncontrolled health problems were reduced by 54%, visits to an emergency department by 53% and hospital admissions by 59%; it achieved an average reduction of 0.39 drugs and increase in perceived health quality of life of 6.7. A health economic study of the Impact phase showed that the service was highly cost-effective.

Conclusions

The outcomes were very similar in both phases, although it should be taken into account that these were obtained over a 6-month period in highly controlled conditions but required 12 months to achieve under routine conditions.

According to these results, MRF is a highly effective service. Its implementation by community pharmacies could contribute to the sustainability of the Health System and could also be useful to evaluate the reconciliation of patients after hospital discharge.

Results of the intervention on Health Problems at 6-month [N(N)]

	SOLVED	NOT SOLVED	NOT KNOWN	
c. IMPACT*	1662 (52.2%)	403 (12.7%)	1115 (35.1%)	
c. IMPLEMENTATION	2866 (75.5%)	505 (14.6%)	3430 (9.9%)	
% RNM identified at 6 months				
c. IMPACT*	NEED	EFFECTIVENESS	SAFETY	NOT KNOWN
	9,00%	40,20%	9,50%	41,30%
c. IMPLEMENTATION	14,60%	70,40%	15,00%	
% rRNM identified at 6 months				
c. IMPACT*	NEED	EFFECTIVENESS	SAFETY	
	25,10%	6,30%	68,80%	
c. IMPLEMENTATION	2,00%	36,00%	62,00%	

* Measured in Intervention group

Reference

- Informe conSIGUE Impacto 2011-2014: Medida del impacto clínico, económico y humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a mayores polimedificados, en Farmacia comunitaria española. Febrero 2014. (Access January 31st 2018). Available in: <http://www.portafarma.com/Inicio/serviciosprofesionales/Documentos/conSIGUE.pdf>
- Informe conSIGUE Implantación 2014-2016: Programa para la implantación y futura Sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, en la farmacia comunitaria española. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. ISBN: 978-84-87276-99-6. Madrid, Junio 2016
- Moulin JC et al. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. Res Social Adm Pharm. 2016 May-Jun;12(3):515-22.




FUNDING This work is financially supported by



| Anexo 12. Póster enviado a FIP. (Glasgow, 2018) |

Abstract Submission

Pharmaceutical sciences:

Pharmacy practice research

FIPSUB-1875

Medication review with follow-up service: from research to actual practice 2009-2018

Miguel Angel Gastelurrutia Garralda¹, Jesus Aguilar Santamaria², Beatriz Perez-Escamilla¹, Luis Amaro Cendon², Maria Fernandez Rodriguez³, Raquel Varas Doval², Shalom (charlie) Isaac Benrimoj⁴, Rosa Lopez-Torres Hidalgo², Victoria Garcia-Cardenas⁴, Carmen Recio Jaraba², Fernando Martinez-Martinez¹

¹University of Granada, Granada, ²General Pharmaceutical Council of Spain, Madrid, Spain, ³University of Granada, Granada, , ⁴University of Technology of Sydney, Sydney, Australia

My preferred method of presentation is: Poster Presentation

Background: conSIGUE Program has shown the efficacy of Medication Review with Follow up (MRF) in a RCT (2009-2013), followed by an assessment of implementation and effectiveness (2014-2016). Since 2017, conSIGUE is at the scale up phase. conSIGUE is led by the General Pharmaceutical Council of Spain (GPhCS), Universities of Granada and Technology of Sydney and funded by Cinfa Labs.

Purpose: To demonstrate the clinical, economic and humanistic effect of MRF, to negotiate remuneration, to develop an implementation program and to provide evidence of implementation and its effects in routine practice.

Methods: The impact used ECHO methodology, the implementation used the Framework for the Implementation of Services in Pharmacy jointly with a practice change facilitator (FoCo by its Spanish initials). The GPhCS Nodofarma and Bot PLUS were utilized for monitoring usual practice.

Results: conSIGUE demonstrated the efficacy and effectiveness of MRF by improving non-controlled conditions, decreasing hospitalizations, E&D visits and improving quality of life. Pharmacoeconomic data supported the negotiation of the payment of the service (ICER: dominant). Educational programs were designed to deliver the MRF. Electronic data collection tools were developed for both FoCo and practitioners. These IT systems allow the evaluation of the implementation process (generalization), the implementation outcomes (reach, fidelity, integration) and the service (ECHO model).

Conclusion: The program demonstrated a process from research to practice. Reports will monitor usual practice using process and outcome indicators and can be utilized by GPhCS, Provincial Pharmacy Colleges, pharmacies and payers.

| Anexo 13. Poster enviado a FIP (Lisboa, 2018) |

[Title]: *conSIGUE*: Generalisation within the implementation phase. Preliminary results in the first semester.

[Authors]: Aguilar Santamaria J (1), Gastelurrutia Garralda MA (2), Amaro Cendón L (1), Fernández Rodríguez M (2), Megia Arias C (1), Pérez-Escamilla B, López-Torres R (1), Benrimoj SI (3), Varas Doval R (1), Martínez- Martínez F (2).

- (1). General Pharmaceutical Council of Spain
- (2). Pharmaceutical Care Research Group. University of Granada.
- (3). University of Technology Sydney, Australia.

Mail: conqral@redfarma.org

3- Research presentation.

Introduction *conSIGUE*: *Generalisation within the Implementation phase* is the last phase of the research programme *conSIGUE*, promoted by the General Pharmaceutical Council of Spain, together with the University of Granada and the University of Sydney Technology in cooperation with Cinfa laboratories. Transferring the knowledge gained during the research phase into practice is a complex process that requires implementation models and, in many cases, on-site training.

Objectives; To describe, after six months of fieldwork, the reach as a first implementation outcome and the Implementation stages as well as Medication Review with Follow-up service (MRF) health outcomes for elderly, chronic, polymedicated patients at Community Pharmacy.

Material and Methods Hybrid design of effectiveness-implementation in which the theoretical framework FISpH (Framework for the Implementation of Services in Pharmacy) is used for the Implementation of Professional Services in Pharmacy together with the participation of Practice Facilitators (FoCo) provided by the participating Provincial Pharmacist Chambers. A nodopharma hosted electronic recording system (eCRD- SFT) has been designed.

Results There are 113 pharmacists from 83 pharmacies belonging to 6 Provincial Pharmacist Chambers (Cáceres, Cantabria, León, León, Murcia, Toledo and Zaragoza). Out of the 62 patients participating in the first month (47 males, 15 females), it rose up to 374 patients in the 6th month (243 F, 131 M). At the beginning, the total amount of medicines was 458 (7.39 medicines/person) which rose up to 3.141 in the sixth month (8.40 m/p). At first, a total amount of 467 health problems (HP) were identified where 81 were not controlled (17.3%) and at the end of the sixth month, there were 2848 HP identified, where 444 HP were not controlled (15.6%). According to EuroQol-5D, patient perceived health-related quality of life, increased from 0.610 points to 0.700.

Implementation stages: at the beginning, 83 pharmacies were in the preparation phase, after six months, 8 pharmacies (9.64%) were still at that preparation phase, 68 pharmacies (81.93%) were in initial implementation (testing phase) and 7 (8.43%) reached full implementation.

Conclusions

The preliminary implementation indicators show that the Community pharmacist can implement the Medication Review with Follow-up service.

| Anexo 14. Programa Formación FoCo |

Día 1

- 09:30-09:40** **Bienvenida**
Presidente CGCOF
- 09:40-10:15** **Toma de contacto y Presentación del Equipo.**
Estructura Colegial FoCo; RedFoCo
Profesor: Universidad y CGCOF
- 10:15-11:15** **Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 11:15-11:45** Café
- 11:45-13:45** **La figura del FoCo: presentación, experiencia y reflexión**
Profesor: Universidad, FoCo y CGCOF
Vídeo entre dos FoCo
Estrategia COF; responsables de FoCo Trabajo del FoCo
Experiencias de los antiguos FoCo
Tareas a realizar para la puesta en marcha en los COF
Cronograma de trabajo: reuniones de equipo y formación en los COF.
- 13:45-14:15** **LOPD**
Profesor: Experta en LOPD
- 14:15-15:30** Comida
- 15:30-18:00** **Actitud en Acción: Herramientas prácticas para conseguir tus objetivos**
Profesor: CGCOF
- 18:00-19:00** Síntesis, dudas y feedback

Día 2

- 09:30-10:30** **conSIGUE Impacto e Implantación**
Profesor: Universidad
- 10:30-13:30** **Clínica; Introducción al envejecimiento. Abordaje enfermedades crónicas**
Profesor: Universidad
- 13:30 - 14:00** **1ª sesión eCRD- FoCo. Aspectos comunes**
Profesor: Universidad y CGCOF

- 14:00-15:15** Comida
- 15:15-16:45** **2ª sesión eCRD- FoCo. Aspectos comunes**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 17:00-18:30** **Fuentes de información y Búsquedas bibliográficas**
Profesor: Universidad
- 18:30-18:45** **Grupos y cronograma para siguientes días**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 19:00** **Dudas y síntesis**

Día 3

- 09:30-10:30** **Modelo FISpH. Conceptos de alcance, integración y adherencia al Servicio**
Profesor: Universidad
- 10:30-13:00** **Metodología del Servicio de SFT y clínica mayor polimedicado en caso clínico**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 13:00-14:00** **eCRD-SFT-Farmacéuticos prestadores del Servicio**
Profesor: CGCOF
- 14:00-15:15** Comida
- 16:00-17:15** **Facilitación. El Formador Colegial**
Profesor: Universidad y CGCOF
Teoría
Casos prácticos
- 17:15-18:45** **UN CASO; Un día de un FoCo en la vida real**
Profesor: FoCo
- 19:00** **Dudas y síntesis**

Día 4

- 9:30-11:30** **Refuerzo de metodología y casos del Servicio de SFT**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 12:00-14:00** **Comunicación con farmacéuticos, médicos y representantes colegiales**
Profesor: Universidad
- 14:00-15:15** Comida
- 15:15-17:00** **eCRD-FoCo. Casos prácticos**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 17:30-18:15** **Calidad de registros del farmacéutico**
Profesor: FoCo
Qué hay que ver
Cómo preparar una comunicación y publicación de casos
- 18:15-19:00** **Puntos clave para facilitar la implantación del Servicio de SFT. Puesta en común, resumen conjunto de la formación; puntos de mejora, dudas. Cronogramas**
Profesor: Universidad y CGCOF

| Anexo 15. Programa de Formación de Farmacéuticos titulares y Prestadores |

Día 1 Farmacéuticos titulares

- 09,00 horas** **“Sesión: Bienvenida e Introducción del equipo conSIGUE”**
 Presidente y Profesores
- 09,15 horas** **“Sesión: Futuro de la farmacia y provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos; importancia actual”**
Profesor: Universidad
- 10,00 horas** **“Sesión: Estrategia y organización de una farmacia con Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales”**
Profesor: Universidad
- 11,00 horas** Pausa Café
- 11,30 horas** **“Sesión: Plan financiero; ventajas relativas. Necesidad de conseguir el pago por Servicios y análisis de su rentabilidad”**
Profesor: Universidad
- 12,30 horas** **“Sesión: Resumen Programa ConSIGUE; 2009-2013 Impacto – resultados y 2014-2016 Implantación – resultados”**
Profesor: Universidad
- 13,00 horas** **“Sesión: conSIGUE Generalización de la Implantación 2017-2018”.**
“Sesión: Investigación y modelos de implantación: protocolo”
Profesor: CGCOF
“Sesión: Responsabilidades de la farmacia participante en el proyecto y del farmacéutico titular”
Profesor: CGCOF
“Sesión: Papel del farmacéutico prestador del Servicio de SFT en la Farmacia Comunitaria”
Profesor: Universidad
“Sesión: Función del Formador Colegial, del equipo conSIGUE y del Colegio”
Profesor: FoCo, Universidad y CGCOF
- 14,00 horas** **“Sesión: Cronograma del trabajo de campo. Selección de farmacias”. Dudas, observaciones**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 14,30 horas** **Fin**

Día 2 Farmacéuticos prestadores del Servicio de SFT

- 09,00 horas** **Bienvenida y Presentación del equipo conSIGUE**
Presidente/a del COF
- 09,15 horas** **“Sesión: Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, importancia de la implantación a nivel internacional y en España”**
Profesor: Universidad
- 10,00 horas** **“Sesión: Resumen del Programa conSIGUE: Impacto, Implantación, Generalización de la Implantación (2009-2018)”**
Profesor: Universidad
- 11,00 horas** Café
- 11,30 horas** **“Sesión: Protocolo de la investigación”**
Profesor: Universidad
- 12,30 horas** **“Sesión: El Formador Colegial”**
Profesor: FoCo y responsable colegial
- 13,30 horas** **“Sesión: Manejo de fuentes bibliográficas en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico”**
Profesor: CGCOF
- 14,00 horas** **Fin**

Día 3 Farmacéuticos prestadores del Servicio de SFT

- 09,00 horas** **“Sesión: Metodología del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico I”**
Profesor: Universidad
- 10,30 horas** **“Sesión: Gestión de caso 1 – Ejercicio práctico del Servicio de SFT”**
Profesor: Universidad y CGCOF
- 11,30 horas** Café
- 12,00 horas** **“Sesión: Introducción al registro y documentación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico”. Aplicación Nodofarma-eCRD-SFT**
Profesor: CGCOF
- 12,45 horas** **“Sesión: Metodología del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico II”**
Profesor: Universidad
- 13,45 horas** **“Sesión: Gestión de caso 2– Ejercicio práctico”**
Profesor: Universidad
- 14,30 horas** **Fin**

Día 4 Farmacéuticos prestadores del Servicio de SFT

- 09,00 horas** **“Sesión: Clínica del paciente mayor polimedocado I”**
Profesor: Universidad
“Sesión: Gestión de caso 3 – Ejercicio práctico”
Profesor: Universidad y CGCOF
- 11,30 horas** Café
- 12,00 horas** **“Sesión: Clínica del paciente mayor polimedocado II”**
Profesor: Universidad
“Sesión: Gestión de caso 4 – Ejercicio práctico”
Profesor: Universidad y CGCOF
- 13,30 horas** **“Marketing de SPFA en la Farmacia Comunitaria española”**
Profesor: Universidad
- 14,00 horas** **Fin**

Día 5 Farmacéuticos prestadores del Servicio de SFT

- 09,00 horas** **“Sesión: Comunicación con el paciente en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico”**
Profesor: Universidad
- 10,15 horas** **“Sesión: Comunicación con el médico en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico”. Cuestionario de relación médico-paciente**
Profesor: Universidad
- 11,30 horas** Café
- 12,00 horas** **“Sesión: Situaciones prácticas de comunicación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico”**
Profesor: Universidad
- 13,00 horas** **“Sesión: Presentación, Búsqueda, Resolución y Registro de un caso real del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Caso 5”**
“Sesión: Simulación del aprendizaje”
Profesor: Universidad y CGCOF
- 14,00 horas** **“Sesión: Guion y síntesis del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico”**
Profesor: Universidad
- 14,30 horas** **Evaluación de la formación y clausura**

| Anexo 16. Encuestas de satisfacción del Programa de formación |

Tabla 36. Aspectos analizados con las encuestas dirigidas a farmacéuticos titulares

A	Claridad de los objetivos del curso
B	Consecución de los objetivos
C	Satisfacción de las expectativas personales
D	Los contenidos de las jornadas se adecuan a las necesidades del trabajo
E	Profundidad en el tratamiento de los contenidos
F	Metodología práctica
G	Futuro de la farmacia y provisión de Servicios Profesionales Farmacéuticos; importancia actual
H	Estrategia y organización de una farmacia con Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales
I	Plan financiero; ventajas relativas. Necesidad de conseguir el pago por servicios y análisis de su rentabilidad
J	Resumen Programa conSIGUE; 2009-2013 Impacto - resultados y 2014-2016 Implantación – resultados
K	conSIGUE Generalización de la Implantación 2017 -2018”. “Sesión: Investigación y modelos de implantación: protocolo
L	Responsabilidades de la farmacia participante en el proyecto y del farmacéutico titular
M	Papel del farmacéutico prestador del Servicio de SFT en la Farmacia Comunitaria

Tabla 37. Aspectos analizados mediante encuesta dirigidas a FP

A	Claridad de los objetivos del curso
B	Consecución de los objetivos
C	Satisfacción de las expectativas personales
D	Los contenidos de las jornadas se adecuan a las necesidades del trabajo
E	Profundidad en el tratamiento de los contenidos
F	Metodología práctica
G	Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, importancia de la implantación a nivel internacional y en España
H	Resumen Programa ConSIGUE; 2009-2013 Impacto - resultados y 2014-2016 Implantación – resultados
I	Protocolo de la investigación
J	El Formador Colegial
K	Manejo de fuentes bibliográficas en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico
L	Metodología del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico I
M	Gestión de caso 1 - Ejercicio práctico del Servicio de SFT
N	Introducción al registro y documentación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico” Aplicación eCRD-SFT
Ñ	Metodología del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico II
O	Gestión de caso 2 - Ejercicio práctico
P	Valoración global
Q	Clínica del paciente mayor polimedicado I
R	Gestión de caso 3 - Ejercicio práctico
S	Clínica del paciente mayor polimedicado II
T	Gestión de caso 4 - Ejercicio práctico
U	Marketing de SPFA en la Farmacia Comunitaria española
V	Comunicación con el paciente en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico
W	Práctica Colaborativa con el médico en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Cuestionario de colaboración farmacéutico-médico.
X	Situaciones prácticas de comunicación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico
Y	Presentación, Búsqueda, Resolución y Registro de un caso real del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Caso 5. Sesión: “Simulación del aprendizaje”
Z	Guion y síntesis del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

| Anexo 17. Tablas del eCRD |

https://consiguesft.nodofarma.es/SFTorSIGUE/Consigue/Informes

Dispensación Indicación Farmacéutica Seguimiento Farmacoterapéutico Configurar

Informes del SFT

Desde 13/03/2017 Hasta 01/06/2018 Edad mínima 65 Edad máxima 120 Sexo

Restringir únicamente a pacientes dados de alta durante todo el intervalo

E-10	Evolución de farmacias y número de pacientes
E-6	Resumen cuestionarios "Fidelidad del SFT"
E-5	Resumen cuestionarios "Integración del SFT"
E-4	Resumen cuestionarios "Relacion farmacéutico-medico"
8	Número de farmacias por Comunidad Autónoma
10	Número de farmacias por COF
18	Número de farmacéuticos por Comunidad Autónoma
20	Número de farmacéuticos por provincia
30	Número de farmacéuticos por farmacia
38	Número de pacientes por Comunidad Autónoma
39	Número de pacientes por Comunidad Autónoma y mes
40	Número de pacientes registrados por COF
41	Número de pacientes registrados por COF y mes
50	Número de pacientes registrados por farmacia
51	Número de pacientes registrados por farmacia y mes
60	Número de pacientes registrados por farmacéutico
61	Número de pacientes registrados por farmacéutico y mes
62	Número de pacientes dados de baja por provincia y motivo
63	Número de pacientes dados de baja por provincia, motivo y mes
64	Número de pacientes dados de baja por farmacia y motivo
65	Número de pacientes dados de baja por farmacia motivo y mes
66	Número de pacientes dados de baja por farmacéutico y motivo
67	Número de pacientes dados de baja por farmacéutico motivo y mes
70	Número de pacientes con intervención por COF
80	Número de pacientes con intervención por farmacia
90	Número de pacientes con intervención por farmacéutico
100	Número de pacientes dados de alta por COF y mes
110	Número de pacientes dados de alta por farmacia y mes
120	Número de pacientes dados de alta por farmacéutico y mes
160	Número de pacientes con primera intervención por COF y mes
170	Número de pacientes con primera intervención por farmacia y mes
180	Número de pacientes con primera intervención por farmacéutico y mes
190	Estado de implantación por provincia
200	Estados de implantación por provincia y mes
210	Número de pacientes por sexo y provincia
212	Número de pacientes por sexo, provincia y mes
220	Número de pacientes por sexo y farmacia
222	Número de pacientes por sexo, farmacia y mes
230	Número de pacientes por sexo y farmacéutico
232	Número de pacientes por sexo, farmacéutico y mes
240	Número de pacientes por edad y provincia
242	Número de pacientes por edad, provincia y mes
250	Número de pacientes por edad y farmacia
252	Número de pacientes por edad, farmacia y mes
260	Número de pacientes por edad y farmacéutico
262	Número de pacientes por edad, farmacéutico y mes
268	Número de medicamentos activos total
269	Número de medicamentos activos total por meses
270	Número de medicamentos activos por provincia
280	Número de medicamentos activos por provincia y mes
290	Número de medicamentos activos por farmacia
300	Número de medicamentos activos por farmacia y mes
310	Número de medicamentos activos por farmacéutico
320	Número de medicamentos activos por farmacéutico y mes
330	Número de medicamentos activos por paciente
340	Número de medicamentos activos por paciente y mes
350	Número de medicamentos dados de alta por provincia
360	Número de medicamentos dados de baja por provincia
370	Número de medicamentos dados de alta por provincia y mes
380	Número de medicamentos dados de baja por provincia y mes
390	Número de medicamentos dados de alta por farmacia
400	Número de medicamentos dados de baja por farmacia
410	Número de medicamentos dados de alta por farmacia y mes

420	Número de medicamentos dados de baja por farmacia y mes
430	Número de medicamentos dados de alta por farmacéutico
440	Número de medicamentos dados de baja por farmacéutico
450	Número de medicamentos dados de alta por farmacéutico y mes
460	Número de medicamentos dados de baja por farmacéutico y mes
470	Número de medicamentos dados de alta por paciente
480	Número de medicamentos dados de baja por paciente
490	Número de medicamentos dados de alta por paciente y mes
500	Número de medicamentos dados de baja por paciente y mes
502	Resumen medicamentos por provincia
503	Resumen medicamentos por farmacia
504	Resumen medicamentos por farmacéutico
505	Resumen medicamentos por paciente
510	Número de problemas de salud controlados o no por provincia
512	Número de problemas de salud controlados o no por provincia y meses
520	Número de problemas de salud controlados o no por farmacia
522	Número de problemas de salud controlados o no por farmacia y meses
530	Número de problemas de salud controlados o no por farmacéutico
532	Número de problemas de salud controlados o no por farmacéutico y meses
540	Número de problemas de salud controlados o no por paciente
542	Número de problemas de salud controlados o no por paciente y meses
750	Número de problemas de salud que se han controlado por provincia
760	Número de problemas de salud que se han descontrolado por provincia
770	Número de problemas de salud que se han controlado por provincia y meses
780	Número de problemas de salud que se han descontrolado por provincia y meses
790	Número de problemas de salud que se han controlado por farmacia
800	Número de problemas de salud que se han descontrolado por farmacia
810	Número de problemas de salud que se han controlado por farmacia y meses
820	Número de problemas de salud que se han descontrolado por farmacia y meses
830	Número de problemas de salud que se han controlado por farmacéutico
840	Número de problemas de salud que se han descontrolado por farmacéutico
850	Número de problemas de salud que se han controlado por farmacéutico y meses
860	Número de problemas de salud que se han descontrolado por farmacéutico y meses
870	Número de problemas de salud que se han controlado por paciente
880	Número de problemas de salud que se han descontrolado por paciente
890	Número de problemas de salud que se han controlado por paciente y meses
900	Número de problemas de salud que se han descontrolado por paciente y meses
910	Número de incidencias por provincia
912	Número de incidencias por provincia y mes
940	Número de incidencias por farmacia
942	Número de incidencias por farmacia y mes
970	Número de incidencias por farmacéutico
972	Número de incidencias por farmacéutico y mes
1000	Número de incidencias por paciente
1002	Número de incidencias por paciente y mes
1030	Número de PRM por PRM y provincia
1031	Número de PRM por PRM, provincia y mes
1040	Número de PRM por PRM y farmacia
1041	Número de PRM por PRM, farmacia y mes
1050	Número de PRM por PRM y farmacéutico
1051	Número de PRM por PRM, farmacéutico y mes
1060	Número de PRM por PRM y paciente
1061	Número de PRM por PRM, paciente y mes
1062	Número de RNM por RNM y provincia
1063	Número de RNM por RNM, provincia y mes
1064	Número de RNM por RNM y farmacia
1065	Número de RNM por RNM, farmacia y mes
1066	Número de RNM por RNM y farmacéutico
1067	Número de RNM por RNM, farmacéutico y mes
1068	Número de RNM por RNM y paciente
1069	Número de RNM por RNM, paciente y mes
1070	Número de RNM por tipo RNM y provincia
1071	Número de RNM por tipo RNM, provincia y mes
1080	Número de RNM por tipo RNM y farmacia
1081	Número de RNM por tipo RNM, farmacia y mes
1090	Número de RNM por tipo RNM y farmacéutico
1091	Número de RNM por tipo RNM, farmacéutico y mes

1102	Número de Intervenciones por provincia
1103	Número de Intervenciones por provincia y meses
1104	Número de Intervenciones por farmacia
1105	Número de Intervenciones por farmacia y meses
1106	Número de Intervenciones por farmacéutico
1107	Número de Intervenciones por farmacéutico y meses
1108	Número de Intervenciones por paciente
1109	Número de Intervenciones por paciente y meses
1110	Número de Intervenciones por intervención y provincia
1120	Número de Intervenciones por intervención, provincia y meses
1130	Número de Intervenciones por intervención y farmacia
1140	Número de Intervenciones por intervención, farmacia y meses
1150	Número de Intervenciones por intervención y farmacéutico
1160	Número de Intervenciones por intervención, farmacéutico y meses
1170	Número de Intervenciones por intervención y paciente
1180	Número de Intervenciones por intervención, paciente y meses
1181	Número de Intervenciones por tipo de intervención y provincia
1182	Número de Intervenciones por tipo de intervención, provincia y meses
1183	Número de Intervenciones por tipo de intervención y farmacia
1184	Número de Intervenciones por tipo de intervención, farmacia y meses
1185	Número de Intervenciones por tipo de intervención y farmacéutico
1186	Número de Intervenciones por tipo de intervención, farmacéutico y meses
1187	Número de Intervenciones por tipo de intervención y paciente
1188	Número de Intervenciones por tipo de intervención, paciente y meses
1190	Número de Intervenciones por a quien se dirige y provincia
1200	Número de Intervenciones por a quien se dirige, provincia y meses
1210	Número de Intervenciones por a quien se dirige y farmacia
1220	Número de Intervenciones por a quien se dirige, farmacia y meses
1230	Número de Intervenciones por a quien se dirige y farmacéutico
1240	Número de Intervenciones por a quien se dirige, farmacéutico y meses
1250	Número de Intervenciones por a quien se dirige y paciente
1260	Número de Intervenciones por a quien se dirige, paciente y meses
1270	Número de Intervenciones aceptadas o no por provincia
1280	Número de Intervenciones aceptadas o no por provincia y meses
1290	Número de Intervenciones aceptadas o no por farmacia
1300	Número de Intervenciones aceptadas o no por farmacia y meses
1310	Número de Intervenciones aceptadas o no por farmacéutico
1320	Número de Intervenciones aceptadas o no por farmacéutico y meses
1330	Número de Intervenciones aceptadas o no por paciente
1340	Número de Intervenciones aceptadas o no por paciente y meses
1341	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige y provincia
1342	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige, provincia y meses
1343	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige y farmacia
1344	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige, farmacia y meses
1345	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige y farmacéutico
1346	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige, farmacéutico y meses
1347	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige y paciente
1348	Número de Intervenciones aceptadas o no, por a quien se dirige, paciente y meses
1350	Número de Resultados de intervención por resultado y provincia
1360	Número de Resultados de intervención por resultado, provincia y mes
1370	Número de Resultados de intervención por resultado y farmacia
1380	Número de Resultados de intervención por resultado, farmacia y mes
1390	Número de Resultados de intervención por resultado y farmacéutico
1400	Número de Resultados de intervención por resultado, farmacéutico y mes
1410	Número de Resultados de intervención por resultado y paciente
1420	Número de Resultados de intervención por resultado paciente y mes
1430	Número de Resultados de intervención por resolución RNM y provincia
1432	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM y provincia
1434	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM y provincia
1436	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM y provincia
1438	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM y provincia
1440	Número de Resultados de intervención por resolución RNM, provincia y mes
1442	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM, provincia y mes
1444	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM, provincia y mes
1446	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM, provincia y mes
1448	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM, provincia y mes
1450	Número de Resultados de intervención por resolución RNM y farmacia
1452	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM y farmacia

1456	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM y farmacia
1458	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM y farmacia
1460	Número de Resultados de intervención por resolución RNM, farmacia y mes
1462	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM, farmacia y mes
1464	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM, farmacia y mes
1466	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM, farmacia y mes
1468	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM, farmacia y mes
1470	Número de Resultados de intervención por resolución RNM y farmacéutico
1472	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM y farmacéutico
1474	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM y farmacéutico
1476	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM y farmacéutico
1478	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM y farmacéutico
1480	Número de Resultados de intervención por resolución RNM, farmacéutico y mes
1482	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM, farmacéutico y mes
1484	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM, farmacéutico y mes
1486	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM, farmacéutico y mes
1488	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM, farmacéutico y mes
1490	Número de Resultados de intervención por resolución RNM y paciente
1492	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM y paciente
1494	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM y paciente
1496	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM y paciente
1498	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM y paciente
1500	Número de Resultados de intervención por resolución RNM y paciente y mes
1502	Número de Resultados de intervención en RNM real por resolución RNM y paciente y mes
1504	Número de Resultados de intervención en riesgo de RNM por resolución RNM y paciente y mes
1506	Número de Resultados de intervención en RNM ? por resolución RNM y paciente y mes
1508	Número de Resultados de intervención en RNM con tipo nulo por resolución RNM y paciente y mes
1510	Número de Resultados de intervención por resolución PRM y provincia
1520	Número de Resultados de intervención por resolución PRM, provincia y mes
1530	Número de Resultados de intervención por resolución PRM y farmacia
1540	Número de Resultados de intervención por resolución PRM, farmacia y mes
1550	Número de Resultados de intervención por resolución PRM y farmacéutico
1560	Número de Resultados de intervención por resolución PRM, farmacéutico y mes
1570	Número de Resultados de intervención por resolución PRM y paciente
1580	Número de Resultados de intervención por resolución PRM y paciente y mes
1590	Número de Ingresos hospitalarios por provincia
1592	Número ingresos hospitalarios por provincia y motivo
1600	Número de Ingresos hospitalarios por provincia y meses
1602	Número ingresos hospitalarios por provincia, motivo y meses
1610	Número de Ingresos hospitalarios por farmacia
1612	Número de Ingresos hospitalarios por farmacia y motivo
1620	Número de Ingresos hospitalarios por farmacia y meses
1622	Número de Ingresos hospitalarios por farmacia, motivo y meses
1630	Número de Ingresos hospitalarios por farmacéutico
1632	Número de Ingresos hospitalarios por farmacéutico y motivo
1640	Número de Ingresos hospitalarios por farmacéutico y meses
1642	Número de Ingresos hospitalarios por farmacéutico, motivo y meses
1650	Número de Ingresos hospitalarios por paciente
1652	Número de Ingresos hospitalarios por paciente y motivo
1660	Número de Ingresos hospitalarios por paciente y meses
1662	Número de Ingresos hospitalarios por paciente, motivo y meses
1670	Número de Visitas a urgencias por provincia
1672	Número de Visitas a urgencias por provincia y motivo
1680	Número de Visitas a urgencias por provincia y meses
1682	Número de Visitas a urgencias por provincia, motivo y meses
1690	Número de Visitas a urgencias por farmacia
1692	Número de Visitas a urgencias por farmacia y motivo
1700	Número de Visitas a urgencias por farmacia y meses
1702	Número de Visitas a urgencias por farmacia, motivo y meses
1710	Número de Visitas a urgencias por farmacéutico
1712	Número de Visitas a urgencias por farmacéutico y motivo
1720	Número de Visitas a urgencias por farmacéutico y meses
1722	Número de Visitas a urgencias por farmacéutico, motivo y meses
1730	Número de Visitas a urgencias por paciente
1732	Número de Visitas a urgencias por paciente y motivo
1740	Número de Visitas a urgencias por paciente y meses
1742	Número de Visitas a urgencias por paciente, motivo y meses
1750	Número de Visitas a médico de atención primaria por provincia
1752	Número de Visitas a médico de atención primaria por provincia y motivo

1760	Número de Visitas a medicos de atención primaria por provincia y meses
1762	Número de Visitas a medicos de atención primaria por provincia, motivo y meses
1770	Número de Visitas a médico de atención primaria por farmacia
1772	Número de Visitas a médico de atención primaria por farmacia y motivo
1780	Número de Visitas a medicos de atención primaria por farmacia y meses
1782	Número de Visitas a medicos de atención primaria por farmacia, motivo y meses
1790	Número de Visitas a médico de atención primaria por farmacéutico
1792	Número de Visitas a médico de atención primaria por farmacéutico y motivo
1800	Número de Visitas a medicos de atención primaria por farmacéutico y meses
1802	Número de Visitas a medicos de atención primaria por farmacéutico, motivo y meses
1810	Número de Visitas a médico de atención primaria por paciente
1812	Número de Visitas a médico de atención primaria por paciente y motivo
1820	Número de Visitas a medicos de atención primaria por paciente y meses
1822	Número de Visitas a medicos de atención primaria por paciente, motivo y meses
1900	Resultados test QoL por provincia
1910	Resultados test QoL por provincia y mes
1920	Resultados test QoL por farmacia
1930	Resultados test QoL por farmacia y mes
1940	Resultados test QoL por farmacéutico
1950	Resultados test QoL por farmacéutico y mes
1960	Resultados test QoL por paciente
1970	Resultados test QoL por paciente y mes
1980	Resultados test EVA por provincia
1990	Resultados test EVA por provincia y mes
2000	Resultados test EVA por farmacia
2010	Resultados test EVA por farmacia y mes
2020	Resultados test EVA por farmacéutico
2030	Resultados test EVA por farmacéutico y mes
2040	Resultados test EVA por paciente
2050	Resultados test EVA por paciente y mes
2060	Resultados test Morisky-Green por provincia
2070	Resultados test Morisky-Green por provincia y mes
2080	Resultados test Morisky-Green por farmacia
2090	Resultados test Morisky-Green por farmacia y mes
2100	Resultados test Morisky-Green por farmacéutico
2110	Resultados test Morisky-Green por farmacéutico y mes
2120	Resultados test Morisky-Green por paciente
2130	Resultados test Morisky-Green por paciente y mes
2140	Tiempo medio dedicado al estudio por fase y provincia
2150	Tiempo medio dedicado al estudio por fase, provincia y mes
2160	Tiempo medio dedicado al estudio por fase y farmacia
2170	Tiempo medio dedicado al estudio por fase, farmacia y mes
2180	Tiempo medio dedicado al estudio por fase y farmacéutico
2190	Tiempo medio dedicado al estudio por fase, farmacéutico y mes
2200	Tiempo medio dedicado al estudio por fase y paciente
2210	Tiempo medio dedicado al estudio por fase, paciente y mes

| Anexo 18. Cuestionario de práctica colaborativa |

A completar por el Formador Colegial
 Código conSIGUE de la farmacia: _____ Código del farmacéutico: _____

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

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 que comparto con este medico contribuyen a mejorar nuestra relación profesional	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 relación profesional colaborativa 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
<p>Por favor, especifique los siguientes datos</p>
Características del farmacéutico que completa el cuestionario
Años de ejercicio profesional en farmacia comunitaria (Indique los años en número): _____
Indique el período 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):
<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Femenino
Horas trabajadas de media a la semana (Indique la media en número): _____
Tipo de jornada laboral (Marque con una cruz):
<input type="checkbox"/> Jornada completa (horario partido)
<input type="checkbox"/> Jornada completa (horario intensivo)
<input type="checkbox"/> Media jornada, turno de mañana
<input type="checkbox"/> Media jornada, turno de tarde
<input type="checkbox"/> Media jornada, turno de mañana o tarde
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique): _____
Posición actual del farmacéutico en la farmacia:
<input type="checkbox"/> Farmacéutico titular
<input type="checkbox"/> Farmacéutico adjunto
<input type="checkbox"/> Farmacéutico regente
<input type="checkbox"/> Farmacéutico sustituto
<input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Tenía experiencia previa en colaboración profesional con médicos?:
<input type="checkbox"/> Sí (Especifique en qué): _____
<input type="checkbox"/> 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: ____
Código 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 código conSIGUE): ____ Paciente 3 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 2 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 4 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 5 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 6 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 7 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 8 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 9 (especifique código conSIGUE): ____ Paciente 10 (especifique código 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"/> Otro _____
Número de empleados de la farmacia (indique el número): <input type="checkbox"/> Farmacéutico titular _____ <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 19. Recomendaciones técnicas |

• Acceso 3- Parámetros clínicos

- Se recomienda mantener actualizados los parámetros clínicos e incorporar nuevos.
- Se sugiere la generación de un sistema que permita alojar documentos en el apartado de parámetros para escanear el análisis entero y tenerlo guardado.
- Se recomienda generar algún tipo de filtro de parámetros para poder observar con mayor facilidad la evolución de un parámetro concreto en el tiempo.

• Acceso 4- Medicamentos

- En normas de administración incluir si la toma se ha de realizar con/sin alimentos, y si se deben utilizar antes (1 h o 30 min) o después de las comidas; con/sin leche, etc.
- En el resumen general sólo aparece el nombre de la marca comercial, no la cantidad de principio activo que consideramos debería incluirse.

1 Datos Personales	2 Antecedentes	3 Parámetros	5 Medicamentos	6 Problemas de Salud	7 Incidencias	8 Hoja de Evaluación	9 Estado Situación
--------------------	----------------	--------------	----------------	----------------------	---------------	----------------------	--------------------

+ Medicamentos											Hoja medicación
F. Inicio	Medicamento	Prescrito	Pauta	Unidad Dosis	Frec.	Duración	Esp.	Act.	Conoce	Cumple	
03/10/2013	DORMIDINA	Consejo farmacéutico	0-0-0-1	Comp./caps.	día	crónico			Sí	Sí	
03/10/2013	CORLENTOR	Especialista (Hospital)	0-1-0-0	1 Comp./caps.	día	crónico			Sí	Sí	
03/10/2013	ALIPZA	Médico de Atención Primaria	0-0-1-0	Comp./caps.	día	crónico			Sí	No	
03/10/2013	LORAZEPAM	Especialista (Ambulatorio)	1-0-0-0	1 Comp./caps.	día	crónico			Sí	Sí	
03/10/2013	RANITIDINA	Especialista (Hospital)	1-0-0-0	1 Comp./caps.	día	crónico			Sí	No	
03/10/2013	DIGOXINA KERN	Especialista (Hospital)	0,5-0-0-0	1 Comp./caps.	día	crónico					

- Además en la pantalla principal de este acceso debería aparecer la dosis del medicamento.
- En función de la pauta usada por el paciente se debería mostrar la posología, y dosis máxima.
- Facilitar el registro de tomas con calendarios diarios, cada x días, semanales o mensuales (0-1/2-0-0 cada dos días o cada semana o una vez al mes).
- En la hoja de medicación se recomienda que se pueda incorporar el registro de color y la forma de los medicamentos, así como que se pase automáticamente la pauta registrada.
- Que sea posible hacer las búsquedas por principio activo y no solo por medicamentos.
- Mejorar la función de pauta horaria que no funciona correctamente.

- Posibilidad de cargar la base de datos de parafarmacia para poder relacionar algunos productos a PS ya que se pueden asociar y registrar en el acceso a medicamentos.
- Se sugiere que a la hora de buscar para seleccionar un medicamento, al poner el cursor sobre el nombre del medicamento incompleto permita mostrar en segundo plano la información completa (p.ej. amoxi-clavulánico).
- Se recomienda eliminar las horas en las fechas de inicio de medicamentos y problemas de salud.
- Se sugiere considerar la reducción del número de fechas a registrar en relación con los medicamentos, en diferentes lugares.
- Se recomienda continuar las verificaciones del sistema relacionado con los informes de medicamentos activos y el coste; puede que haya problemas en el registro de fechas, en la desactivación de medicamentos crónicos y/o esporádicos pero no hemos podido concluir.
- Se considera la posibilidad de incluir un filtro que permita ver sólo los medicamentos los activos.

• Acceso 7- Incidencias

- Se recomienda posibilitar la asignación de RNM de inseguridad e ineffectividad o incluso ¿? a cada medicamento/principio activo.
- Se recomienda actualizar el árbol de decisiones de evaluación de RNM incluyendo el signo ? además del Sí y No.
- Se sugiere desarrollar un sistema que permita generar una alerta para con aquellas intervenciones pendientes de resultado. Activar un sistema que permita seguir la intervención propuesta en función del objetivo y el resultado conseguido.
- Se sugiere la revisión del modelo de carta al médico, cambiar a la atención del médico antes que el nombre del paciente y finalizar rogándole su valoración.
- Se recomienda mejorar la carga de contenidos de la carta de derivación al médico, ya que el listado de medicamentos que sale es incompleto en cuanto a dosificaciones (ejemplo: enalapril ¿10,20 mg?), y los medicamentos señalados.
- Se recomienda que como resultado de la intervención al médico, se pueda registrar que propuesta elige el médico y la forma de comunicación.
- Se propone desarrollar la posibilidad de “desactivar” un RNM-PRM que se haya creado y que se haya resuelto por sí solo, sin intervención del farmacéutico. Ya que ahora se mantiene abierto sin resolver, ni intervenir.
- Se sugiere dar una solución a la intervención realizada con la propuesta de un SPD; al tratarse de una intervención para el incumplimiento de varios medicamentos solo se registra asociado a uno para que no haya duplicidades y se hace referencia en observaciones que engloba el resto de medicamentos. Al final quedan el resto

incidencias de incumplimiento “abiertas” sin intervención, ni resultado (ya que está completo en la que se ha anotado el SPD).

- Se propone posibilitar la generación de incidencias con más de un medicamento o PS al mismo tiempo.
- Se recomienda dar la posibilidad de que para una misma Incidencia (PRM y RNM) se puedan anotar varias intervenciones con sus correspondientes resultados, ya que si en una primera intervención no se resuelve hay que duplicar PRM y RNM para anotar la siguiente intervención. El sistema solo tiene en cuenta una intervención en el recuento.
- Se recomienda establecer un histórico de incidencias manteniendo las creadas con un medicamento que se ha desactivado.
- **En el acceso 9- ES:**
 - Se recomienda posibilitar la generación de ES por principio activo, especialmente en ciertos tratamientos (ej. lágrimas artificiales) o productos sanitarios.
 - Se recomienda cambiar el orden de aparición de los parámetros clínicos por orden lógico, es decir que se vean en primera línea los últimos registrados (los más cercanos a la fecha del estado de situación).
 - Se propone mantener los ES anteriores tal y como se generan/guardan a una fecha concreta aunque se desactiven o modifiquen los medicamentos a posteriori. Al desactivarse medicamentos posteriormente, dejan de aparecer en los ES antiguos.

Incidencia en seguimiento

HIPERTENSION ARTERIAL

Identificación PRM/RNM

PRM **+ Añadir**

Dosis, pauta y/o duración no adecuada

Otro PRM

PRM ?

RNM

Una inseguridad

Arbitrio de decisión RNM

RNM Real

Riesgo RNM

RNM ?

Alertas

Resultados Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Resultado Pulso (pulsos/min)	
Mañana 140,43	82,69
Tarde 115,70	65
NO se han de	

Fecha Intervención: 06/11/2017

Observaciones

En vista >140 mmHg por la tarde de los medic...

Retirado Valsartan 160 pendiente comprobar si desaparecen las bajada y la PA sigue controlada

Resultado

Control del problema de salud

Fecha Resultado: 28/11/2017

Resolución del RNM/RNM

Resolución del PRM

RNM/RNM resultado

PRM resultado

+ Documentación

- **Acceso 6-PS:**

- Se recomienda posibilitar un filtro que permita ver solo los problemas de salud activos.

- Se propone suprimir la obligatoriedad de incluir la fecha de paso a controlado desde el inicio. En ciertos casos, tras la entrevista inicial en la que el PS está controlado, si no se recoge la fecha, al generar el ES sale incorrecto. Lo que está controlado se marca como no y viceversa.
- **Alertas:**
 - Se propone una funcionalidad que permita mostrar las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos.
- **Y a nivel general:**
 - Se recomienda eliminar el registro de tiempos o incluir un sistema que permita recoger el tiempo a mano o ser más riguroso con el sistema.
 - Se sugiere posibilitar en el sistema de a incluir en los listados a exportar de búsquedas libres, la composición de los medicamentos (Ej. Excipientes de declaración obligatoria).
 - Eliminar el EuroQol y solo dejar EVA Y MORISKY.
 - Suprimir el crono de medida del tiempo y el acceso a las fases.
 - Se sugiere incluir alertas de aviso cuando falte un dato importante sin recoger.
- **En los informes:**
 - Se recomienda la recogida de farmacéuticos, pero diferenciando cuáles son titulares y cuáles adjuntos. Establecer un sistema de la relación de farmacias y farmacéuticos, situación de alta baja y prestación del servicio.
 - Se recomienda incluir las tablas con la comunicación dirigida a médico.

conSIGUE

Con la colaboración de:

Con la colaboración científica de:



Con la participación de:

