



## ORIGINAL

# Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio

Modesta Inmaculada Gil<sup>a,\*</sup>, Shalom Isaac Benrimoj<sup>b</sup>, Fernando Martínez-Martínez<sup>a</sup>, Manuel Cardero<sup>c</sup> y Miguel Ángel Gastelurrutia<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> University of Technology, Sydney, Australia

<sup>c</sup> Estadística, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

Recibido el 13 de noviembre de 2012; aceptado el 19 de febrero de 2013

Disponible en Internet el 6 de junio de 2013

### PALABRAS CLAVE

Servicios de atención farmacéutica;  
Servicios farmacéuticos;  
Cambio en la práctica;  
Facilitador;  
Estrategia de implantación

### Resumen

**Objetivo:** Priorizar facilitadores para la implantación de nuevos servicios profesionales farmacéuticos identificados en estudios previos, que permitan diseñar estrategias de implantación del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en España.

**Diseño, emplazamiento y participantes:** Análisis factorial exploratorio (AFE). Inicialmente, y siguiendo la metodología RAND/UCLA, se elaboró un borrador de cuestionario basado en la revisión bibliográfica previamente realizada. Se pasó a un panel de expertos que generó un cuestionario definitivo que, una vez pilotado, se utilizó con una muestra significativa de farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encontraban trabajando en farmacias comunitarias españolas mediante el método *computer-assisted telephone interviewing* (CATI).

Para comprender los constructos subyacentes en dicho cuestionario, se realizó un AFE. Se ensayaron diferentes abordajes como el análisis factorial de componentes principales y el método de factorización del eje principal.

La mejor interpretabilidad se obtuvo cuando al utilizar el método de extracción de factorización del eje principal (PAF) con rotación Direct Oblimin, que explicaba el 40,0% de la varianza.

**Resultados:** Se obtuvieron 4 factores, que se definieron como «Incentivos», «Campañas externas», «Experto en SFT» y «Profesionalidad del farmacéutico».

**Conclusiones:** Para la implantación y sostenibilidad del SFT es necesario que este se remunere; que se deben comunicar correctamente en qué consiste el servicio a la población y al resto de profesionales sanitarios; que es necesaria una formación más clínica para que el farmacéutico pueda abordar las nuevas tareas asistenciales y que el SFT exige una mayor responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [m.gil@moingg.e.telefonica.net](mailto:m.gil@moingg.e.telefonica.net) (M.I. Gil).

**KEYWORDS**

Cognitive pharmaceutical services;  
Pharmaceutical services;  
Change of practice;  
Facilitator;  
Implementation strategy

### Priorization of facilitators for the implementation of medication review with follow-up service in Spanish community pharmacies through exploratory factor analysis

**Abstract**

*Objective:* to prioritize previously identified in Spain facilitators for the implementation of new Pharmaceutical Services that allow designing strategies for the implementation of Medication Review with follow-up (MRFup) service.

*Design, setting and participants:* Exploratory factor analysis (EFA). A draft of a questionnaire was performed based on a previous literature review and following the RAND/UCLA methodology. An expert panel worked with it and generated a definitive questionnaire which, after piloting, was used with a representative sample of pharmacists, owners or staff members, who were working in community pharmacy, using computer-assisted telephone interviewing (CATI) methodology. To understand underlying constructs in the questionnaire an EFA was performed.

Different approaches were tested such as principal components factor analysis and principal axis factoring method.

The best interpretability was achieved using the Factorization of Principal axis method with Direct Oblimin rotation, which explained the 40.0% of total variance.

*Results:* This produced four factors defined as: «Incentives», «External campaigns», «Expert in MRFup» and «Professionalism of the pharmacist».

*Conclusions:* It can be stated that for implementation and sustainability of MRFup Service it is necessary being paid; also it must be explained to health professional and society in general. Practice of MRFup service demands pharmacists receiving a more clinical education and assuming more responsibilities as health professionals.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

**Introducción**

En la situación actual en la que se utilizan diferentes políticas sanitarias para abordar el cada vez más importante problema de la cronicidad, se deben analizar nuevas propuestas asistenciales que puedan contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud utilizando un abordaje multidisciplinario de colaboración de todos los agentes de salud, en un entorno de crisis<sup>1</sup>. Los farmacéuticos comunitarios pueden contribuir al abordaje de la cronicidad mediante la implantación de servicios profesionales farmacéuticos (SPF)<sup>2</sup>, y más concretamente del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT)<sup>3</sup>.

Este servicio tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM)<sup>3</sup>.

En las pasadas décadas se han identificado facilitadores potenciales para su implantación pero, a pesar de ello, el SFT sigue sin realizarse de una manera generalizada en las farmacias comunitarias (FC) españolas<sup>4</sup>. Esta nueva actividad más clínica requiere la colaboración entre pacientes, médicos y farmacéuticos<sup>3</sup>, siendo por tanto muy importante la participación del farmacéutico comunitario en los equipos de salud<sup>5</sup>.

Para afrontar este cambio en la práctica de la FC se suelen considerar 2 tipos de abordajes amplios: el que asume que es el farmacéutico quien debe cambiar y otro que entiende la farmacia como una organización<sup>6</sup>:

1) *Nivel individual.* Esta aproximación asume que para que se produzca el cambio en la profesión es el farmacéutico individual el que tiene que cambiar su rol y, por

tanto, su comportamiento y su modo de práctica. Los farmacéuticos españoles están acostumbrados a dispensar medicamentos y a vender productos de parafarmacia. En este nuevo escenario, deben asumir nuevos roles acometiendo actividades más clínicas, y mayores responsabilidades. Se trata de cambios de gran trascendencia que generan temores no solo por el miedo a lo desconocido, sino por la actual falta de confianza en la formación clínica que tienen<sup>6,7</sup>. A todo ello se unen también barreras muy importantes como la falta de tiempo<sup>6,8</sup> y la falta de pago por el servicio.

2) *Nivel de farmacia como organización.* Este abordaje asume que para que se produzca el cambio descrito, las farmacias, como organizaciones que son, deben transformarse y adaptarse a una nueva situación<sup>9</sup>. Para su estudio se deben utilizar técnicas de cambio organizativo, como la flexibilidad organizacional<sup>5,10</sup> que puede permitir que la farmacia se adapte a dichos cambios a medida que estos se van sucediendo<sup>11,12</sup>. De hecho, se ha visto que la cultura organizativa contribuye a la implantación del cambio necesario para que la farmacia comunitaria se convierta en una organización más eficaz de atención primaria<sup>5</sup>.

En cualquier caso, se han descrito una serie de elementos básicos, facilitadores, que deben concurrir en una farmacia comunitaria para que en esta se pueda realizar una actividad más clínica: el equipo debe tener una filosofía de la práctica orientada al paciente; debe existir una zona privada para atender pacientes (ZAP); los farmacéuticos deben formarse en aspectos clínicos que le permitan realizar una actividad más asistencial que distributiva; es preciso utilizar sistemas

**Tabla 1** Número de preguntas por dimensiones

Dimensión	Categorías	Ítems
Farmacéutico	Educación clínica	2
	Mensaje de futuro	2
	Actitud	3
Farmacia	Estructura	4
	Sistema de remuneración	3
Profesión farmacéutica	Liderazgo del consejo General	2
	Pago por servicios	3
	Investigación y práctica	1
Miscelánea	Apoyo de la Administración	3
	Demanda por los pacientes	2
	Marketing del SFT	2
	Relaciones con los médicos	3
Total preguntas		30

de gestión que integren los nuevos servicios en la gestión global de la farmacia<sup>10,13</sup>.

Desde un punto de vista holístico y positivo parece interesante priorizar los facilitadores identificados en estudios previos en España<sup>6</sup>, que coinciden con las dimensiones y categorías que se muestran en la [tabla 1](#), ya que esto puede permitir diseñar estrategias que faciliten la implantación generalizada del SFT y su sostenibilidad en este país.

## Método

### Diseño del instrumento

El equipo investigador diseñó un primer borrador de cuestionario basado en las dimensiones y categorías obtenidas en un estudio cualitativo previo realizado en España para identificar facilitadores para el cambio en la práctica de las farmacias comunitarias españolas<sup>6</sup>. Para validar el cuestionario se constituyó un panel de expertos que siguiendo el método RAND/UCLA<sup>14</sup> redefinió los diferentes ítems del cuestionario (n = 30) (anexo 1).

Estaba constituido por 12 expertos, miembros del grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). Seis eran farmacéuticos comunitarios, uno farmacéutico de hospital, 2 farmacéuticos de atención primaria, 2 integrantes de la coordinadora del programa Dáder de SFT, y uno experto en diseño de investigación que actuó como coordinador del panel.

El cuestionario final incluía además variables sociodemográficas (sexo) y profesionales (titular o adjunto), así como una pregunta libre sobre qué aspectos creían que podrían facilitar la implantación del SFT en las farmacias comunitarias. En la [tabla 1](#) se muestran las dimensiones con sus categorías y número de ítems del mismo.

Todas las preguntas se midieron utilizando una escala de tipo Likert de 5 puntos (1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo).

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

## Población y tamaño

Se calculó un tamaño de muestra representativa del total de las farmacias comunitarias españolas<sup>15</sup> mediante muestreo aleatorio simple con una precisión absoluta de 0,2 unidades y un nivel de significación  $\alpha = 0,05$ . Dado que no se había realizado un pilotaje previo, y por tanto no se conocía la desviación estándar de la población, se decidió utilizar una muestra total de 200 farmacias (población: 20.537; fracción de muestreo: 0,97%).

El cuestionario se pasó a los titulares, o adjuntos cuando aquellos no estaban presentes, utilizando el método *computer-assisted telephone interviewing* (CATI)<sup>16</sup>, mediante una empresa externa de prestigio, «dmercados», por entrevistadores formados y conocedores del mencionado método.

## Validez y fiabilidad del cuestionario

Previamente el grupo de expertos había confirmado la validez de contenido (*face validity*) del cuestionario.

La validez de constructo y fiabilidad de la escala fueron establecidas usando análisis factorial exploratorio y alfa de Cronbach, respectivamente, a los resultados obtenidos de los farmacéuticos entrevistados ([tabla 2](#)).

## Análisis factorial exploratorio

Dada la naturaleza exploratoria de los ítems que componían el cuestionario, al desarrollo inicial del mismo y al deseo de comprender los constructos subyacentes, se decidió realizar un análisis factorial exploratorio (AFE)<sup>17</sup>.

La factorabilidad de /R/ se analizó utilizando como criterio de correlación valores de los diferentes ítems iguales o superiores a |0,30|<sup>18</sup>, de manera que todos los ítems cumplirían siempre dicho criterio. El test de esfericidad de Bartlett fue significativo (< 0,000). La medida de adecuación de la muestra de Kaiser (KMO) resultó ser de 0,717 lo que indicaba buena factorabilidad. Solo se utilizaron ítems con una correlación en la matriz anticorrelación mayor a 0,60<sup>17-19</sup>.

Los resultados fueron comparados utilizando varios métodos de extracción (Oblimin y Promax), mediante los que se correlacionaron las diferentes variables<sup>17</sup>. Finalmente, para elegir la solución factorial más apropiada se utilizaron los siguientes criterios<sup>17,19,20</sup>: a) el mayor porcentaje de varianza explicada; b) autovalores (*eigenvalues*) superiores a uno; c) valor del  $\alpha$  de Cronbach superior a 0,600; d) que al menos hubiera 3 ítems por factor; e) aplicación de la solución factorial al marco utilizado con el fin de obtener una mayor interpretabilidad e implicaciones teóricas de la solución.

La mejor interpretabilidad se obtuvo cuando se utilizó un método de extracción de factorización del eje principal (PAF) con rotación Direct Oblimin que explicaba el 40,0% de la varianza, como se muestra en la [tabla 3](#). El tipo de rotación utilizado en el estudio mejora la interpretación de los resultados a la vez que disminuye un poco la varianza explicada, como ocurre habitualmente.

Se excluyó el factor 5, porque a pesar de tener un autovalor superior a 1 (1.004), solo contiene 2 ítems<sup>21</sup>. En el factor 3, se aceptó un  $\alpha$  de Cronbach de 0,556 ya que cumplía con

**Tabla 2** Matriz de componentes

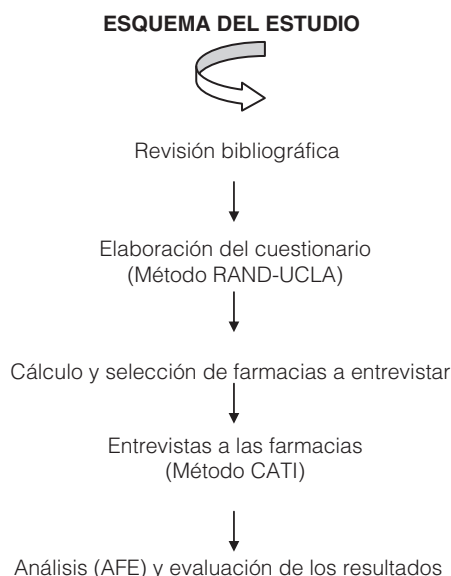
Matriz de componentes	Factor			
	1	2	3	4
Debería existir un incentivo económico para la farmacia para que esta pueda implantar SFT (16)	0,818	0,012	-0,046	-0,101
La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento (8)	0,711	0,025	-0,047	0,053
El pago del servicio de SFT es necesario para que este se implante (17)	0,690	-0,099	0,027	-0,003
Debería reconocerse el esfuerzo de la implantación de SFT con incentivos (por ejemplo, facilitando la asistencia a formación en actividad sobre farmacoterapia, etc.) (27)	0,548	0,128	0,092	-0,040
Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SFT (29)	0,052	0,842	-0,086	-0,048
Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre SFT (30)	-0,063	0,767	-0,008	-0,069
La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación de SFT (25)	0,030	0,377	0,040	0,047
Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización (15)	0,038	0,019	0,542	0,078
Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad (2)	-0,092	0,019	0,539	-0,033
El Consejo General como representante de todos los farmacéuticos es el que debe liderar la implantación de SFT (18)	-0,064	0,120	0,433	-0,122
Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio (11)	0,120	-0,115	0,431	0,003
Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento (6)	-0,015	-0,009	0,168	0,652
Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio (5)	-0,006	-0,061	-0,120	-0,603
La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no solo como una empresa (7)	0,151	0,022	0,232	-0,455
La implantación de SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario (4)	0,031	0,107	-0,014	-0,424
Alfa	0,787	0,654	0,556	0,642

**Tabla 3** Matriz de la estructura factorial

Factor	Total varianza explicada						Suma de saturaciones al cuadrado de la rotación* Total
	Autovalores iniciales			Suma de saturaciones al cuadrado de la extracción			
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado	
1	3,167	21,111	21,111	2,629	17,258	17,258	2,184
2	2,096	13,972	35,083	1,635	10,899	28,427	1,685
3	1,625	10,830	45,913	1,038	6,921	35,348	1,352
4	1,370	9,131	55,044	0,703	4,586	40,034	1,672
5	1,004	6,691	61,735				
6	0,924	6,162	67,897				
7	0,788	5,255	73,152				
8	0,716	4,775	77,927				
9	0,616	4,106	82,033				
10	0,589	3,924	85,958				
11	0,568	3,784	89,742				
12	0,495	3,302	93,043				
13	0,416	2,771	95,815				
14	0,345	2,280	98,095				
15	0,286	1,905	100,000				

Método de extracción: factorización de eje principal.

el resto de los criterios de inclusión y resultaba un factor muy interesante dada la función exploratoria del estudio.



Esquema general del estudio:

## Resultados

Se realizaron un total de 1.271 llamadas de las que se obtuvieron 549 respuestas (43,2%). De ellas, participaron cumplimentando correctamente el cuestionario completo 200 farmacias (tasa de respuesta del 36,4%).

La respuesta se caracterizó por ser mayoritariamente de sexo femenino (69,5%). En cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados eran titulares de farmacia (75,5%) frente a un 22% de adjuntos; el 2,5% restante contaban con un tipo de contrato de sustitución.

El resumen de los resultados de las respuestas agrupadas por categorías y dimensiones, así como un análisis comparativo de las mismas con otras variables de interés se muestran en las [tablas 4 y 5](#).

En el AFE se identificaron 4 factores, como muestra la matriz de componentes ([tabla 2](#))<sup>22</sup>. Estos factores se denominaron: «Incentivos», «Campañas externas», «Experto en SFT» y «Profesionalidad del farmacéutico».

El factor 1, «Incentivos», incluye principalmente incentivos económicos para la realización del SFT, aunque en menor medida también hace referencia a otro tipo de reconocimiento, de tipo profesional. De las respuestas se concluye que los ingresos obtenidos por la realización de nuevos servicios profesionales deben consistir en un ingreso adicional al obtenido por el sistema actual de márgenes comerciales sobre el precio del medicamento.

El factor 2, «Campañas externas», explica la necesidad de realizar distintas acciones de marketing del servicio para que este sea conocido y demandado por la población y por los agentes sanitarios. También incluye la cooperación con los médicos ya que para la correcta provisión del servicio los farmacéuticos necesitan y valoran esta colaboración interprofesional.

El factor 3, «Experto en SFT», hace referencia a la necesidad de que se entienda al farmacéutico como un experto

en SFT, por lo que los farmacéuticos que han respondido al cuestionario demandan formación adicional para la realización del SFT manifestándose la necesidad de un cambio en la orientación universitaria hacia una formación más clínica, tanto en los estudios de pregrado como en los de posgrado. Incluye la necesidad de que sea el Consejo General de Farmacéuticos quien lidere el proceso de implantación del servicio.

Por último, el cuarto factor hace referencia a la profesionalidad del farmacéutico. La implantación del SFT puede contribuir a afianzar al farmacéutico como un profesional de la salud y a que se entienda la farmacia como un establecimiento sanitario.

## Discusión

En el análisis factorial se identificaron 4 factores: «Incentivos», «Campañas externas», «Experto en SFT» y «Profesionalidad del farmacéutico».

Aunque la varianza explicada no es muy elevada, los resultados obtenidos guardan buena relación con los resultados de otros autores a nivel internacional<sup>9,23</sup>.

El factor 1, «Incentivos», se desdobra en incentivos económicos y de otro tipo, siendo los primeros los que más peso tienen. El incentivo económico hace referencia a lo que la literatura médica se denomina «pago por el servicio». Este factor prioritario está refrendado por otros muchos trabajos<sup>5,6,9,24,25</sup> que afirman que el pago de los servicios es un requisito imprescindible para la implantación y sostenibilidad de los mismos.

Constituye uno de los facilitadores más importantes, ya que para el farmacéutico supone un gran coste económico tanto por los costes de inversión como el coste en tiempo necesario para la realización de este servicio<sup>26</sup>. Además, todo profesional que implanta un nuevo servicio busca la rentabilidad del mismo, y el farmacéutico comunitario no puede ser una excepción.

Parece que para conseguir que el pago por servicios sea una realidad en España es necesario que la profesión farmacéutica sea capaz de demostrar que dichos servicios, además de generar un impacto clínico y humanístico son capaces de originar un ahorro económico<sup>2</sup>.

Otro tipo de incentivo, aunque contribuye menos a la carga de este primer factor, es la necesidad de reconocimiento del esfuerzo que supone la implantación del SFT al farmacéutico que lo realiza diferente al reconocimiento económico. Se trata de incentivos como créditos de formación continuada, asistencia a actividades formativas, a congresos e investigación, entre otras acciones.

Actualmente los SPF no están implantados de una manera generalizada<sup>13,27,28</sup>, a pesar de que diferentes estudios reflejan los beneficios clínicos, humanísticos y económicos de su implantación<sup>2</sup>. Es posible que, por tratarse de nuevos servicios, la mayoría de los pacientes no conoce su existencia o, si la conoce, no sabe en qué consisten, para qué se utilizan y cómo y cuándo utilizarlos y, por tanto, no existe demanda de los mismos<sup>6</sup>.

Las campañas de marketing<sup>6,8</sup> de los SPF están destinadas a comunicar en qué consisten estos servicios y los beneficios que se derivarían de su implantación. El marketing de los SPF contribuiría a que el colectivo médico

**Tabla 4** Análisis descriptivo. Resumen de porcentajes de respuesta agrupados por categorías y dimensiones

Categoría	Dimensión	Acuerdo (1-2)	Ni acuerdo ni desacuerdo (3)	Desacuerdo (4-5)	NS/NC	Media
<i>Farmacéutico</i> (7 preg)	Educación Clínica	69,90%	13,20%	16,20%	0,70%	3,94
	Mensaje de futuro	61,00%	17,00%	20,50%	1,50%	3,65
	Actitud	78,50%	8,80%	12,30%	0,50%	4,21
<i>Farmacia</i> (7 preg)	Actitud	70,00%	13,70%	16,00%	0,30%	3,96
	Sistemas de remuneración	65,80%	12,50%	19,90%	1,80%	3,78
	Estructura	50,30%	17,30%	28,50%	3,80%	3,32
<i>Profesión farmacéutica</i> (5 preg)	Estructura	77,40%	8,90%	13,50%	0,30%	4,12
	61,50%	13,70%	20,80%	4,00%	3,6	
	Pago por servicios	51,20%	15,20%	28,00%	5,70%	3,23
<i>Investigación y práctica</i> (1 preg)	Liderazgo del Consejo General	77,00%	11,50%	10,00%	1,50%	4,16
	Investigación y práctica	87,50%	8,00%	4,00%	0,50%	4,49
<i>Miscelánea</i> (10 preg)	Investigación y práctica	87,50%	8,00%	4,00%	0,50%	4,49
	Demanda por los pacientes	58,00%	10,80%	29,30%	2,00%	3,44
	Relaciones con los médicos	56,30%	18,00%	25,00%	0,80%	3,49
	Apoyo de la Administración	61,80%	11,30%	24,50%	2,30%	3,61
	Marketing de SFT	34,70%	8,80%	52,80%	3,70%	2,51
		88,80%	5,80%	5,30%	0,30%	4,55

comprenda que el objetivo de la implantación en la farmacia comunitaria de los SPF es ayudar a sus pacientes. De ahí que, en este factor, los encuestados hayan incluido la cooperación con los médicos.

Una de las mayores barreras descritas por el farmacéutico comunitario para la implantación del SFT es la carencia de

formación adecuada para afrontar este reto<sup>8,29</sup>. Es preciso que la universidad reoriente tanto la formación de pregrado como la de posgrado a fin de que el farmacéutico sea capaz de implantar nuevos servicios<sup>6</sup>.

La necesidad de una formación más clínica se encuentra presente en muchos estudios<sup>30</sup>. Mientras que la especialidad

**Tabla 5** Comparación de medias por sexo y tipo de contrato con las respuestas para cada dimensión

Categoría	Dimensión	Sexo		Nivel de significación diferencia de medias	Tipo de contrato		Nivel significación diferencia de medias
		Hombre	Mujer		Titular	Adj-Sust	
<i>Farmacéutico</i> (7 preg)	Educación clínica	3,93	3,99		3,91	4,17	
	Mensaje de futuro	3,83	3,67	0,343	3,66	3,89	0,151
	Actitud	4,01	4,32	0,037	4,18	4,36	0,277
<i>Farmacia</i> (7 preg)	Actitud	3,94	3,99	0,786	3,88	4,27	0,008
	Sistemas de remuneración	3,75	3,82		3,74	4,00	
	Estructura	3,43	3,49	0,673	3,37	3,77	0,009
<i>Profesión farmacéutica</i> (5 preg)	Estructura	4,07	4,16	0,403	4,10	4,23	0,250
	Pago por servicios	3,50	3,78		3,63	3,82	
	Liderazgo del Consejo General	3,32	3,49	0,355	3,42	3,49	0,714
<i>Investigación y práctica</i> (1 preg)	Liderazgo del Consejo General	4,25	4,20	0,750	4,24	4,14	0,522
	Investigación y práctica	4,65	4,45		4,61	4,47	
<i>Miscelánea</i> (10 preg)	Investigación y práctica	4,65	4,45	0,102	4,47	4,61	0,357
	Demanda por los pacientes	3,52	3,64		3,54	3,78	
	Relaciones con los médicos	3,54	3,52	0,880	3,49	3,63	0,382
	Apoyo de la Administración	3,54	3,79	0,070	3,65	3,90	0,095
	Marketing de SFT	2,52	2,64	0,457	2,51	2,86	0,043
		4,48	4,60	0,384	4,50	4,73	0,063

en SFT es considerada por algunos autores como el trampolín para la implantación de este nuevo servicio, otros opinan que el que haya especialistas reduciría su ejercicio a unos pocos, por lo que no tendría el impacto social necesario para generar demanda en la población<sup>31,32</sup>.

Se considera indispensable el liderazgo tanto de los colegios oficiales de farmacéuticos como de su consejo general para propiciar el cambio de la práctica en las farmacias comunitarias<sup>2,6</sup>.

El SFT representa la apuesta del farmacéutico para mejorar su imagen como profesional sanitario implicado en mejorar la calidad de vida del paciente<sup>2</sup> a través del uso adecuado, seguro y efectivo de su medicación, mediante la vigilancia y evaluación de sus resultados.

## Conclusiones

Para la implantación y sostenibilidad de este nuevo servicio (SFT) es necesario que este sea remunerado como ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento.

Se deben comunicar correctamente los servicios que se realizan en la farmacia comunitaria para que la población sea consciente de que la farmacia, además de dispensarles el medicamento, puede ayudarles a que este sea efectivo y seguro. Además las campañas de marketing ayudarán al resto de profesionales sanitarios a entender en qué consiste el SFT, facilitando así la imprescindible colaboración del colectivo médico.

Es necesaria una formación más clínica para que el farmacéutico pueda abordar las nuevas tareas asistenciales.

La implantación del SFT exige una mayor responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario, lo que puede contribuir a que la farmacia se vea como un centro de salud y no solo como una empresa.

### Lo conocido sobre el tema:

En estudios anteriores se han identificado facilitadores potenciales de la implantación del SFT. Sin embargo, este servicio sigue sin implantarse de una manera generalizada en las farmacias comunitarias españolas.

### Qué aporta este estudio:

Este estudio prioriza los facilitadores para la implantación de servicios farmacéuticos, identificados en estudios previos, y pone de manifiesto la necesidad del pago por servicios como paso previo, imprescindible para la implantación y sostenibilidad del SFT.

Además, emergen como facilitadores más importantes la realización de campañas externas para dar a conocer este nuevo servicio, la necesidad de un experto en SFT y el aumento de la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.005>.

## Bibliografía

1. Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier; 2008.
2. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJA. Holistic, integrated approach to the challenge of implementing cognitive pharmaceutical services in community pharmacy. *Ars Pharm*. 2010;51:69–87.
3. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Enero de Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
4. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Feletto E, Cardero M, Gastelurrutia MA. Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación a la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm*. 2011;52:35–45.
5. Scahill S, Harrison J, Carswell P, Babar Z. Organisational culture: an important concept for pharmacy practice research. *Pharm World Sci*. 2009;31:517–21.
6. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillón CC, Casado de Amezúa MJ, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2009;31:32–9.
7. de Castro MS, Correr CJ. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. *Ann Pharmacother*. 2007;41:1486–93.
8. Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci*. 2008;30:211–5.
9. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother*. 2008;42:861–8.
10. Feletto E, Wilson L, Roberts A, Benrimoj S. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharm World Sci*. 2010;32:130–8.
11. Feletto E, Wilson LK, Benrimoj SI. The search for business viability. *Aust J Pharm*. 2008;89:68–9.
12. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Measuring organizational flexibility in community pharmacy: Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services. *Res Social Admin Pharm*. 2011;7:27–38.
13. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. *Res Social Admin Pharm*. 2010;6:163–73.
14. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MS, Burnand B, La Calle JR, Lázaro P, et al., The RAND/UCLA appropriateness method user's manual [monografía en Internet] [consultado 13 Mar 2005]. RAND Health Santa Mónica. 2001. Disponible en: [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269/](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/)
15. Fernández García, Mayor Gallego. Muestreo en poblaciones finitas. Curso básico. PPU, S.A.; 1994.

16. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/BC90535B8D675284-C12577440052FAEB/\\$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/BC90535B8D675284-C12577440052FAEB/$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement) [consultado 24 Ago 2011].
17. McDaniel C, Gates R. Investigación de mercados. 6.ª ed. Cengage Learning Editores; 2005.
18. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
19. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th edition Boston, MA: Allyn & Bacon; 2000.
20. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis. 6th edition New Jersey: Pearson Education International; 2006.
21. Conway JM, Huffcutt AI. A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organ Res Methods*. 2003;6:147-68.
22. Costello AB, Osborne W. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Pract Assess Res Eval*. 2005;10:1-9.
23. Pardo A, Ruiz MA. SPSS 11. En: Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw Hill; 2002.
24. Herborg H, Sorensen EW, Frokjaer B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark. *Ann Pharmacother*. 2007;41:681-9.
25. Álvarez-Risco A, Van Mil JWF. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Peru. *Ann Pharmacother*. 2007;41:2032-7.
26. Christensen DB, Farris KB. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US. *Ann Pharmacother*. 2006;40:1400-6.
27. Noain MA, Feletto E, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI. Rentabilidad de la prestación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria española. *Ars Pharm*. 2010;51 Supl 1:51-85.
28. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M, Noain MA, Cas-trillón CC. Integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. *Seguim Farmacoter*. 2009;11:52-62.
29. Zardain E, del Valle MO, Loza MI, García E, Lana A, Markham WA, Lopez ML. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of pharmaceutical care in Spain. *Pharm World Sci*. 2009;31:174-82.
30. Basak SC, van Mil JWF, Sathyanarayana D. The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India. *Pharm World Sci*. 2009;31:612-8.
31. Skomo ML, Kamal KM, Berdine HJ. A Required course in the development, implementation, and evaluation of clinical pharmacy services. *Am J Pharm Educ*. 2008;72:109.
32. GSM. 'Pros' y 'contras' de ser especialista en Seguimiento Farmacoterapéutico. *Correo Farmacéutico* 2009; semana del 12 al 18 de octubre [consultado 12 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.correofarmacaceutico.com/especial/atencion-farmacautica/rprosr-y-rcontrasr-de-ser-especialista-en-seguimiento-farmacoterapeutico>