

IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN FARMACIA COMUNITARIA: DE LA EFICACIA A LA EFECTIVIDAD CLÍNICA

POR LA ACADÉMICA ELECTA

ILUSTRE SRA. D.^a LORETO SÁEZ-BENITO SUESCUN

DISCURSO LEÍDO EN EL ACTO DE SU RECEPCIÓN
COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE

EL DÍA 13 DE MARZO DE 2024

DISCURSO DE PRESENTACIÓN DEL
ILMO. SR. D. MANUEL GÓMEZ BARRERA
ACADÉMICO DE NÚMERO



ACADEMIA DE FARMACIA "REINO DE ARAGÓN"

Zaragoza

2024

IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS
FARMACÉUTICOS EN FARMACIA
COMUNITARIA:
DE LA EFICACIA A LA EFECTIVIDAD CLÍNICA

POR LA ACADÉMICA ELECTA

ILUSTRE SRA. D.^a LORETO SÁEZ-BENITO SUESCUN

DISCURSO LEÍDO EN EL ACTO DE SU RECEPCIÓN
COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE

EL DÍA 13 DE MARZO DE 2024

DISCURSO DE PRESENTACIÓN DEL
ILMO. SR. D. MANUEL GÓMEZ BARRERA
ACADÉMICO DE NÚMERO



ACADEMIA DE FARMACIA "REINO DE ARAGÓN"

Zaragoza

2024



Edita:

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza

Distribuye:

Academia de Farmacia "Reino de Aragón"

Imprime:

Cometa, S.A.

Ctra. Castellón, km 3,400 – 50013 Zaragoza

Depósito Legal:

Z. 500-2024

*A mi madre, que sigue, ahora y siempre,
inspirándome cada día para ser mejor farmacéutica
y mejor persona*

Sumario

<i>Discurso de Presentación</i>	
Ilmo. Sr. D. Manuel Gómez Barrera	7
<i>Salutación</i>	11
<i>Implantación de servicios farmacéuticos en farmacia comunitaria: de la eficacia a la efectividad clínica</i>	
Ilustre Sra. D. ^a Loreto Sáez-Benito Suescun.....	17
1. INTRODUCCIÓN	19
2. LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS	20
2.1. Intervenciones complejas	22
2.2. Desarrollo de intervenciones complejas.....	23
2.3. Jerarquía de servicios	25
3. EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL IMPACTO CLÍNICO DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS.....	27
3.1. Eficacia vs efectividad: Estudios pragmáticos	27
3.2. Servicios con mayor evidencia de impacto clínico.....	29
4. LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN: DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	33
4.1. Barreras y facilitadores de la implantación	34
4.2. Programas para la implantación de SFC	36
4.3. Análisis de experiencias reales	38
5. REFLEXIÓN FINAL.....	42
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

Discurso de Presentación

Ilmo. Sr. D. Manuel Gómez Barrera

Académico de número

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia «Reino de Aragón»
Excmas. e Ilmas. Autoridades Académicas, Colegiales y de la Administración
Señoras y Señores:

Sinceramente, pocas tareas más sencillas que presentarles las bondades de la Doctora Loreto Sáez-Benito Suescun me pueden encomendar, por ello comienzo agradeciendo a la Academia de Farmacia «Reino de Aragón» haber confiado en mí para presentar y dar la bienvenida a la Academia a mi admirada y gran amiga Loreto.

En primer lugar les comento que Loreto es Farmacéutica y que junto con su hermana Ana ejerce su labor asistencial en la Farmacia Sáez-Benito. Me permito en este momento hacer un saludo a su familia, a Rodrigo, a Diego y a Julia, que la Fuerza y la Música os acompañen siempre, y a todos los demás miembros de la familia Sáez-Benito a los que tengo la gran suerte de conocer y por los que siento un enorme cariño y una particular admiración.

Loreto realizó sus estudios de Farmacia en la Universidad de Navarra y sus estudios de posgrado y doctorado en la Universidad de Granada siempre en la rama de la Farmacia Asistencial, es decir, centrada en la atención a pacientes. Además de ello ha realizado cursos oficiales de Epidemiología e Investigación Clínica, también en la Universidad de Granada, de Bases metodológicas para revisión bibliográfica, de lectura crítica de publicaciones científicas en la prestigiosa Escuela Andaluza de Salud Pública y también de metodología estadística avanzada en la *Australian National University*.

Ha sido investigadora y coordinadora del Programa nacional de investigación CONSIGUE para la “Evaluación del impacto clínico del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes mayores” durante el periodo 2010-2015. En este estudio se demostraba que la Intervención Farmacéutica repercutía en beneficios clínicos y en una mejor asignación de recursos sanitarios. Es autora de numerosas publicaciones en revistas con factor de impacto y ha participado como ponente en varios Congresos internacionales de Sociedades Científicas como la “*International Pharmaceutical Federation*” o la “*European Society of Clinical Pharmacy*”.

Desde 2010 trabaja como Docente e Investigadora en la Universidad San Jorge en Zaragoza, impartiendo las asignaturas Información y Metodología Científica, Servicios Profesionales Farmacéuticos y coordinando las Prácticas

Tuteladas del Grado en Farmacia. Es profesora honorífica asociada de la Universidad Tecnológica de Sídney y Miembro de la Cátedra de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Como pueden ver, todo ello centrado en dos puntos fundamentales como son la labor asistencial de la profesión y la evidencia científica, conceptos que deben ir siempre de la mano, aunque ya sabemos que las cosas no siempre son sencillas.

Actualmente es Vicedecana y máxima responsable del Grado en Farmacia de la Universidad San Jorge. Grado que siempre ha tenido su punto de máxima atención en la atención a pacientes y que Loreto siempre ha sabido encontrar la manera de mejorarlo. Concretamente, en el Grado ha desarrollado junto a su hermana Ana las asignaturas de Servicios Farmacéuticos de tal forma que son un ejemplo para el resto de Facultades Españolas, ha elaborado un programa de Prácticas Tuteladas absolutamente innovador, ha facilitado la realización de estancias de alumnos en la Universidad Tecnológica de Sídney y ha diseñado un sistema de organización de la docencia en Farmacia que evita las jornadas maratónicas de clases por la mañana y prácticas por la tarde, que tampoco es sencillo.

Finalmente, a pesar de sus méritos profesionales e investigadores, se dice pronto lo que supone poner en negro sobre blanco la labor asistencial de la farmacia, los méritos personales y humanos de Loreto suponen un paso más allá. Además de su virtud de mejorar todo lo que llega, Loreto tiene la capacidad de generar buenas sensaciones por donde pasa. Loreto siempre lo da todo, sin importarle que sea demasiado, tiene una empatía desbordante, una capacidad ilimitada de transmitir optimismo, un respeto elevadísimo por todas las personas con las que comparte espacio, y un sinfín de habilidades sociales que hacen que todas las personas que trabajamos con ella estemos dispuestas a embarcarnos en cualquier tarea porque sabemos que con ella llegaremos bien, aunque sea al borde exterior de una galaxia muy muy lejana.

Un placer darte la bienvenida a la Academia amiga Loreto.

Salutación

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia “Reino de Aragón”.
Excmas. e Ilmas. Autoridades Académicas, Colegiales y de la Administración
Estimados familiares, amigos y compañeros,
Sras y Sres:

Es para mí un gran honor y responsabilidad el poder optar a ser recibida como Académica en la Ilustre Academia de Farmacia “Reino de Aragón” y por ello, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a su Presidente, el Dr. Santiago Andrés, a su Secretario, el Dr. Ignacio Andrés, y todos los miembros que la constituyen, que han considerado mi trayectoria investigadora merecedora de esta distinción.

Querría agradecer especialmente, por avalar mi candidatura y por realizar la presentación a mi discurso de ingreso, al Dr. Manuel Gómez, compañero y amigo, a quien admiro enormemente y en quien confío para cualquier toma de decisión. Por supuesto, muchas gracias por el apoyo de las personas que representan a la Universidad San Jorge (USJ), su Rectora Doctora Silvia Carrascal y nuestra Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Laura Zaurín.

Mis compañeros de esta Facultad, han sido mi apoyo y motivación durante los últimos años. En este tiempo, juntos, hemos creado un proyecto muy bonito, el grado en Farmacia de nuestra Universidad; juntos, hemos consolidado las bases para desarrollar proyectos de investigación y de innovación docente; y juntos, hemos formado ya a más de 10 promociones de alumnos, que ahora son compañeros farmacéuticos, y que trabajan en los muy diversos ámbitos, que conforman nuestra bonita profesión.

En este camino, he tenido la suerte de encontrar a Nuria Berenguer, que con su brillante mente y su generosidad inagotable, consigue guiarme para que no me pierda, y hacerme sonreír y disfrutar del día a día del trabajo.

Durante este tiempo, también he podido conocer y colaborar con grandes profesionales farmacéuticos que desde la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria trabajan y luchan por mejorar la práctica asistencial farmacéutica, por integrar al farmacéutico comunitario dentro del equipo de atención primaria de salud, y por conseguir que los pacientes utilicen los medicamentos de forma efectiva y segura.

La oportunidad de trabajar con todos ellos es en el fondo, el resultado de una época previa de formación, en que junto a mis compañeros de la Universidad de Granada aprendí los métodos de investigación clínica para el diseño, evaluación e implantación de los servicios farmacéuticos. Grandes doctores del campo de la Atención Farmacéutica me enseñaron absolutamente todo lo que sé sobre ella: M^a José Faus, Fernando Martínez, Charlie Benrimoj, Elle Felletto, Fernando Llimós, Miguel Ángel Gastelurrutia, Daniel Sabater, Victoria García-Cardenas, Raquel Varas...

Al margen de mi formación académica, preparando estos agradecimientos, han venido a mi memoria, las dos grandes experiencias que considero el origen de mi motivación personal por la mejora de la práctica farmacéutica.

La primera experiencia se inició en mi infancia y se ha prolongado durante años hasta el día de hoy. Mi madre, M^a Pilar Suescun Ordoñez, nos enseñó a mí y a mis 3 hermanos, con su ejemplo y dedicación durante los 53 años en que ejerció como farmacéutica en el barrio La Jota de Zaragoza, que la profesión farmacéutica en el ámbito asistencial consiste en ayudar a las personas ofreciendo tu conocimiento sobre la salud y los medicamentos, que para ayudar es necesario escuchar y comprender las situaciones de cada persona, y que para ello hay que ser muy generoso y paciente.

La segunda experiencia sucedió cuando yo tenía 23 años. Motivada por mi hermano Iñaki, me dediqué a buscar por mi cuenta prácticas de farmacia en Nueva York. Tras muchos intentos fallidos, terminé entrevistándome con el jefe de farmacia del hospital Monte Sinaí (Talaat Aggour) y realizando prácticas durante dos veranos en el satélite de farmacia de pediatría y cardiología del hospital. Años más tarde, puse en contacto a Talaat con mi profesor del Máster, Miguel Ángel Calleja, para venir como ponente al congreso de la SEFH en Granada. A raíz de ese viaje, se organizó un programa de intercambio entre farmacéuticos hospitalarios de España y Monte Sinaí, que duró varios años. Esta experiencia abrió mi mente y me hizo comprender que los retos, las dificultades o las barreras profesionales solo son herramientas para hacerte más fuerte y poder caminar más lejos; que no hay que rendirse cuando las cosas no salen a la primera, que el que busca algo corre el riesgo de encontrarlo, y que con el apoyo de las personas que te rodean, uno es capaz de hacer cosas impensables a priori.

Hablando de apoyos, debo decir, para terminar estos agradecimientos, que todo lo que hago en mi vida profesional es gracias a un conjunto de personas que están a mi lado y creen en mí.

Debo agradecer a mi madre y a mis hermanos, Iñaki y Javi, y muy especialmente a mi hermana Ana, por haberme respaldado para continuar formándome siempre, por enseñarme con su forma de ser, que es mejor ser solucionólogo que problemólogo.

A Rodrigo y a mis hijos, Diego y Julia, por ser los mejores compañeros de viaje, en los buenos y en los malos momentos. Por saber entender mis proyectos e incluso entusiasmarse con ellos.

A mis familias García y Sáez-Benito, por otorgarme el valioso regalo de respaldarme siempre para poder encontrar el equilibrio entre el crecimiento personal y profesional.

Por último, todas las palabras de cariño que puedan caber en un acto académico de esta índole para mis amigas, que sin saber muy bien a qué me dedico exactamente en mi día a día, siempre han creído en mí, y no sólo eso, siempre han pensado que yo era una especie de heroína sin capa con superpoderes para el trabajo. Gracias por hacerme creer que podía con cualquier cosa.

A continuación, paso a exponer el tema de disertación sobre mi área de especialización, la implantación de servicios farmacéuticos en farmacia comunitaria.

*Implantación de servicios
farmacéuticos en farmacia
comunitaria: de la eficacia
a la efectividad clínica*

Ilustre Sra. D.^a Loreto Sáez-Benito Suescun

Académica electa

1. INTRODUCCIÓN

La profesión farmacéutica se ha caracterizado siempre por atender a las necesidades de salud de la población, desde su condición de especialista en el medicamento. Su historia está marcada por una constante evolución, que la ha llevado desde su origen, centrado principalmente en la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales, hasta la realidad de hoy, en la que la industria farmacéutica asume la preparación de una gran mayoría de los medicamentos, y el papel del farmacéutico comunitario está más orientado hacia la asistencia de los pacientes que utilizan esos medicamentos (Bonal, 2019).

Desde la publicación en 1990 del artículo *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care* (Hepler & Strand, 1990), esta transformación de la misión del farmacéutico comunitario se desarrolló a nivel internacional bajo el concepto de la filosofía de práctica *Atención Farmacéutica*, y más concretamente, hacia la premisa de desarrollar e implantar diferentes *Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF)*, adaptados a las necesidades individuales de los pacientes (Foro de Atención Farmacéutica, 2008).

La industrialización farmacéutica ha supuesto un avance en la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos. Sin embargo, la complejidad de uso de éstos es también muy superior, existiendo una mayor variedad y especificidad de fármacos y formas farmacéuticas. El cada vez más elevado número de especialidades que utilizan los pacientes para prevenir y controlar sus problemas de salud, requiere por tanto una estrecha vigilancia de posibles interacciones y potenciales efectos adversos (Bonal, 2019).

La necesidad de este nuevo papel más asistencial del farmacéutico y más integrado en el equipo sanitario, se ha visto además reforzada por otros factores, tales como el envejecimiento progresivo de la población, la cronificación de muchos problemas de salud, y la transformación del propio funcionamiento del sistema sanitario, que promueve cada vez más el autocuidado responsable, y la atención primaria de salud (Sáez-Benito et al., 2019). Su accesibilidad y cercanía a los pacientes, junto con su formación como experto en el medicamento, han posicionado a la figura del farmacéutico comunitario como un agente clave para colaborar con el resto de los profesionales socio-sanitarios en la mejora de la calidad asistencial y el uso racional de los recursos sanitarios (Wiedenmayer et al., 2006).

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, el farmacéutico es considerado como un recurso valioso, con un gran potencial para mejorar la salud de las personas. Recientemente la *ONG Farmamundi*, ha llevado a cabo un proyecto de Educación para el Desarrollo, financiado por el Gobierno de Aragón (*Convocatoria 2023. Trámites Gobierno de Aragón., s.f.*), en el que reflejaba el papel del farmacéutico comunitario, como un *activo para la salud*. El concepto *activo para la salud* se define como un “factor o recurso que aumenta la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar” (Morgan & Ziglio, 2007). En este sentido, el farmacéutico puede convertirse en una figura clave en el modelo de activos, fortaleciendo las habilidades de los individuos para responsabilizarse de su propia salud (Astbury et al., 2021).

Sin embargo, el desarrollo de esta filosofía de práctica, y el progreso de este nuevo papel del farmacéutico comunitario no ha sido el esperado. La generalización de los servicios farmacéuticos, así como su integración y sostenibilidad en la práctica clínica habitual de los distintos ámbitos asistenciales, ha mostrado durante años constantes dificultades, que hasta el momento no han podido ser completamente solventadas (Hossain et al., 2017).

¿Por qué es tan difícil el avance en campo? ¿por qué tras muchos años de investigación, estudios de evaluación del impacto y programas de implantación locales y nacionales no se ha producido la implantación generalizada de los servicios?

La explicación a este problema de implantación está relacionada tanto con la variedad de servicios e intervenciones que se engloban dentro del concepto SPF, como por la diversidad de los ámbitos asistenciales donde se pretenden integrar los servicios. En el presente libro, se analiza el proceso de diseño, evaluación e implantación de los servicios farmacéuticos en España. En el primer apartado se analizan los principales servicios farmacéuticos englobados a nivel internacional dentro de la filosofía de práctica de la Atención Farmacéutica o *Pharmacy Practice*. En segundo lugar, se sintetizan las principales evidencias científicas sobre el impacto de los servicios farmacéuticos, y se presentan los hallazgos más novedosos obtenidos del estudio de su implantación. Para finalizar, se exponen 3 experiencias de servicios llevadas a cabo en nuestro país en los últimos 15 años: la indicación farmacéutica, el seguimiento farmacoterapéutico, y un programa de colaboración con el centro de salud.

2. LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Un Servicio Profesional Farmacéutico (SPF) en la farmacia comunitaria es “una acción o conjunto de acciones, llevadas a cabo u organizadas por una farmacia, ejecutadas por un farmacéutico u otro profesional sanitario, utilizando sus conocimientos específicos en salud, personalmente o de forma indirecta, con un paciente, con la población o con otro profesional sanitario, con el obje-

to de optimizar el proceso de la asistencia sanitaria y así mejorar los resultados en salud y el uso de los recursos sanitarios” (Moullin et al., 2013).

Como se ha comentado anteriormente, el desarrollo de estos servicios ha seguido un ritmo diferente a nivel internacional. Así, países como Canadá, Australia, Reino Unido (Benrimoj, 2010) cuentan con experiencias de servicios implantados y sujetos a una remuneración económica, mientras que países como Alemania, España, Dinamarca, Francia, Colombia etc. continúan estudiando el impacto y redefiniendo el marco teórico y los procedimientos de los servicios. En este sentido, uno de los primeros obstáculos que ha enlentecido el avance de los servicios en nuestro país ha sido la ausencia de un uso unívoco de los términos.

Desde los inicios de la atención farmacéutica, el desarrollo de los SPF se ha visto marcado por el amplio abanico de términos y conceptos propuestos y consensuados tanto por investigadores, como por sociedades científicas y profesionales a nivel nacional e internacional. La heterogeneidad de los términos ha dificultado no sólo la comparación de resultados entre los estudios, sino también su uso por parte de los profesionales sanitarios. Ejemplo de ello es la revisión sistemática de Pintor y colaboradores. Este trabajo mostró que un mismo término como *problema relacionado con la medicación* (PRM) hace referencia a aspectos clínicos tan diferentes como la adherencia farmacológica —indicador del proceso de uso de los medicamentos— y el control de la hipertensión arterial —resultado clínico de un mal uso del medicamento— (Pintor-Mármol et al., 2012).

Así, por ejemplo, algunas investigaciones afirman que el servicio *pharmaceutical care*, identifica o previene un número determinado de PRM, refiriéndose a faltas de adherencia, potenciales interacciones, duplicidades etc. Al mismo tiempo, otros estudios concluyen que el servicio *pharmaceutical care* resuelve PRM tales como, efectos adversos, o incluso ineffectividades terapéuticas, por ejemplo, la hipertensión arterial mal controlada. Esta confusión de conceptos dificulta la interpretación y comparación entre estudios. Obviamente, la significación clínica de una intervención del farmacéutico no es la misma cuando con ella se evita una potencial interacción farmacológica, que cuando resuelve un efecto adverso debido a esa interacción.

Esta confusión y diversidad de términos se observa también en la denominación de los servicios. Un mismo SPF puede ser denominado de forma diferente en función del autor. Ejemplo de ello son los términos *pharmaceutical care* y *seguimiento farmacoterapéutico* o *revisión del uso de la medicación* y *revisión de la medicación de tipo I*. De la misma forma, servicios distintos pueden denominarse con el mismo término a pesar de presentar importantes diferencias en sus procedimientos (Center for Chronic Disease Prevention et al., s.f.). El servicio “revisión de la medicación”, por ejemplo, puede referirse a la mejora del uso de los medicamentos o la mejora del resultado clínico de esos medicamentos. Algunos investigadores señalan esta importante controversia entre la denominación de los servicios, como una causa probable de los resultados contradictorios entre los estudios publicados en revistas científicas de alto índice de impacto (Amariles et al., 2007).

La diferenciación y caracterización de los SPF es clave para realizar correctamente su evaluación e implantación en la práctica clínica. Esto es debido en gran parte a la naturaleza de estas intervenciones, que lejos de ser intervenciones puntuales y concretas, son intervenciones **complejas y multicomponentes** (Craig et al., 2008). A continuación, profundizaré en este aspecto para posteriormente explicar las repercusiones que esto tiene en las dificultades vividas en la evaluación e implantación de los servicios en nuestro país.

2.1. Intervenciones complejas

Los SPF son considerados intervenciones complejas, en primer lugar, porque contienen diversos componentes que interactúan, y que además pueden llevarse a cabo con cierto grado de flexibilidad. Su complejidad hace además referencia a, la variedad de posibles resultados y a la variabilidad de la población objetivo (Craig & Petticrew, 2013).

Un claro ejemplo de ello es el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Este servicio consta de varias etapas que pueden variar mucho en función del perfil del farmacéutico que lo realice y el paciente que lo recibe (Foro AF-FC, 2019.). En la figura 1 se muestra el proceso de este servicio. El SFT consta de una primera fase en que se analiza la situación del caso; se obtiene la información del paciente, y se estudia y evalúa la necesidad, efectividad y seguridad de su farmacoterapia. La aplicación de todos estos pasos es bastante flexible.

El resultado final del servicio puede verse afectado por muchos factores. En primer lugar, la obtención de la información del paciente va a depender de aspectos como la accesibilidad a la información y la calidad de ésta. La capacidad de intervenir variará dependiendo de si el paciente proporciona claramente la información sobre su uso de los medicamentos o si la información que aporta está incompleta. Asimismo, la capacidad de proponer intervenciones adecuadas será mayor si se dispone de parámetros clínicos para evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento. Esto contrasta con la situación en la que se actúa únicamente basándose en indicadores del proceso de uso del medicamento.

El estudio y la evaluación de la farmacoterapia están también condicionados por las competencias clínicas del farmacéutico prestador del servicio. La experiencia del farmacéutico es clave para identificar los problemas relacionados con el uso de la medicación, que podrían provocar ineffectividad o inseguridad de la farmacoterapia del paciente. Finalmente, el plan de actuación y las intervenciones concretas que el farmacéutico pueda proponer y ejecutar variarán significativamente. Esto dependerá de factores como su experiencia clínica, su grado de colaboración con el médico y su capacidad de influir en los comportamientos de ese paciente en concreto.

Esta complejidad, intrínseca en mayor o menor medida a todos los servicios de salud, tiene implicaciones importantes en el desarrollo, evaluación y posterior implantación de los SPF.



Figura 1. Proceso del servicio de SFT.

2.2. Desarrollo de intervenciones complejas

Uno de los documentos marco en la investigación de intervenciones en salud es la *Guía de desarrollo de intervenciones complejas*, desarrollada por el Consejo de investigación médica de Reino Unido (Craig & Petticrew, 2013). Este documento, que cuenta ya con 3 actualizaciones desde su primera versión en el año 2008 propone las siguientes etapas y acciones clave para este proceso (figura 2):



Fuente: Adaptado de (Craig et al., 2008).

Figura 2: Elementos clave del proceso de diseño y evaluación de intervenciones complejas.

- Diseño:** Identificar el fundamento teórico y la evidencia científica que justifica proponer esa intervención. Modelizar los pasos del proceso.
- Viabilidad / pilotaje:** Explorar la viabilidad de la intervención en el contexto donde va a llevarse a cabo. Probar las herramientas e indicadores de

evaluación del servicio para adelantarse a posibles problemas y calcular el tamaño de muestra necesario para evaluar su impacto.

3. **Evaluación:** Seleccionar el mejor diseño de investigación posible para evaluar el impacto del servicio en cuestión y el proceso por el que éste tiene lugar.
4. **Implantación:** Analizar el nivel de adopción del servicio en la práctica clínica, monitorizando la adhesión a los componentes clave de la intervención y los resultados obtenidos a largo plazo.

La experiencia en esta área de investigación ha llevado a consolidar algunas reflexiones y afirmaciones sobre el proceso de desarrollo de un servicio (Craig, 2017):

- Es necesaria una base teórica de los servicios para entender su efecto. La elección de los componentes del servicio debe estar debidamente sustentada en la evidencia científica.
- Es necesario identificar qué indicadores de resultado clínico son sensibles a la intervención. Por ejemplo, disminuir el número de reingresos hospitalarios pueden ser un resultado muy deseado y ser un indicador sensible al cambio, en el caso de intervenciones con pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca o EPOC. Este mismo resultado puede no ser adecuado para evaluar intervenciones en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial.
- La variabilidad de resultados en cada individuo puede requerir tamaños de muestra mayores. El pilotaje del estudio de evaluación permite disponer de estos datos y calcular correctamente el tamaño de muestra necesario para demostrar el efecto buscado.
- A largo plazo, la falta de efecto del servicio puede ser debida a un fallo de implantación. Es clave identificar los componentes críticos del servicio y asegurar la adhesión a ellos cuando el servicio se lleva a cabo en la práctica clínica.
- Puede ser necesario adaptar la intervención en cada ámbito en que vaya a implantarse. Forma parte del proceso natural de desarrollo de una intervención, su readaptación en función del contexto clínico, social y laboral.
- Todas las etapas son importantes. Centrarse demasiado en la evaluación del impacto sin realizar adecuadamente el desarrollo y pilotaje, o bien sin tener en consideración los aspectos prácticos de su implantación, tiene como resultado una intervención más débil, difícil de evaluar y con menos probabilidad de ser implantada o de que merezca la pena implantarla.
- El recorrido por estos pasos, además, no tiene por qué ser lineal; el proceso puede ser iterativo. Un servicio puede ser diseñado, probado y de

nuevo volver a la etapa de diseño para mejorar el proceso del servicio o sus herramientas. Igualmente, un servicio puede ser evaluado en repetidas ocasiones antes de su implantación. Para ello deberá realizarse también el pilotaje de cada de esas evaluaciones.

Por consiguiente, para facilitar el proceso de desarrollo y evaluación de las intervenciones sanitarias, es clave formularse preguntas que guíen los pasos a seguir y la toma de decisiones:

Inicialmente, en la fase más conceptual o teórica del diseño del servicio debemos clarificar los siguientes aspectos: ¿qué resultado quiero obtener? ¿Cómo voy a conseguir este objetivo? ¿Hay una base teórica en la intervención que estoy planteando? ¿La intervención está suficientemente descrita de forma que pueda ser llevada a cabo de forma adecuada por otras personas y evaluada? ¿Hay evidencia científica que sustente la posibilidad de que la intervención puede ser efectiva o coste-efectiva? ¿Hay posibilidades de que la intervención sea implantada de forma extensa si los resultados son favorables?

En las fases posteriores de pilotaje y evaluación del servicio es necesario plantearse otros aspectos como: ¿el servicio ha sido probado para comprobar que es factible llevarlo a cabo tal y como está descrito? ¿en cuántas personas debo estudiar esta intervención para demostrar su eficacia y efectividad? ¿qué tipo de diseño metodológico (experimental vs observacional) es más adecuado para esta evaluación del servicio?

Finalmente, ante una intervención efectiva que desee ser implantada, la pregunta clave es, ¿qué es necesario cambiar en la práctica clínica y cuáles son las barreras y facilitadores de este cambio? ¿Cómo voy a monitorizar a medio y largo plazo que el proceso del servicio se lleva a cabo y que se alcanzan los resultados esperados? (Skivington et al., 2021)

La naturaleza compleja de las intervenciones requiere diferenciar claramente los componentes de los servicios y tenerlos presentes durante todo el proceso desde su desarrollo inicial hasta su implantación en la práctica clínica. A continuación, mostraré una jerarquía de servicios que pueden ayudar a guiar y ordenar los procesos de evaluación e implantación de éstos.

2.3. Jerarquía de servicios

Como ya hemos dicho, los servicios farmacéuticos que se pueden poner en práctica en el ámbito de la farmacia comunitaria adquieren diferentes denominaciones en función del país donde se realicen. La mayoría tienen objetivos similares, pero con diferentes definiciones y herramientas. Es fundamental comprender estas diferencias entre los SPF tanto para analizar su impacto como para planificar su implantación e integración en la práctica clínica.

Por un lado, existe una jerarquía que distribuye los SPF en base a su grado de complejidad y a la dificultad de su implantación (Benrimoj et al, 2010). Por otro lado, se habla del importante contraste entre los servicios que tienen un

enfoque hacia la mejora del proceso de uso del medicamento y aquellos que se centran en mejorar los resultados clínicos del paciente (Amariles et al., 2007). A modo de resumen, en la tabla 1 se muestran los distintos niveles de servicios y su enfoque hacia el proceso de uso o el resultado clínico de los medicamentos.

Tabla 1. Jerarquía de servicios.

Nivel	SPF	Descripción	
I	Información de medicamentos	Provisión verbal y escrita durante una dispensación o indicación farmacéutica.	P
II	Cumplimiento, adherencia y/o concordancia	Provisión de información verbal y escrita y/o uso de ayudas para el cumplimiento	P
III	Detección de enfermedades	Participación en programas de detección de enfermedades	P
IV	Prevención de enfermedades	Charlas o asesoramiento sobre temas relacionados con la salud	P
V	Intervención clínica	Intervenciones puntuales para prevenir o resolver un problema relacionado con los medicamentos.	P
VI	Revisión del uso de los medicamentos	Revisión del proceso de uso de los medicamentos del paciente.	P
VII	Programas de gestión de la medicación	Intervenciones clínicas del farmacéutico orientadas a alcanzar los objetivos de la farmacoterapia. Este servicio puede realizarse con y sin el seguimiento del paciente.	R
VIII	Programas de gestión de la enfermedad	Intervenciones clínicas farmacéuticas orientadas al control de un problema de salud específico y crónico del paciente.	R
IX	Participación en las decisiones terapéuticas	Inclusión del farmacéutico en el equipo sanitario para la gestión de la farmacoterapia del paciente	R
X	Prescripción complementaria	Inclusión del farmacéutico en el equipo sanitario para la prescripción de medicamentos del paciente. Este servicio puede realizarse de forma independiente o complementaria a las prescripciones del médico.	R

Leyenda: P: Servicio centrado en mejorar el proceso de uso de los medicamentos; R: Servicio centrado en mejorar los resultados clínicos de los medicamentos.

Fuente: Adaptado de (Benrimoj et al, 2010).

Como ya se ha comentado, tener en cuenta esta jerarquía ayuda a planificar bien la evaluación del servicio y su implantación. Así, por ejemplo, servicios con un nivel de complejidad bajo, como la información de medicamentos, o la mejora de la adherencia, requerirían en principio un menor cambio en la

práctica habitual y, a priori, se puede prever un menor uso de recursos para su implantación. Por el contrario, los programas de gestión de la enfermedad, participación en decisiones terapéuticas y servicios de prescripción complementaria (niveles VIII-X) han requerido en otros países un esfuerzo mayor para su implantación que los anteriores, incluyendo por ejemplo cambios en el sistema de comunicación en atención primaria, en el sistema de retribución y en los requisitos de acreditación para los farmacéuticos prestadores.

Una vez clarificadas la naturaleza y característica de los principales servicios farmacéuticos englobados en el concepto “Atención Farmacéutica” pasará a abordar las evidencias científicas sobre su impacto clínico.

3. EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL IMPACTO CLÍNICO DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS

La evidencia del impacto clínico es normalmente un requisito indispensable para que un SPF decida ser implantado en la práctica clínica. Ésta debe ser obtenida mediante estudios con suficiente rigor metodológico. En este punto, es interesante mencionar los métodos de investigación más habitualmente utilizados para determinar el impacto clínico de las intervenciones.

El impacto clínico hace referencia a una relación causa-efecto entre la intervención y el beneficio obtenido. Los diseños más robustos para ello son los Ensayos Clínicos Controlados (ECC). Estos estudios aleatorizan a cada uno de los participantes del estudio entre los grupos control (que reciben la atención habitual) e intervención (que reciben el servicio que está siendo evaluado). Sin embargo, no siempre es viable esta aleatorización entre grupos y en ocasiones se prefiere el uso de diseños cuasi-experimentales. Este segundo tipo de diseños pueden tener un grupo comparación, en el que los pacientes han sido incluidos sin ser aleatorizados, o simplemente contar con el grupo de pacientes que reciben el servicio. La asignación de los grupos por motivos diferentes al azar, o en su caso, la ausencia de un grupo de pacientes control con que comparar el efecto, limita la fiabilidad o la validez interna de las conclusiones de estos estudios. No obstante, el nivel de evidencia científica que proporcionan los estudios experimentales no aleatorizados se considera aceptable para realizar la evaluación de los servicios. Por último, determinados servicios no se pueden evaluar utilizando diseños experimentales; se analizan mediante estudios observacionales. Estos diseños no experimentales son capaces de demostrar correlaciones entre el servicio y el resultado, aunque no pueden demostrar una relación causa-efecto.

3.1. Eficacia vs efectividad: Estudios pragmáticos

Los resultados del impacto de un servicio incluyen tanto datos de eficacia, como datos de efectividad clínica. La principal diferencia entre estos dos términos hace referencia a las condiciones en que se evalúa el servicio. Así, la efica-

cia de las intervenciones se entiende como la capacidad de producir un efecto deseado en condiciones ideales o controladas, mientras que la efectividad de un servicio es la capacidad de producir ese resultado en la práctica clínica diaria (Burches, 2020).

Los medicamentos demuestran su eficacia en los ECC, pero su verdadera efectividad se evalúa en el uso diario, que puede estar influenciado por una variedad de factores. De forma similar, los servicios farmacéuticos teóricamente eficaces pueden experimentar variaciones significativas cuando se aplican en entornos clínicos reales. En este sentido, la efectividad de un servicio tiene que ver con el efecto que éste tendrá una vez consiga ser implantado en la práctica clínica. Por tanto, son los resultados de efectividad los realmente relevantes para la toma de decisiones clínicas.

En este sentido, es importante clarificar qué métodos de investigación sirven para demostrar efectividad en vez de eficacia. Las investigaciones que evalúan la eficacia de las intervenciones se denominan estudios explicativos, mientras que las que analizan su efectividad se denominan estudios pragmáticos (Collins et al., 2020). La principal diferencia entre ellos es que, los estudios de naturaleza explicativa priorizan la precisión de sus resultados, es decir, la validez interna del estudio. Esto generalmente se consigue a expensas de disminuir la validez externa de los hallazgos, es decir, de su aplicabilidad en diferentes contextos. Los estudios pragmáticos, por el contrario, buscan maximizar la aplicabilidad y generalización de sus resultados. Por tanto, una vez se ha generado suficiente evidencia de eficacia de un servicio, los resultados de su efectividad obtenidos con estudios que tengan un marcado pragmatismo son más interesantes para la toma de decisiones en salud (Maclure, 2009).

El mayor nivel de pragmatismo se consigue en realidad con estudios observacionales, en el que investigador únicamente describe el resultado de una intervención que ya se está llevando a cabo en una práctica asistencial. Sin embargo, como ya se ha comentado, este tipo de diseños son limitados para demostrar el impacto de un servicio, y normalmente es necesario generar primero evidencia con ECC, para demostrar causa-efecto.

La manera de distinguir entre un ECC explicativo y otro pragmático no es sencilla. En realidad, los estudios suelen incluir aspectos de ambos tipos. La herramienta validada PRECIS-2 es útil para analizar el grado de pragmatismo de las investigaciones; es decir, de su capacidad de medir efectividad de intervenciones en lugar de eficacia. Esta herramienta consiste en 9 dominios que se puntúan de 1 (muy explicativo) a 5 (muy pragmático) (Loudon, 2015). En la figura 3 se muestran las preguntas a los que hacen referencia dichos dominios. Cuanto más similar sea cada uno de estos aspectos del estudio a la realidad de la práctica asistencial donde se pretende implantar el servicio, más pragmático es el estudio y más validez externa tienen sus resultados de impacto.

Esta herramienta es especialmente útil, si tenemos en cuenta que el verdadero objetivo que se persigue cuando se mide el impacto de cualquier intervención es, su implantación en la práctica clínica diaria, así como su sostenibilidad

en el tiempo. PRECIS 2 puede ser utilizada tanto por investigadores, para decidir como plantear sus estudios, como por profesionales que deban tomar decisiones relacionadas con la implantación de un servicio (Ka Shing et al., 2015)

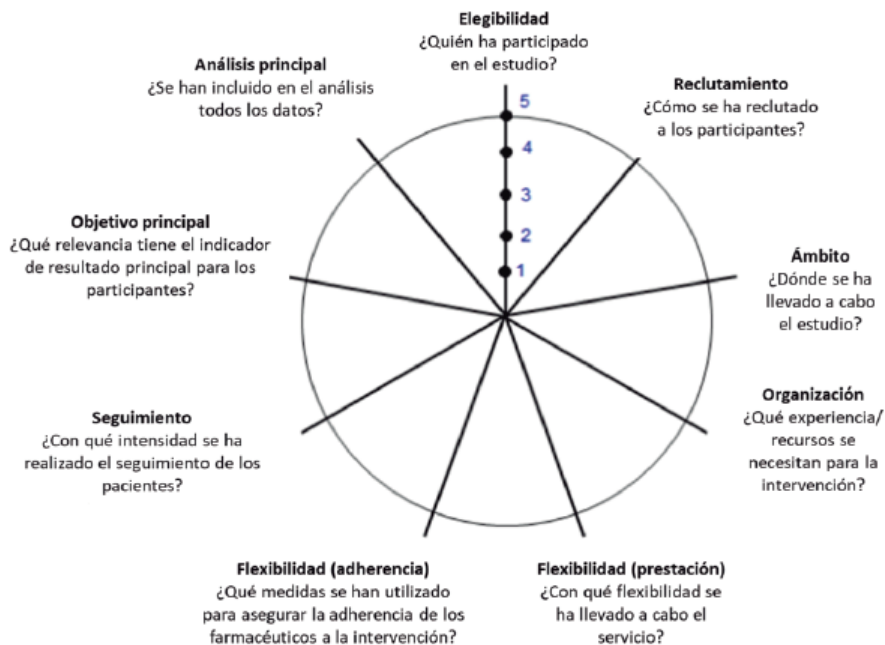


Figura 3. Herramienta PRECIS 2 para describir el pragmatismo de un estudio.

Considerando este enfoque, podríamos afirmar que los servicios deben ser evaluados inicialmente para analizar su eficacia. Una vez se identifiquen los indicadores sensibles al efecto del servicio, éste debería ser evaluado mediante estudios con un marcado enfoque pragmático, con el objetivo de reducir al máximo la brecha entre las condiciones de investigación y la práctica habitual.

3.2. Servicios con mayor evidencia de impacto clínico

La gestión de los servicios sanitarios busca la mejora continua en la calidad asistencial y la salud de la población, en parte debido a las presiones que sufren los sistemas sanitarios. Este estándar de calidad requiere de la aplicación de la metodología de la práctica basada en la evidencia, entendida como el uso consciente y explícito de la mejor y más actual evidencia científica disponible. En la actualidad se habla de *asistencia basada en la evidencia* refiriéndose a la aplicación de la investigación a la gestión y a la política de los servicios sanitarios (Echevarría, 2001).

¿Cuál es la mejor evidencia que hay en la actualidad de efectividad clínica de los SPF en la farmacia comunitaria? ¿qué avala la necesidad de su implantación en nuestro sistema de salud? Son muchas las investigaciones que muestran el efecto beneficioso de las intervenciones del farmacéutico sobre diferentes indicadores de proceso y resultado clínico.

Las revisiones sistemáticas constituyen una fuente objetiva y útil, ya que resumen la evidencia de todos los estudios primarios relevantes sobre un tema, evalúan la calidad de dichos estudios, y comparan sus resultados (Hardi, 2014). En la tabla 2 se reflejan las principales conclusiones obtenidas en revisiones sistemáticas sobre la efectividad clínica de SPF en farmacia comunitaria, publicadas e indexadas en la base de datos de Medline en los últimos 5 años.

Tabla 2. Conclusiones de revisiones sistemáticas sobre la efectividad clínica de

(Autor, año) Nº de estudios	Servicio Población	Conclusiones
(Coutureau et al., 2022) 12 ECC	Gestión de la diabetes	Mejora del control glucémico (HbA1c)
	Pacientes con diabetes tipo 2	
(Mahdavi & Esmaily, 2021) 11 ECC, 8 cuasi-experimentales, 2 observacionales	Intervención educativa	Mejora de la adherencia al tratamiento, severidad de los síntomas y control del asma
	Pacientes con asma	
(Newman et al., 2020) 15 revisiones sistemáticas	Gestión de enfermedades crónicas	Mejora de HbA1c, colesterol total y LDL, presión arterial, adherencia farmacológica, reingresos.
	Pacientes con diabetes, hiperlipidemia, SIDA, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.	
(Abdulrhim et al., 2020) 7 revisiones sistemáticas	Servicio multidisciplinar no específico	Mejora de HbA1c, glucemia en ayunas, presión arterial, índice de masa corporal, colesterol total, LDL.
	Pacientes con diabetes.	
(Yuan et al., 2019) 52 ECC; Meta-análisis de 25 ECC	Servicio no específico	Mejora de control de asma, índice de masa corporal, colesterol, HbA1c, presión arterial sistólica y diastólica
	Pacientes con problemas de salud crónicos	
(Martínez-Mardones et al., 2019) 69 ECC	Revisión de la medicación	Mejora de la presión arterial, colesterol y HbA1c. Blood pressure, cholesterol, and type 2 diabetes mellitus
	Pacientes con enfermedad cardiovascular.	

Fuente: Elaboración propia.

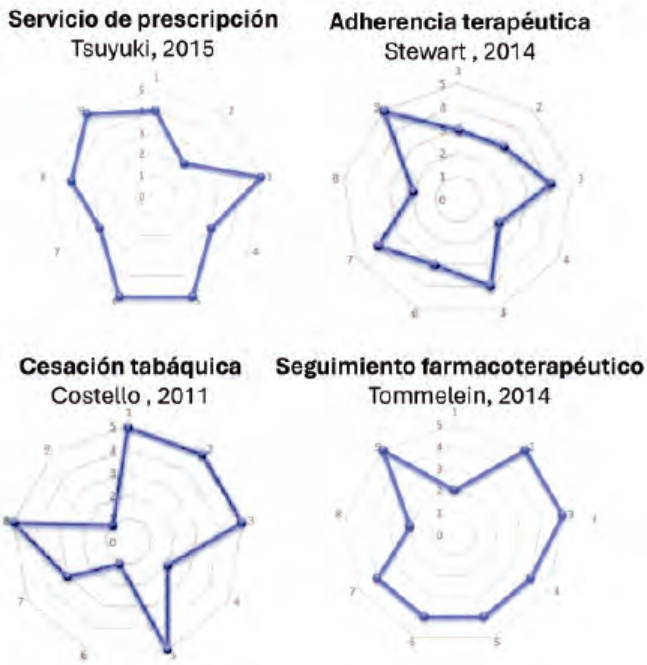
Para realizar una práctica basada en la evidencia sería necesario que hiciéramos una evaluación crítica de la calidad con que están hechas estas revisiones. No obstante, estos datos permiten identificar qué servicios han mostrado un nivel más alto de evidencia de impacto clínico, en qué grupos poblacionales, y cuáles son los indicadores de resultado clínico sensibles a estos servicios. Como se puede observar en la tabla 2:

- Hay un nivel alto de evidencia del impacto clínico de los programas de gestión de enfermedades crónicas sobre indicadores de resultado intermedios (parámetros clínicos de control de diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedades respiratorias).
- La intervención educativa en pacientes con asma tiene un impacto clínico no sólo sobre la adherencia farmacológica, sino también sobre el control clínico del asma.

Las principales implicaciones de este análisis, para los futuros estudios de evaluación del impacto clínico son:

- Tres de estas revisiones sistemáticas no diferencian entre los tipos de intervenciones. En general, en todas ellas, el grado de detalle de la descripción del servicio es insuficiente para entender bien los componentes clave de las intervenciones y explicar por qué y cómo mejora cada indicador de resultado.
- Los indicadores de resultado identificados como sensibles a la intervención del fármaco deberían ser ampliamente utilizados para poder analizarlos conjuntamente con la técnica de meta-análisis.

Por otro lado, atendiendo al concepto de pragmatismo antes explicado, cabe destacar el trabajo realizado en una revisión sistemática del 2021, que analizó la evidencia de ECC pragmáticos sobre la efectividad clínica de los SPF en la farmacia comunitaria. Sus resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el control de indicadores de resultado clínico (presión arterial, tabaquismo y exacerbaciones de EPOC) para los servicios de prescripción complementaria, adherencia, cesación tabáquica y seguimiento farmacoterapéutico. En la figura 4 se representa el resultado de la herramienta PRECIS-2 de los estudios considerados con mayor nivel de pragmatismo de esta revisión.



Fuente: Adaptado de (R. Varas-Doval et al., 2021).

Figura 4. Descripción del pragmatismo de los estudios utilizando la herramienta PRECIS-2.

Como se puede observar en los diagramas, los aspectos con menos carácter pragmático de estos ECC son:

- **El reclutamiento:** Los estudios ponen más medios para reclutar a los participantes que los que habitualmente hay disponibles. Esto puede hacer que, en la implantación, el servicio no alcance al mismo número de personas. En la estrategia de implantación puede ser interesante plantear una herramienta o recurso para facilitar este paso.
- **La organización:** Los recursos y la experiencia de los prestadores del servicio son mayores que los habituales en la práctica clínica. Esto puede afectar a la fidelidad con que se ejecute el servicio cuando se implante. Las recomendaciones para evitar este problema son acreditar a los farmacéuticos prestadores del servicio y monitorizar los puntos clave del proceso cuando el servicio se implante.
- **El seguimiento:** La monitorización de los participantes en el estudio es más intensa que la que probablemente recibirá en el contexto asistencial normal. Esto podría traducirse en un menor beneficio del servicio que se lleve a cabo en el contexto clínico diario. En la fase de implan-

tación será recomendable vigilar y comprobar que el efecto del servicio continúa sucediendo.

- **El objetivo principal:** El indicador de resultado principal no está disponible habitualmente en la práctica clínica, o al menos no de la misma forma que en el estudio. Será necesario por tanto readaptar esta parte del servicio para monitorizar su efecto a largo plazo.

De acuerdo con este análisis, esta revisión sistemática concluye que hay evidencia de suficiente de la efectividad clínica de servicios de prescripción complementaria, adherencia farmacológica, cesación tabáquica y seguimiento farmacoterapéutico. Los ECC que avalan este impacto clínico tenían un marcado grado de pragmatismo, lo que como se ha comentado anteriormente, supone un valor añadido para la toma de decisiones. (R. Varas-Doval et al., 2021)

A pesar de estos resultados, es importante recordar que los beneficios clínicos demostrados solo se materializarán para los pacientes reales una vez que estos servicios se incorporen a la rutina de las farmacias comunitarias.

4. LA CIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN: DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la actualidad hay una importante brecha entre la evidencia científica y la práctica de los SPF. Se asignan considerables recursos económicos y humanos a la evaluación del impacto clínico de las intervenciones. Sin embargo, el resultado final en términos de implantación real de los servicios sigue siendo todavía limitado.

Una pregunta recurrente en este sentido es, ¿qué está fallando? La ciencia de la implantación busca la respuesta a esta pregunta; estudia los métodos para promover el uso sistemático de la evidencia científica en la práctica clínica, para mejorar la calidad de la atención sanitaria. (Eccles & Mittman, 2006). Sus investigaciones tienen como objetivo:

- Explorar las estrategias para incorporar intervenciones en ámbitos específicos
- Identificar los procesos y factores relacionados con una integración satisfactoria
- Supervisar los elementos clave de la intervención original en la práctica clínica.
- Plantear posibles adaptaciones de la intervención a la práctica clínica.

La implantación de servicios es un área de investigación en que la farmacia comunitaria ha tenido una experiencia limitada en el pasado. ¿Cuál es el conocimiento actual? Tomando como referencia la experiencia de otros países,

podemos asumir que, la adopción o no de un programa de salud generalmente no está vinculada al peso de la evidencia científica de su impacto clínico, ni a la difusión a través de guías o correos electrónicos, ni a la calidad de la formación. Además, los incentivos económicos por sí solos no logran garantizar la implantación de las intervenciones. En cada contexto, existen diversos factores que pueden obstaculizar o favorecer el proceso de implementación. Comprender estos factores es crucial para diseñar estrategias de implantación apropiadas (Fixen, 2005).

4.1. Barreras y facilitadores de la implantación

Uno de los aspectos que se ha analizado en primer lugar a nivel internacional para entender el lento avance de la implantación de los servicios, han sido las barreras percibidas por los farmacéuticos (Roberts et al., 2003; Gastelurrutía et al., 2007). Un trabajo cualitativo en el que se analizaron las barreras para la implantación y la sostenibilidad de los SPF, mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a farmacéuticos en España, identificó, en el año 2007, 6 categorías diferentes de barreras, que incluían las relativas al farmacéutico, a la profesión farmacéutica, a la farmacia como organización, a la administración sanitaria, a los médicos y sus colectivos o a los pacientes (tabla 3).

Tabla 3. Barreras de la implantación de los SPF en España, identificadas en un estudio de 2007.

Farmacéutico
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación adecuada, poco orientada a atender las necesidades de los pacientes • Necesidad de cambio de actitud • Miedo al cambio • Actividad más empresarial que profesional • Incertidumbre sobre el futuro profesional
Farmacia
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de pago por los servicios cognitivos que se ofrecen • Ausencia de mensajes claros e inequívocos • Estructura de las farmacias: • Demasiado pequeñas, fundamentalmente orientadas al proceso distributivo y de venta de productos, sin zonas de atención personalizada, exceso de tareas administrativas, con poco tiempo
Profesión farmacéutica
<ul style="list-style-type: none"> • El actual sistema de remuneración de la farmacia no facilita la implantación de nuevos servicios • Falta de liderazgo claro en la organización colegial • Falta de preparación de la Universidad para dar respuesta a la enseñanza de materias clínico-asistenciales que demanda la profesión

Administración sanitaria
• Falta de apoyo decidido de las autoridades sanitarias
Médicos
• Mala relación con los médicos, que desconocen estos servicios y que, debido a ese desconocimiento, temen que el farmacéutico incurra en el intrusismo profesional
Pacientes
• Falta de demanda de los servicios

Fuente: Adaptado de: Gastelurrutia et al., 2007.

Estos trabajos fueron complementados posteriormente por el estudio de los facilitadores de la implantación de servicios. Un estudio cualitativo realizado en Australia sugería que la implantación de los servicios se consigue cuando se produce un cambio en el papel y las funciones de los profesionales implicados. En muchas ocasiones son necesarios apoyos externos que respalden el proceso de implantación. Son también fundamentales aspectos como la reorganización de la estructura de la farmacia y sus funciones, la comunicación, el liderazgo interno, y la delegación de tareas (Hossain et al., 2017).

En este sentido, se habla de los siguientes roles en la implantación de un servicio:

- **Prestador del servicio:** Encargado de llevar a cabo el servicio. Debe estar adecuadamente formado y/o acreditado.
- **Facilitador del cambio de práctica:** Personas pertenecientes a instituciones, generalmente las organizaciones colegiales, que se encargan de propiciar la prestación del servicio. Su trabajo consiste en evaluar las barreras y facilitadores para la implantación y proponer una intervención orientada a ese factor identificado. Deben tener una formación técnica importante, tanto en el servicio como en las estrategias de implantación. En los últimos años, algunos programas nacionales como conSIGUE, Concilia medicamentos o adherenciaMED, han tenido esta figura bajo el nombre de Formador Colegial o FoCo.
- **Líder interno:** Persona que apoya y promueve la implantación del servicio, dirigiendo el proceso ante posibles indiferencias o resistencias al cambio. Esta figura es imprescindible para asegurar la continuidad de un servicio, y suele recaer, en el caso de la farmacia comunitaria, en el farmacéutico titular.

El conocimiento de estos factores de implantación ha permitido proponer interesantes estrategias en nuestro país. La profesión se ha formado en competencias clínicas, y de comunicación, a través de programas de formación continua, y programas de formación reglada de grado y postgrado en las Universidades; se han llevado a cabo iniciativas que incluían la remuneración del

farmacéutico, se han promovido numerosos programas de evaluación de servicios, en todo el territorio español, con una importante dedicación por parte de las farmacias comunitarias (Medafar, conSIGUE, IndicaPRO, Concilia Medicamentos, Adherencia Med, entre otros); las Universidades han modificado sus currículos, incorporando competencias más clínicas y utilizando metodologías docentes (aprendizaje basado en problemas, prácticas con pacientes simulados y pacientes reales) y de evaluación apropiadas para este tipo de formación (pruebas de evaluación clínica objetiva estructurada). Gracias a estas estrategias y al esfuerzo conjunto de distintos sectores de la profesión, farmacéuticos, asociaciones colegiales, sociedades científicas, afortunadamente, hoy en día, muchas de estas barreras han sido mitigadas.

Como consecuencia de esto, y también de la importante labor que el farmacéutico comunitario ha jugado en la atención primaria de salud en España durante la pandemia COVID-19, su papel hoy está más reforzado y su figura se consolida cada vez más como un profesional de referencia, con funciones más allá de la mera conservación de los medicamentos, y de la dispensación e indicación de los tratamientos.

Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer para poder hablar de una verdadera integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar. A continuación, describiré como se ha planteado en nuestro país el abordaje de este tema pendiente de nuestra profesión.

4.2. Programas para la implantación de SFC

Tal y como se ha explicado al inicio de este discurso, la *Guía para el desarrollo y la evaluación de intervenciones complejas* (Craig et al., 2008; Skivington et al., 2021), señala como una de las etapas clave del proceso, la fase de diseño de las intervenciones.

Analizando las experiencias de implantación españolas de los últimos 15 años, se detecta que este paso ha sido en muchos casos obviado o pasado por alto. Servicios como el seguimiento farmacoterapéutico, la conciliación de medicamentos, la revisión de la medicación con SPD han sido definidos y consensuados por numerosas organizaciones, tanto nacionales como internacionales. Es posible encontrar guías metodológicas donde se detallan todos los pasos y herramientas requeridas para su puesta en marcha. Las Universidades incluyen en sus temarios algunos de estos procedimientos para que los futuros farmacéuticos conozcan el marco teórico que subyace a la práctica basada en servicios. Sin embargo, son pocos los estudios que hayan puesto a prueba esos procedimientos y los hayan adaptado a las necesidades de los profesionales y pacientes implicados.

Numerosos estudios indican que las dificultades en la implementación de los SPF pueden atribuirse a una planificación insuficiente en las etapas iniciales. Además, resaltan la importancia de protocolos o guías, así como el uso de teorías de la implantación (Moullin et al., 2015). A continuación, pasaré

a resumir uno de los protocolos más utilizados en intervenciones en salud, denominado *Intervention Mapping* (Durks et al., 2017) y el *Modelo FISpH* para la evaluación de programas de implantación de los SPF (Moullin et al., 2016).

4.2.1. *Intervention mapping*

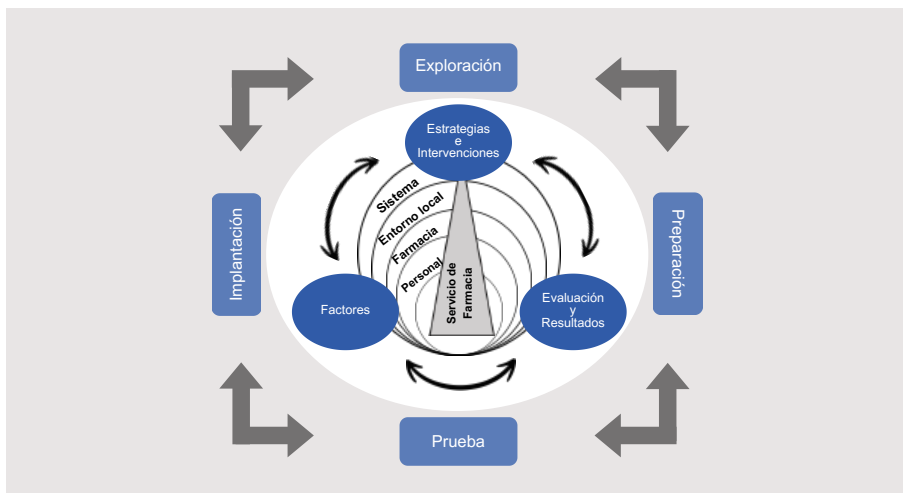
El marco teórico *Intervention mapping* propone una serie de pasos para el diseño de los servicios. En primer lugar, se plantea la creación de un grupo multidisciplinar que actúe como líder en el proceso de desarrollo del servicio. Este equipo debe analizar las necesidades de la población diana y del ámbito de aplicación del servicio, y definir en base a ellas, los objetivos que se pretenden alcanzar con el programa o la intervención. El siguiente paso del proceso consiste en identificar el marco teórico que sustentará la intervención, es decir, la evidencia previa. Una vez establecidos estos aspectos se consensua el proceso del servicio y el papel de los participantes, y se preparan las herramientas necesarias. La fase final y fundamental de *Intervention Mapping* consiste en probar el servicio evaluando el proceso y optimizarlo en base a los resultados. (Sabater, 2016).

4.2.2. *Modelo FISpH*

El Modelo FISpH (Moullin et al., 2016b) plantea cuatro etapas diferenciadas, por las que las Farmacias transcurren durante el proceso de implantación de una intervención en salud, y asume que las necesidades de implantación y estrategias para facilitarla son diferentes a lo largo de las mismas (Figura 5). Las etapas del modelo son:

- **Exploración:** Preparación del entorno y valoración por parte del titular de la farmacia, que finalmente decide adoptar o rechazar el servicio.
- **Preparación:** Preparación de todo lo necesario para llevar a cabo el servicio, incluyendo la formación del personal, la organización y disposición de los recursos materiales y humanos para llevarlo a cabo.
- **Prueba:** Proceso de puesta en marcha del proceso en el ámbito asistencial.
- **Implantación completa:** Integración del servicio en la práctica clínica diaria, estando asegurada su continuidad en el tiempo, manteniéndose los resultados positivos en la población que lo recibe.

En cada etapa, se identifican factores clave y se proponen estrategias de intervención para impulsar el avance del servicio en las farmacias hacia etapas posteriores de la implantación. Estos factores de implantación pueden estar directamente relacionados con el servicio, con el profesional que presta el servicio, con la farmacia en la que se pretenda implantar, con el barrio en el que se encuentre esa farmacia, o con el sistema sanitario en el que se enmarca (figura 5).



Fuente: Adaptado de (Moullin et al., 2016b)

Figura 5. Modelo FISpH de evaluación del proceso de implantación de SPF.

Así, por ejemplo, si en una de estas etapas, en un ámbito determinado, se identifica que el “*tiempo*” es un factor clave para la implantación del servicio, la situación se puede analizar de la siguiente manera:

- **Barreras:** Es un servicio que implica bastante tiempo por parte del proveedor del servicio, el trabajo en la farmacia no está distribuido, hay que dedicar mucho tiempo para obtener la información de los pacientes.
- **Facilitadores:** Tener experiencia en la prestación del servicio para tardar menos tiempo en llevarlo a cabo; organizar el trabajo de forma que haya un tiempo dedicado para prestar el servicio, que el profesional tenga una alta motivación para llevar a cabo el servicio y le guste dedicar tiempo a hacerlo.
- **Estrategias de implantación:** Proponer en la farmacia un reparto de tareas, elegir a una persona que reúna las condiciones para realizar mejor este trabajo y proporcionarle formación y herramientas para realizar bien el servicio.

4.3. Análisis de experiencias reales

Finalmente, en el último apartado de este libro, analizaremos ejemplos muy diferentes de procesos de implantación de servicios en nuestro país en los últimos 15 años: Indicación Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico y Programa de colaboración con el Centro de Salud.

A continuación, se analiza cada uno de ellos, por orden cronológico de su desarrollo, con el propósito de interpretarlos teniendo en cuenta las premisas explicadas a lo largo de este discurso. Nos preguntaremos para cada uno de ellos, ¿cómo es este servicio en cuanto a su nivel de complejidad y sus componentes? ¿Qué fortalezas y debilidades han tenido sus diferentes procesos de implantación?.

4.3.1. Programas de Indicación Farmacéutica:

En España, el servicio de indicación farmacéutica es el acto profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica o de un tratamiento no farmacológico, con el objetivo de aliviar o resolver un síntoma menor, o su derivación al médico cuando se trate de un problema de salud que necesite de su actuación (*Foro de Atención Farmacéutica*, 2008).

Se trata de un servicio de información de la farmacoterapia, en el que el farmacéutico valora el medicamento en el contexto del paciente, considerado de forma individual. Este servicio está centrado en el proceso de uso de los medicamentos, no supone un nivel de complejidad alto, ni conlleva un gran cambio de práctica para su implementación. De hecho, la indicación farmacéutica es ampliamente utilizada por el paciente en España (Rodríguez, 2021). En los últimos años se han llevado a cabo importantes programas a nivel nacional para facilitar su implantación, los programas IND-DÁDER (Ocaña Arenas, 2011), I-VALOR (Salar Ibáñez et al., 2017), INDICA-PRO (SEFAC, 2019) y HAZIndicación (CGCOF-FC) han conseguido un avance clave, con la elaboración de protocolos de actuación consensuados con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Faus Dáder et al., 2018) y el aporte de herramientas informáticas para la prestación o registro del servicio. El Programa INDICAPRO, ha aportado además interesantes datos sobre las actuaciones realizadas y el coste-utilidad. Sin embargo, este servicio no incluye hoy en día el uso sistemático de protocolos, sistemas de comunicación protocolizados con el centro de salud, o el registro de las consultas entre la práctica habitual de las farmacias comunitarias (Amador-Fernández N, 2021).

4.3.2. Programa conSIGUE de Seguimiento Farmacoterapéutico

El programa conSIGUE fue un estudio de investigación, organizado en diferentes fases, para conseguir la puesta a punto, evaluación del impacto, implantación y generalización de la implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en España (figura 6) (Raquel Varas-Doval et al., 2020).

El servicio de seguimiento farmacoterapéutico, es un tipo de revisión de la medicación en la que el farmacéutico en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, busca la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM) con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del pacien-

te. Este servicio, centrado en los resultados clínicos de los pacientes, presenta un nivel de complejidad alto, y requiere un cambio de práctica importante (Foro de Atención Farmacéutica, 2008).



Fuente: (CONGRAL, 2018, s.f.).

Figura 6. Etapas del programa conSIGUE.

El programa conSIGUE utilizó el modelo FISpH para la evaluación de la implantación, y contó con apoyos externos y la figura del facilitador de la práctica. Se diseñaron herramientas informáticas para el registro y monitorización del servicio en tiempo real. Se logró una implantación casi total en las farmacias participantes, pero solo aproximadamente la mitad de las farmacias adscritas al programa lograron una implantación completa.

Una de las primeras limitaciones para la sostenibilidad del programa fue la ausencia de un sistema de remuneración por el mismo. Durante la fase de generalización de la implantación se consiguieron mantener los resultados de impacto obtenidos en las etapas anteriores y se ratificó el papel clave que juega la figura del Formador Colegial o facilitador del cambio de práctica en la implantación de servicios de alto nivel de complejidad como es el SFT. (ConSIGUE, n.d.).

4.3.3. Programa de colaboración Farmacias – Centro de Salud.

Este Programa nació en el año 2021, en el área asistencial correspondiente al Centro de Salud (CdS) de la Jota, en Zaragoza. Consiste en las siguientes intervenciones puntuales de colaboración con el centro de salud, de todas las farmacias comunitarias del área:

- Derivación de consultas de pacientes, en función de su nivel de urgencia: Cuando el farmacéutico identifica una situación que requiere la actuación de un profesional sanitario del CdS, envía un e-mail identificando de forma pseudoanonimizada al paciente, indicando el nivel de

urgencia y el tipo de aviso. La información sanitaria se comunica directamente al médico mediante receta electrónica. El administrativo del CdS cita al paciente telemáticamente con su médico según urgencia y el tipo de aviso. El facultativo revisa los mensajes de farmacia y realiza la actuación oportuna.

- Difusión de la información desde el CdS a las farmacias comunitarias. Toda la actualización en temas sociosanitarios-salud pública que llegan por medios oficiales al centro de salud o temas relacionados con educación para la salud de la población, se envía a un representante del equipo de farmacéuticos, y éste lo reenvía a todas las farmacias del área. Las farmacias comunitarias colaboran de su posición estratégica en la difusión de estos mensajes a la población (vacunas, uso racional del medicamento, etc.).

Se trata de una intervención que a priori podría haber implicado un cambio importante para su implantación, puesto que requería de la colaboración e implicación de agentes externos a la farmacia (profesionales del centro de salud).

El procedimiento se diseñó siguiendo los pasos del marco teórico *Intervention Mapping*. Se formó un grupo multidisciplinar que se reunió en el Centro Cívico del Barrio La Jota, a la que acudieron representantes del CdS (coordinadora, médico de atención primaria y trabajadora social), del Consejo de Salud (representante de pacientes) y de las Farmacias de la Zona básica de Salud (representantes de las farmacias). Se analizaron las necesidades, fundamentalmente relacionados con la sobresaturación del sistema de atención primaria, y se definieron los objetivos, centrados en primera instancia en consensuar medios de comunicación efectivos. En base al marco teórico del papel del farmacéutico y de la colaboración interprofesional, se consensuó un procedimiento y se definió el papel de los diferentes agentes implicados. El programa de colaboración se puso en marcha en una fase inicial de pilotaje para comprobar su viabilidad se obtuvo feed-back de todos los participantes. Durante los primeros meses se fue adaptando, para mejorar su eficiencia.

Desde su puesta en marcha, la comunicación entre farmacias y centro de salud a través del sistema de receta electrónica ha sido fluida y continua. Se han podido resolver muy diversas situaciones del día a día de la farmacia, tales como problemas administrativos con las prescripciones y visados, problemas relacionados con el uso de la medicación, y derivaciones con carácter urgente de pacientes que requerían una consulta con su médico de atención primaria. La satisfacción de todos los agentes implicados (pacientes, profesionales del centro de salud y farmacéuticos comunitarios) está siendo elevada y varias áreas de salud de zaragoza están trabajando para adaptar este modelo de colaboración a su contexto asistencial.

Esta intervención ha tenido un proceso de implantación sencillo, no ha requerido hasta el momento ningún recurso informático adicional, ya que ha

adaptado la ya existente mensajería de receta electrónica. Por el contrario, la principal debilidad de este servicio en la actualidad es que, pese a la satisfacción de los agentes implicados, no se ha analizado ni evaluado el impacto de los distintos componentes de la colaboración. Ante la solicitud de generalización a otras áreas de salud que la demandan, el programa requiere en la actualidad de un apoyo externo por parte de la administración sanitaria que asegure su adecuada replicación en otros ámbitos.

5. REFLEXIÓN FINAL

Hasta aquí ha llegado mi particular análisis sobre el pasado y presente de los SPF en nuestro país. Me gustaría despedirme con un agradecimiento por su atención y paciencia, y ofrecerles también mi particular visión optimista sobre un posible futuro para nuestra profesión:

- Desde nuestra posición en las farmacias podemos detectar necesidades, trabajar para proponer intervenciones y adaptar servicios a nuestro contexto. A través de ellos, podemos colaborar con el resto de los y las profesionales que forman el equipo de atención primaria y podemos contribuir a mejorar la atención sanitaria y la salud de los pacientes.
- Contamos con una base de evidencia científica sólida que confirma que determinados servicios farmacéuticos contribuyen a que los tratamientos de enfermedades crónicas muy prevalentes sean más efectivos y seguros. Usemos esta evidencia y apliquémosla en nuestra rutina de trabajo.
- Gracias al esfuerzo realizado por muchos farmacéuticos, a nivel individual e institucional, estamos en una situación óptima y disponemos de las herramientas para poder implantar servicios en nuestras farmacias.
- Basémonos en todo el aprendizaje acumulado durante estos años de desarrollo de nuestro papel asistencial para seguir avanzando, para trabajar con la administración e introducir elementos que faciliten la integración de estas actividades en nuestra rutina diaria.
- Podemos analizar nuestro entorno, y hacer uso de las estrategias que sabemos que funcionan. El resultado será enriquecedor para la sociedad, para la profesión y para los profesionales que formamos parte de ella.

Muchas gracias,

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulrhim, S., Sankaralingam, S., Ibrahim, M. I. M. & Awaisu, A. (2020). The impact of pharmacist care on diabetes outcomes in primary care settings: An umbrella review of published systematic reviews. *Primary Care Diabetes*, 14(5), 393-400. <https://doi.org/10.1016/J.PCD.2019.12.007>
- Amariles, P., Sáez-Benito, B. L. & Faus, M. J. (2007). Pharmacist interventions focus in high impact journals. *Farmacia Hospitalaria*, 31(6), 379-387. <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-pharmacist-interventions-focus-in-high-articulo-13118264>
- Astbury, J., Schafheutle, E., Brown, J. & Cutts, C. (2021). The current and potential role of community pharmacy in asset-based approaches to health and wellbeing: a qualitative study. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(5), 1257. <https://doi.org/10.1007/S11096-021-01244-Z>
- Bonal, J. (2019). El papel del farmacéutico. *Pharma Care España*, 21(1), 1-4.
- Center for Chronic Disease Prevention, N., Promotion, H., for Heart Disease, D., Prevention, S. & for Disease Control, C. (s.f.). *Collaborative Practice Agreements and Pharmacists' Patient Care Services: A Resource for Pharmacists*.
- Collins, R., Bowman, L., Landray, M. & Peto, R. (2020). The Magic of Randomization versus the Myth of Real-World Evidence. *The New England Journal of Medicine*, 382(7), 674-678. <https://doi.org/10.1056/NEJMSB1901642>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). *Generalización de la Implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2018. Recuperado el 22 de Febrero de <http://www.portalfarma.com>»www.portalfarma.com
- Convocatoria 2023. *Trámites Gobierno de Aragón*. (s.f.). Retrieved February 13, 2024, from <https://www.aragon.es/tramitador/-/tramite/subvenciones-materia-cooperacion-desarrollo/tramitacion>
- Coutureau, C., Slimano, F., Mongaret, C. & Kanagaratnam, L. (2022). Impact of Pharmacists-Led Interventions in Primary Care for Adults with Type 2 Diabetes on HbA1c Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19063156>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Mitchie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337(7676), 979-983. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Craig, P. & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: Reflections on the 2008 MRC guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 585-587. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2012.09.009>
- Durks, D., Fernández-Llimos, F., Hossain, L. N., Franco-Trigo, L., Benrimoj, S. I. & Sabater-Hernández, D. (2017). Use of Intervention Mapping to Enhance Health Care Professional Practice: A Systematic Review. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 44(4), 524-535. <https://doi.org/10.1177/1090198117709885>

- Eccles, M. P. & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science*, 1(1), 1-3. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1/METRICS>
- Enrique, B. & Marta, B. (2020). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. *International Archives of Public Health and Community Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.23937/2643-4512/1710035>
- Faus Dáder, M. J., Gómez Martínez, J. C. & Martínez Martínez, F. (2018). *Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores*. Avicam.
- Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso*, enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
- Gastelurrutia, M. Á., Fernández-Llimos, F., Benrimoj, S. I., Castrillon, C. C. & Faus, M. J. (2007). [Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies]. *Atencion Primaria*, 39(9), 465-470. <https://doi.org/10.1157/13109494>
- Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria*. (n.d.).
- Hepler, C. D. & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533-543. <https://doi.org/10.1093/ajhp/47.3.533>
- Hossain, L. N., Fernández-Llimos, F., Luckett, T., Moullin, J. C., Durks, D., Franco-Trigo, L., Benrimoj, S. I. & Sabater-Hernández, D. (2017). Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services: perspectives of patients, nurses and general medical practitioners. *BMJ Open*, 7(9). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-015471>
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tamps, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network.
- Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). INDICA+PRO: Informe sobre la evaluación del impacto clínico, humanístico y económico del servicio de indicación farmacéutica en el ámbito de la farmacia comunitaria. 2019. Recuperado el 29 de febrero de <https://www.sefac.org/paraprofesionales-colaboraciones-sefac/indicapro-informe-sobre-la-evaluacion-del-impacto-clinico>.
- Ka Shing, L., Loudon, K., Treweek, S., Sullivan, F., Donnan, P., Thorpe, K. E. & Zwarenstein, M. (2015). *The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose*. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2147>
- Mahdavi, H. & Esmaily, H. (2021). Impact of educational intervention by community pharmacists on asthma clinical outcomes, quality of life and medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 46(5), 1254-1262. <https://doi.org/10.1111/JCPT.13419>

- Martínez-Mardones, F., Fernández-Llimos, F., Benrimoj, S. I., Ahumada-Canale, A., Plaza-Plaza, J. C., S. Tonin, F. & García-Cardenas, V. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis of Medication Reviews Conducted by Pharmacists on Cardiovascular Diseases Risk Factors in Ambulatory Care. *Journal of the American Heart Association*, 8(22). <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.013627>
- Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education, Suppl 2*, 17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701X>
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D. & Benrimoj, S. I. (2016a). Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(3), 515-522. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2015.08.003>
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D. & Benrimoj, S. I. (2016b). Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, 12(3), 515-522. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2015.08.003>
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernández-Llimos, F. & Benrimoj, S. I. (2013). Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, 9(6), 989-995. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2013.02.005>
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernández-Llimos, F. & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/S12961-015-0005-Z>
- Newman, T. V., San-Juan-Rodríguez, A., Parekh, N., Swart, E. C. S., Klein-Fedys-hin, M., Shrank, W. H. & Hernandez, I. (2020). Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, 16(9), 1155-1165. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2019.12.016>
- Ocaña Arenas, A. M. (2011). *Efectividad del proceso estructurado en asesoramiento de síntomas menores frente al asesoramiento habitual en farmacias comunitarias españolas*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=61535&info=resumen&idioma=SPA>
- Pintor-Mármol, A., Baena, M. I., Fajardo, P. C., Sabater-Hernández, D., Sáez-Benito, L., García-Cárdenas, M. V., Fikri-Benbrahim, N., Azpilicuetta, I. & Faus, M. J. (2012). Terms used in patient safety related to medication: a literature review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21(8), 799-809. <https://doi.org/10.1002/PDS.3296>
- Roberts, A. S., Hopp, T., Sørensen, E. W., Benrimoj, S. I., Chen, T. F., Herborg, H., Williams, K. & Aslani, P. (2003). Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharmacy World & Science : PWS*, 25(5), 227-234. <https://doi.org/10.1023/A:1025880012757>
- Rodríguez, C. (2021). *Estadística de Gasto Sanitario Público*.

- Sáez-Benito, L., Berenguer, N., Sáez-Benito, A. & Magallón, R. (2019). [Reflection on «Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care»]. *Atencion Primaria*, 51(2), 118-120. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2017.12.008>
- Salar Ibáñez, L., Prats Mas, R., Eyaralar Riera, T. & Espejo Guerrero, J. (2017). Programa 'I-Valor': la indicación farmacéutica protocolizada, consensuada y registrada en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 9(3), 5-12. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2017/VOL9\).003.02](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2017/VOL9).003.02)
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374. <https://doi.org/10.1136/BMJ.N2061>
- Un enfoque holístico e integrado de la implantación de los servicios farmacéutico cognitivos | Ars Pharmaceutica (Internet)*. (n.d.). Retrieved February 13, 2024, from <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4849>
- Varas-Doval, R., Saéz-Benito, L., Gastelurrutia, M. A., Benrimoj, S. I., García-Cardenas, V. & Martínez-Martínez, F. (2021). Systematic review of pragmatic randomised control trials assessing the effectiveness of professional pharmacy services in community pharmacies. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-021-06150-8>
- Varas-Doval, Raquel, Gastelurrutia, M. A., Benrimoj, S. I., García-Cárdenas, V., Sáez-Benito, L. & Martínez-Martínez, F. (2020). Clinical impact of a pharmacist-led medication review with follow up for aged polypharmacy patients: A cluster randomized controlled trial. *Pharmacy Practice*, 18(4), 1-8. <https://doi.org/10.18549/PHARMRACT.2020.4.2133>
- Wiedenmayer, K., Summers, R. S., Mackie, C. A., Gous, A. G. S., Everard, M. & Tromp, D. (2006). *Developing pharmacy practice A focus on patient care HANDBOOK-2006 EDITION With contributions from.*
- Yuan, C., Ding, Y., Zhou, K., Huang, Y. & Xi, X. (2019). Clinical outcomes of community pharmacy services: A systematic review and meta-analysis. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), e567-e587. <https://doi.org/10.1111/HSC.12794>

Edición patrocinada por:



Colegio
Oficial
Farmacéuticos
Zaragoza