



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS

Tesis Doctoral

**CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE
LA MEDICACIÓN PRESCRITA:
INFLUENCIA DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN Y
LEGIBILIDAD DE LOS PROSPECTOS**

Araceli Clavel Rojo

MURCIA, 2013

A mi abuelo Juanjo.

“Y puede que volváis a vuestra tesis incluso decenas de años más tarde, pues habrá sido como vuestro primer amor y os resultará difícil olvidarla.”

Umberto Eco. *Come si fa una tesi di laurea*. 1997.

AGRADECIMIENTOS

A **M^a Dolores Pérez Cárcelos**, directora de esta tesis doctoral. Gracias por la dedicación y paciencia que me has brindado desde el primer momento en el que iniciamos esta andadura.

A **Miguel Motas Guzmán**, mi codirector. Si esta tesis es hoy una realidad, es en gran parte gracias a ti, siempre te estaré agradecida por ello.

A **Julia, Paco, Juan, Lucía, Kuko, María y Helena**, por su ayuda. Gracias por poner a mi disposición vuestras farmacias y vuestro tiempo.

A **Leo y Elena**, por vuestro imprescindible auxilio informático. Y a todos los amigos que habéis aguantado con tanto cariño y comprensión “mi monotema” durante todo este tiempo.

A **Lucía y Paco**, mi equipo en la farmacia. Gracias por facilitarme el camino soportando las incomodidades horarias de estos últimos meses.

A mis padrinos, **Jacobo y Emilia**, por sentir su cariño y apoyo desde que tengo uso de razón.

A mi tío **Tono**, mi incombustible *Pepito Grillo*. Gracias por tus notas de apoyo “a pie de mostrador”, tu implicación, tu afecto, y tus siempre acertados y sabios consejos. Y a ti **Concha**, por esas palabras de ánimo tan necesarias en los momentos bajos.

A tí **Manuel**, por aparecer en mi vida.

Gracias por estar ahí, por tu fundamental apoyo estos últimos meses de “recta final”.

A mis hermanos: **Manolo**, por tu ejemplo incombustible de trabajo, positividad y energía vital; **Luichi** y **Carolina**, por vuestra permanente y generosa disposición, y por haberme dado un sobrino al que adoro y otra que, a punto de venir, ya adoro igualmente. Y a ti **Juan**, por esa capacidad que tienes de hacernos felices a todos los que tenemos la suerte de estar a tu lado.

Y muy especialmente a mis padres, **Luichi** y **Araceli**, por quererme tanto y enseñarme, con su ejemplo, que las dos mejores inversiones que uno puede hacer en la vida son seguir formándose y cultivar el amor por la familia y los amigos. Muchísimas gracias por vuestra generosidad y por vuestro apoyo, siempre incondicional y a todos los niveles.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN **27**

1.1: ATENCIÓN FARMACÉUTICA **29**

1.1.1: La Farmacia como ciencia independiente	29
1.1.2: La Planificación Farmacéutica	31
1.1.3: <i>Pharmaceutical Care</i> . Atención Farmacéutica	33
1.1.4: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria	38
1.1.5: Regulación de los servicios en la Oficina de Farmacia	41

1.2: DERECHOS DE LOS PACIENTES **43**

1.2.1: Marco legal Español y Europeo	43
1.2.2: Derecho del Paciente a la Información	45

1.3: CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS **47**

1.3.1: Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)	47
1.3.2: Variables que pueden influir en el CPM	52
1.3.3: Información del medicamento	54

1.4: FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE **58**

1.4.1: Fuentes de información en el sistema asistencial	59
1.4.2: Prospectos	62
1.4.2.1: Legislación en prospectos	62
1.4.2.2: Legibilidad de prospectos	66
1.4.3: Medios de comunicación de masas (Mass Media)	73
1.4.4: Internet	76
1.4.5: Otras fuentes de información	83

1.5: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO **84**

1.5.1: Cumplimiento Terapéutico y Adherencia al tratamiento	84
1.5.2: Relación entre Cumplimiento Terapéutico y Conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM)	86
1.5.3: Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM)	87
1.5.4: Seguridad del paciente	90

1.6: ALFABETIZACIÓN EN SALUD. PACIENTE EXPERTO **93**

1.6.1: Educación para la Salud	93
1.6.2: Alfabetización en Salud	95
1.6.3: Hacia un nuevo rol del paciente: El Paciente Experto	103

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS **107**

2.1: JUSTIFICACIÓN **109**

2.2: OBJETIVOS **110**

2.2.1: Objetivo General	110
2.2.2: Objetivos Específicos	110

3. MATERIAL Y MÉTODOS **111**

3.1: DISEÑO DEL ESTUDIO **113**

3.1.1: Tipo de estudio	113
3.1.2: Ámbito de estudio	114
3.1.2.1: Ámbito espacial	114
3.1.2.2: Ámbito temporal	115
3.1.3: Población de estudio	115
3.1.3.1: Población diana	115
3.1.3.2: Población de estudio. Criterios de inclusión	115
3.1.3.3: Criterios de exclusión	116
3.1.4: Consideraciones éticas y legales. Consentimiento informado	117

3.2: MUESTRA DEL ESTUDIO **118**

3.2.1: Tamaño de la muestra	118
3.2.2: Recogida de datos	118

3.3: INSTRUMENTO DE MEDIDA. ENCUESTA **119**

3.3.1: Diseño de la ENCUESTA	119
3.3.1.1: Estructura de la ENCUESTA	121
3.3.1.2: Cuestionario para medir el Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos "Cuestionario CPM" ¹¹⁸	124
3.3.2: VARIABLES del estudio	129
3.3.2.1: Variables INDEPENDIENTES	129
3.3.2.2: Variable CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN	134

3.4: TRATAMIENTO ESTADÍSTICO **135**

3.4.1: Análisis univariante. Distribución simple de frecuencias	136
3.4.2: Análisis bivariante y multivariante. Asociación entre variables	136
3.4.3: Análisis gráfico	137

4. RESULTADOS **139**

4.1: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA **141**

4.1.1.: Tipo de FARMACIA	141
4.1.2.: Tipo de MÉDICO PRESCRIPTOR	142
4.1.3: Tipo de RECETA	143
4.1.4: Características del PACIENTE	143
4.1.4.1: Paciente / Cuidador	143

4.1.4.2: Edad / Género	143
4.1.4.3: Nacionalidad	144
4.1.4.4: Nivel de estudios	145
4.1.4.5: Actividad laboral	146
4.1.4.6: Duración del tratamiento	146
4.1.4.7: Número de Medicamentos	146
4.1.5: Tipo de MEDICAMENTO	147
4.1.6: LABORATORIO	148
4.2: FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	148
4.2.1: EN EL ENTORNO ASISTENCIAL	148
4.2.1.1: Concordancia Médico Informador / Médico Prescriptor	149
4.2.2: FUERA DEL ENTORNO ASISTENCIAL	150
4.2.2.1: Prospectos: uso, legibilidad y comprensión	151
4.3: CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN (CPM)	157
4.3.1: Conocimiento TOTAL (CPM Total)	157
4.3.2: Conocimiento POR DIMENSIONES (CPM Por dimensiones)	158
4.4: CPM PARA CADA UNA DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO	164
4.4.1: CPM / Tipo de FARMACIA	164
4.4.2: CPM / Tipo de MÉDICO PRESCRIPTOR	168
4.4.3: CPM / Tipo de RECETA	169
4.4.4: Características del PACIENTE	170
4.4.4.1: CPM / Paciente – Cuidador	170
4.4.4.2: CPM / Edad	172
4.4.4.3: CPM / Género	176
4.4.4.4: CPM / Nacionalidad	177
4.4.4.5: CPM / Nivel de estudios	179
4.4.4.6: CPM / Actividad laboral	181
4.4.4.7: CPM / Duración del tratamiento	183
4.4.4.8: CPM / Número de Medicamentos	184
4.4.5 CPM / Tipo de MEDICAMENTO	187
4.4.6: CPM / FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	190
4.4.6.1: CPM / Médico Informador	190
4.4.6.2: CPM / Lectura, comprensión y legibilidad de prospectos	202
4.5: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS CON EL CONOCIMIENTO DEL MEDICAMENTO	208
5. DISCUSIÓN	209

6. CONCLUSIONES	257
------------------------	------------

7. RESUMEN	261
-------------------	------------

8. BIBLIOGRAFÍA	265
------------------------	------------

9. ABREVIATURAS	285
------------------------	------------

10. ANEXOS	289
-------------------	------------

ANEXO I: Internet y Paciente	291
-------------------------------------	------------

- Portales en internet de información al paciente
- Redes sociales de pacientes

ANEXO II: Conocimiento del paciente acerca de la medicación	301
--	------------

- Cuestionario del conocimiento del paciente acerca de la medicación
- Normas para cumplimentar el Cuestionario de Conocimiento del paciente acerca de la medicación
- Normas para la evaluación del Cuestionario de conocimiento del paciente acerca de la medicación

ANEXO III: ENCUESTA herramienta de estudio	305
---	------------

ANEXO IV: Código ATC	307
-----------------------------	------------

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS:

Figura 1.1: Tipos de legibilidad.

Figura 1.2: Fórmula de legibilidad de Flesch o *Fórmula RES de Flesch*.

Figura 1.3: Fórmula para el cálculo del Índice de Flesch (IFZS), *Fórmula de Perspicuidad* o *Fórmula Flesch-Szigriszt*.

Figura 1.4: Pirámide de *Grados de la escala INFLESZ*.

Figura 1.5: Página de inicio del portal "Patients Like Me".

Figura 1.6: Página de inicio del portal "Informa Paciente".

Figura 1.7: Relación secuencial: Información al paciente (IP), Conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM), Problema relacionado con la medicación PRM y Resultado Negativo asociado a la medicación (RNM).

Figura 1.8: Modelo conceptual integrador de las distintas dimensiones del concepto de Alfabetización en salud (Integrated Model of health literacy-see separate file).

Figura 1.9: Resultados del Proyecto HLS-EU. Porcentajes de alfabetización general en salud.

Figura 1.10: Página de inicio del portal para el proyecto "Farmacias, por principios" (COFRM).

Figura 3.1: Ventajas y desventajas de los estudios transversales.

Figura 3.2: Criterios de inclusión en la muestra.

Figura 3.3: Criterios de exclusión de la muestra.

Figura 3.4: Algoritmo proceso de recogida de datos.

Figura 3.5: Estructura de la encuesta definitiva empleada como herramienta de estudio.

Figura 3.6: Ecuación para el conocimiento global del paciente acerca de la Medicación (*García Delgado y col. 2009*).

Figura 4.1: Distribución de la muestra por Tipo de Farmacia.

Figura 4.2: Distribución de las recetas de la muestra según el Tipo de Médico Prescriptor.

Figura 4.3: Distribución de la muestra por Tipo de Receta.

Figura 4.4: Distribución de la muestra por edades.

Figura 4.5: Distribución de la muestra por género.

Figura 4.6: Distribución de la muestra por Nivel de Estudios.

Figura 4.7: Distribución de los encuestados según la Actividad laboral que desempeñan.

Figura 4.8: Distribución de la muestra en función del número de medicamentos que tomaba cada paciente.

Figura 4.9: Distribución de medicamentos prescritos según el ATC al que pertenecían.

Figura 4.10: Distribución de las distintas fuentes de información referidas por el total de pacientes para los ítems del cuestionario de CPM.

Figura 4.11: Distribución de la búsqueda de información por parte de los 331 pacientes que repetían la medicación.

Figura 4.12: Fuentes de información referidas por los 231 pacientes que buscaron información fuera del entorno asistencial.

Figura 4.13: Distribución de los 331 prospectos de medicamentos que ya habían sido prescritos con anterioridad.

Figura 4.14: Distribución de los valores obtenidos del IFSZ para los 364 prospectos analizados.

Figura 4.15: Distribución, en función del grado en la escala Inflesz, de los 364 prospectos analizados.

Figura 4.16: Porcentajes de comprendidos y no comprendidos para los prospectos de grado 2 y 3 de legibilidad.

Figura 4.17: Distribución del CPM Total en los 450 pacientes encuestados.

Figura 4.18: Distribución del CPM Total como variable dicotómica (Conoce / No Conoce) en los 450 pacientes encuestados.

Figura 4.19: Porcentaje de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN cada una de las cuatro dimensiones del *Cuestionario CPM*.

Figura 4.20: Distribución del CPM para cada una de las cuatro preguntas de la dimensión A – PROCESO DE USO.

Figura 4.21: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la POSOLOGÍA (p.02).

Figura 4.22: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la PAUTA (p.03).

Figura 4.23: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (p.04).

Figura 4.24: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la FORMA DE ADMINISTRACIÓN (p.05).

Figura 4.25: Distribución del CPM para las dos preguntas de la dimensión B – OBJETIVO TERAPÉUTICO.

Figura 4.26: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la INDICACIÓN (p.01).

Figura 4.27: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca del EFECTO TERAPÉUTICO (p.09).

Figura 4.28: Distribución del CPM para las cuatro preguntas de la dimensión C – SEGURIDAD.

Figura 4.29: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de las PRECAUCIONES (p.06).

Figura 4.30: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de los EFECTOS ADVERSOS (p.07).

Figura 4.31: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de las CONTRAINDICACIONES (p.08).

Figura 4.32: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de las INTERACCIONES (p.10).

Figura 4.33: Distribución del CPM para la dimensión D – CONSERVACIÓN.

Figura 4.34: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la CONSERVACIÓN (p.11).

Figura 4.35: Porcentaje de pacientes que CONOCEN cada uno de los 11 ítems del *Cuestionario CPM*.

Figura 4.36: Prevalencia de CPM Total según el tipo de farmacia.

Figura 4.37: Prevalencia de pacientes que CONOCEN según los tres tipos de farmacia y para las cuatro dimensiones de CPM.

Figura 4.38: Prevalencia de pacientes que CONOCEN las distintas dimensiones, en función del tipo de farmacia RURAL/ URBANA.

Figura 4.39: Prevalencia de pacientes que CONOCEN las distintas dimensiones, en función del tipo de farmacia Urbana BARRIO / Urbana CENTRO.

Figura 4.40: Prevalencia del CPM Total según el tipo de médico prescriptor.

Figura 4.41: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el médico prescriptor y para la dimensión A.

Figura 4.42: Prevalencia del CPM Total según el tipo de receta.

Figura 4.43: Prevalencia del CPM Total según el encuestado sea paciente o cuidador.

Figura 4.44: Prevalencia de encuestados que CONOCEN/ NO CONOCEN, según sean pacientes o cuidadores, para la dimensión A.

Figura 4.45: Cajas de distribución de edad según el CPM total.

Figura 4.46: Edad media de los encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN cada una de las dimensiones del conocimiento.

Figura 4.47: Distribución de la muestra por grupos de edad.

Figura 4.48: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad.

Figura 4.49: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad, para la Dimensión A.

Figura 4.50: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad, para la Dimensión B.

Figura 4.51: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad, para la Dimensión D.

Figura 4.52: Prevalencia del CPM Total según el género.

Figura 4.53: Prevalencia del CPM para la dimensión A, en función del género.

Figura 4.54: Prevalencia del CPM para la dimensión B, en función del género.

Figura 4.55: Prevalencia del CPM para la dimensión B, en función del género.

Figura 4.56: Prevalencia del CPM Total según la nacionalidad.

Figura 4.57: Prevalencia del CPM para la dimensión A, según la nacionalidad.

Figura 4.58: Prevalencia del CPM para la dimensión B, según la nacionalidad.

Figura 4.59: Prevalencia del CPM para la dimensión D, según la nacionalidad.

Figura 4.60: Prevalencia del CPM Total según el nivel de estudios.

Figura 4.61: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el nivel de estudios y para la dimensión A.

Figura 4.62: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el nivel de estudios y para la dimensión B.

Figura 4.63: Prevalencia del CPM Total según la actividad laboral.

Figura 4.64: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según la actividad laboral y para la dimensión B.

Figura 4.65: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según la actividad laboral y para la dimensión D.

Figura 4.66: Prevalencia del CPM Total según se haya tomado o no el medicamento con anterioridad.

Figura 4.67: Prevalencia de pacientes que CONOCEN las distintas dimensiones, en función de que hayan tomado o no el medicamento con anterioridad.

Figura 4.68: Prevalencia del CPM Total según el paciente tome o no más de un medicamento.

Figura 4.69: Prevalencia del CPM Total en función del número de medicamentos.

Figura 4.70: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN la dimensión A, según el número de medicamentos que toman.

Figura 4.71: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN la dimensión B, según el número de medicamentos que toman.

Figura 4.72: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN la dimensión D, según el número de medicamentos que toman.

Figura 4.73: Prevalencia del CPM Total en función de los cuatro grupos ATC mayoritarios.

Figura 4.74: Distribución de porcentajes de pacientes que CONOCEN / NO CONOCEN, según los ATCs registrados.

Figura 4.75: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el ATC del medicamento prescrito y para la dimensión A (análisis de los cuatro ATC mayoritarios).

Figura 4.76: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el ATC del medicamento prescrito y para la dimensión B (análisis de los cuatro ATC mayoritarios).

Figura 4.77: Distribución de las distintas fuentes de información referidas por los pacientes encuestados, para cada una de las dimensiones del conocimiento.

Figura 4.78: Tipo de médico informador referido por el paciente para las cuatro preguntas de la dimensión A – PROCESO DE USO.

Figura 4.79: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la POSOLOGÍA, en función del médico informador.

Figura 4.80: Distribución del total de pacientes que CONOCEN LA POSOLOGÍA, en función del médico informador.

Figura 4.81: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la PAUTA, en función del médico informador.

Figura 4.82: Distribución de pacientes que CONOCEN la PAUTA, en función del médico informador.

Figura 4.83: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la DURACIÓN, en función del médico informador.

Figura 4.84: Distribución de pacientes que CONOCEN la DURACIÓN del tratamiento, en función del médico informador.

Figura 4.85: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la FORMA DE ADMINISTRACIÓN, en función del médico informador.

Figura 4.86: Distribución de pacientes que CONOCEN la FORMA DE ADMINISTRACION del medicamento, en función del médico informador.

Figura 4.87: Tipo de médico informador referido por el paciente para las dos preguntas de la dimensión B – OBJETIVO TERAPÉUTICO.

Figura 4.88: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la INDICACIÓN, en función del médico informador.

Figura 4.89: Distribución de pacientes que CONOCEN la INDICACIÓN TERAPÉUTICA del medicamento, en función del médico informador.

Figura 4.90: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN el EFECTO TERAPÉUTICO, en función del médico informador.

Figura 4.91: Distribución de pacientes que CONOCEN el EFECTO TERAPÉUTICO del medicamento, en función del médico informador.

Figura 4.92: Tipo de médico informador referido por el paciente para las cuatro preguntas de la dimensión C – SEGURIDAD.

Figura 4.93: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN las PRECAUCIONES, en función del médico informador.

Figura 4.94: Distribución de pacientes que CONOCEN las PRECAUCIONES, en función del médico informador.

Figura 4.95: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN los EFECTOS ADVERSOS, en función del médico informador.

Figura 4.96: Distribución de pacientes que CONOCEN los EFECTOS ADVERSOS, en función del médico informador.

Figura 4.97: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN las CONTRAINDICACIONES, en función del médico informador.

Figura 4.98: Distribución de pacientes que CONOCEN las CONTRAINDICACIONES, en función del médico informador.

Figura 4.99: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN las INTERACCIONES, en función del médico informador.

Figura 4.100: Distribución de pacientes que CONOCEN las INTERACCIONES, en función del médico informador.

Figura 4.101: Tipo de médico informador referido por el paciente para la pregunta de la dimensión D – CONSERVACIÓN.

Figura 4.102: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la CONSERVACIÓN, en función del médico informador.

Figura 4.103: Distribución de pacientes que conocen la CONSERVACIÓN del medicamento, en función del médico informador.

Figura 4.104: Prevalencia del CPM Total en función de la lectura o no del prospecto.

Figura 4.105: Prevalencia del CPM en función de la lectura o no del prospecto para la dimensión A - PROCESO DE USO.

Figura 4.106: Prevalencia del CPM en función de la lectura o no del prospecto para la dimensión B - OBJETIVO TERAPÉUTICO.

Figura 4.107: Prevalencia del CPM Total en función de la comprensión o no del prospecto.

Figura 4.108: Prevalencia del CPM en función de la comprensión o no del prospecto para la dimensión B - OBJETIVO TERAPÉUTICO.

Figura 4.109: Prevalencia del CPM Total en función de la legibilidad del prospecto.

Figura 4.110: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la CONSERVACIÓN, en función de la legibilidad del prospecto leído.

Figura 4.111: Prevalencia del CPM Total en función de la legibilidad del prospecto leído y comprendido.

Figura 4.112: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la CONSERVACIÓN, en función de la legibilidad del prospecto leído y comprendido.

TABLAS:

Tabla 3.1: Operacionalización del conocimiento del medicamento en base al consenso del panel de expertos (*García Delgado y col. 2009*).

Tabla 3.2: Frecuencias de endose para cada ítem del cuestionario de Conocimiento del Paciente sobre su Medicamento (Número de pacientes = 102) (*García Delgado y col. 2009*).

Tabla 4.1: Distribución de “no válidos” respecto al total de ofrecimientos de participación.

Tabla 4.2: Distribución de pacientes provenientes de países no hispano-parlantes, en función del dominio del español.

Tabla 4.3: Índice Kappa de concordancia (K) y Porcentaje de acuerdo (%) entre médico prescriptor y médico informador.

Tabla 4.4: Agrupación de los laboratorios en función de la legibilidad de sus prospectos.

Tabla 4.5: Ordenación de los grupos ATC en función de la legibilidad de sus prospectos.

Tabla 4.5: Análisis de regresión logística de factores asociados al CPM (I.C 95%).

Tabla 5.1: Cuestionario de Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación CPM.

1. INTRODUCCIÓN

1.1: ATENCIÓN FARMACÉUTICA

1.1.1: La Farmacia como ciencia independiente

Afirmaba Aristóteles en el S IV a.c, en el libro primero de su obra *Metafísica*, que la diferencia entre el técnico y el empírico está en que el hombre de arte (el técnico) actúa sabiendo el qué y el porqué de lo que hace, en tanto que el hombre de experiencia (el empírico) no. Y para ilustrarlo, añadía un ejemplo farmacológico: *“Saber que tal remedio ha curado a Calias atacado de tal enfermedad, que ha producido el mismo efecto en Sócrates y en muchos otros tomados individualmente, constituye la experiencia; pero saber, que tal remedio ha curado toda clase de enfermos atacados de cierta enfermedad, los flemáticos, por ejemplo, los biliosos o los calenturientos, es arte” (De Azcárate, 1993).*

En relación con este concepto de “arte”, en cuanto al conocimiento de lo general, frente al “empirismo” como conocimiento de las cosas particulares, escriben Gracia Guillén y col. (1984) en el libro *Historia del Medicamento*, acerca de cómo el empirismo que durante siglos dominó la obtención de los fármacos pasó a ser un arte con técnicas precisas, que determinaban el tiempo y las condiciones de recolección de los simples, de su conservación, purificación y los métodos convenientes para, con ellos, obtener un complejo medicinal.

Son los árabes, en el Siglo I, los primeros que ven la necesidad de una especialización, de modo que junto al médico puro exista el preparador de medicamentos, y así lo preconizan entre otros Abulcasis y Al-Biruni redactando obras dirigidas exclusivamente al técnico del medicamento, que va a ser en lo sucesivo quien proporcione al médico los medicamentos que necesite. No mucho más tarde esta idea es aceptada en el mundo cristiano, en el que ya de forma oficial nace la figura del farmacéutico separada completamente de la del médico (*Gracia Guillén y col., 1984*).

Esteve de Sagrera (2005) plantea también la Historia de la Farmacia, y la figura del farmacéutico, en el contexto de la Historia del Medicamento. El autor define los medicamentos como “*parte de la lucha contra la escasez y la miseria, hijos del deseo de los hombres de prosperar y mejorar su calidad de vida...*”.

La figura del farmacéutico surge pues ante la clara necesidad de un profesional capacitado que elaborase los remedios medicinales (fórmulas magistrales) que el médico prescribía al paciente para aliviar una dolencia o curar una enfermedad; pero durante décadas, la Historia de la Farmacia ha sido una disciplina heterogénea e inconcreta que, tras la aportación de estudios de diversos autores, ha superado la imprecisión en los aspectos que la relacionan con la historia de la ciencia (*Esteve de Sagrera, 2005*).

Es en Tallin (Estonia), donde surge la primera farmacia en Europa, con servicio al público desde su apertura en 1422. Dos siglos antes (en 1221) ya existía una farmacia en Europa como lugar físico en el que se elaboraban medicinas y ungüentos. Estaba ubicada en el Convento de Santa M^a de Novella en Florencia (Italia) y era regentada por unos frailes dominicos, pero estos no venderían al público hasta cuatro siglos más tarde. La farmacia del S.XV era un establecimiento donde el boticario procuraba, preparaba y evaluaba productos medicinales, velando además por que esos productos que vendía (los fármacos) fueran puros, sin adulterar, y preparados *secundum arte*. Este “modelo de farmacia” fue el que definió el ejercicio profesional del farmacéutico, que se mantuvo así durante cinco siglos (*Esteve de Sagrera, 2005*).

Los avances socioeconómicos y científicos de los siglos posteriores al nacimiento de las primeras farmacias, catalizados por la Revolución Industrial, consiguieron ampliar y diversificar la oferta de medicamentos a disposición de la sociedad, y es la industria la que a lo largo del S.XIX y principios del S.XX toma las riendas de ese proceso de fabricación que hasta la fecha tenía lugar en las boticas.

Los farmacéuticos de principios del S.XX, tras reclamar para sí el despacho de especialidades, ahora definido como dispensación, se unieron en cooperativas y

centros y formaron almacenes de distribución, adquiriendo fuerza y haciendo desaparecer definitivamente en, 1931 la figura “empírica” del droguero, que se limitaba a vender productos químicos (*Esteva de Sagrera, 2005*).

Según la bibliografía consultada, el origen de la Farmacia como ciencia independiente podría situarse en el primer tercio del siglo XIX (de cuando datan las primeras historiografías), si bien existe una evolución histórica de la figura del experto/técnico del medicamento desde la antigüedad clásica (Dioscórides, Galeno, Avicena, Paracelso...) hasta nuestros días. Todos los autores coinciden en señalar estos últimos 50 años como el período de la historia en el que más ha evolucionado el concepto del ejercicio de la profesión farmacéutica (*Gracia Guillén y col., 1984; Gómez Caamaño, 1986; Esteva de Sagrera, 2005; López Andújar y col., 2010*).

La actividad de la farmacia de mediados del S. XX, con una industria farmacéutica plenamente desarrollada, comienza a orientarse al campo del control y la planificación, dirigiendo su esfuerzo no tanto a elaborar los medicamentos sino más bien a hacerlos llegar a la población de manera fácil, ordenada, homogénea y con todas las garantías de seguridad necesarias. Nace la planificación farmacéutica (*Esteva de Sagrera, 2005*).

1.1.2: La Planificación Farmacéutica

La intervención administrativa en el sector farmacéutico ha sufrido una profunda evolución pues, en líneas generales, pasó del sistema de libertad para el establecimiento de nuevas farmacias que existía hasta los años 40-50, a otro en el que dicho establecimiento se somete a una serie de limitaciones y requisitos. En el derecho comparado, como indica Suñé Arbussa (1990), nos podemos encontrar con:

1-Farmacias del Estado: Propias de países de economía comunista. Se trata de un modelo de farmacias en las que El Estado es propietario y el farmacéutico es un funcionario asalariado, como es el caso de Suecia.

2-Farmacias en Régimen Liberal: Dentro de este modelo pueden considerarse dos tipos de libertad, una absoluta que se da en Norteamérica, Reino Unido, Irlanda, Portugal, Holanda, Hungría... en la que la farmacia puede establecerse donde y como se quiera por un dueño que no ha de ser necesariamente farmacéutico siempre y cuando haya uno que la dirija, y otra libertad más restringida, vigente en Alemania, Bulgaria, Chipre, Suiza, Polonia... donde existe libertad de establecimiento pero el dueño sí ha de ser farmacéutico.

3-Farmacias en Régimen bajo control: El modelo del derecho farmacéutico español. Se trata de un régimen regulación que tiene su base en una limitación de la libertad de establecimiento de las farmacias con el objeto de controlar, ordenar, orientar y planificar sobre el territorio, la apertura y las modificaciones de estos establecimientos. Este modelo existe también en Francia, Italia, Austria, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Luxemburgo, Eslovenia, Letonia

Como indica Suñé Arbussa (1990), el propósito planificador que late en la normativa limitadora se viene sustentando en razones de interés público. Se entiende que al someter el establecimiento de las Oficinas de Farmacia (OOF) a una autorización administrativa cuyo otorgamiento se condiciona a una serie de límites, se obtiene el efecto de redistribuir la instalación de éstas en todo el territorio, evitando la concentración de las mismas en las zonas comercialmente más apetecibles –normalmente el centro de las ciudades- y permitiendo con ello una mejor atención del servicio farmacéutico.

Estos límites que condicionan la apertura de OOF son: la proporción entre el número de farmacias y el número de habitantes y la distancia con otras OOF, primando de algún modo la instalación de las farmacias en las zonas más desatendidas desde el punto de vista del servicio farmacéutico. Según González Pérez (1878), *“hay que reconocer, pues, a este régimen de limitaciones, un beneficio indudable: que gracias al mismo, la oficina de farmacia ha aparecido simultáneamente (por no decir incluso que antes) al nacimiento de un núcleo urbano. Ante la expansión de la ciudad, el profesional farmacéutico ha instalado su oficina de farmacia en cuanto*

existía la distancia reglamentaria a la más próxima y aparecían edificaciones, aún cuando éstas fueren aisladas”.

El medicamento, como bien esencial que es y por la enorme importancia económica, social y sanitaria que ha adquirido en nuestra sociedad, no puede estar sometido a las leyes del mercado, debe estar supervisado y regulado, no pudiendo por tanto entrar a formar parte de otros intereses que salgan del ámbito sanitario (*Esteva de Sagrera, 1991*). Tanto en España como en otros países del entorno mediterráneo, el estado se convierte en moderador y regulador del servicio que las farmacias prestan, y es la ordenación de este servicio la que posibilita la expansión capilarizada y homogénea de las oficinas de farmacia. Gracias a esta regulación, hoy día disfrutamos de un acceso al medicamento en igualdad de condiciones con independencia de la ubicación que tenga la farmacia o el tamaño de la misma (*Plaza Piñol, 1999*).

El sistema regulado garantiza el acceso al medicamento, con lo que, una vez el paciente acude a la farmacia para adquirir la medicación que le ha sido prescrita por un médico, la labor del farmacéutico (a través del acto de la dispensación) es velar por el correcto uso de la misma. La situación en la segunda mitad del siglo XX (con la elaboración de medicamentos asumida en su mayor parte por la industria y con la regulación de la planificación farmacéutica), unido a las inquietudes, aptitudes y el conocimiento del profesional farmacéutico, hacen posible el cambio conceptual y práctico del ejercicio en la farmacia que comienza a desarrollar una labor más asistencial y enfocada al paciente. La práctica de la farmacia clínica nace a mediados de los años 60, coincidiendo con el comienzo de un periodo profesional de transición en el que los farmacéuticos buscan su autorrealización (*Plaza Piñol, 1999*).

1.1.3: *Pharmaceutical Care*. Atención Farmacéutica

La consideración y puesta en marcha de la práctica en farmacia clínica, se ve reflejada en la bibliografía de los años 60 y principios de los años 70. En estas publicaciones, se alude a los *Servicios Farmacéuticos* (del inglés *Pharmaceutical Services*), como aquellos servicios que prestan equipos de profesionales

farmacéuticos (*Anónimo, 1966; Blatman, 1968; Solich y col., 1971; Slining y Sister, 1973*). Los autores publican los resultados de la práctica de la farmacia clínica, constatando su efectividad y poniendo por tanto en valor estos servicios.

El término *Pharmaceutical Care* fue definido por primera vez en 1975 por Mikeal y col., refiriéndose a él como: *“Los cuidados que un paciente concreto requiere y recibe, y que aseguran un uso seguro y racional de la medicación”*. Los autores afirman en una de las conclusiones de su artículo, que la labor a jornada completa de un farmacéutico que haga un seguimiento de la medicación de los pacientes, aporta una mayor calidad al servicio de un hospital en relación a otro que no disponga de un farmacéutico desarrollando esta labor. No sólo es la primera vez que se define la práctica profesional en estos términos de responsabilidad sobre los medicamentos utilizados, sino que además es la primera vez que se considera al paciente como objeto de la actuación del farmacéutico. Esta nueva consideración del paciente como “centro” del ejercicio profesional del farmacéutico, supone un cambio sustancial en el planteamiento de la profesión y se ve inmediatamente reforzada por otros autores, como Temple y Nelson (1975).

Pero es Brodie, a principios de los años 80, quien establece las bases teóricas de esta nueva “reorientación profesional” en su conferencia sobre la *Teoría de la práctica farmacéutica*, en la que expone lo siguiente: *“Pharmaceutical care incluye la determinación de las necesidades en medicamentos para un individuo concreto y la provisión, no sólo del medicamento requerido, sino también de los servicios necesarios (antes, durante y después del tratamiento) para asegurar una terapia lo más segura y efectiva posible”* (Brodie, 1980).

En, 1988, el doctor en farmacia Charles D. Hepler, de la Universidad de Florida, plantea la necesidad de una “reprofesionalización” de la Farmacia. *“La Farmacia debería volver a sus orígenes preindustriales (previos a la Revolución Industrial), cuando existía un compromiso con la sociedad, un compromiso de servicio público, comprendido y valorado, si desea un feliz futuro postindustrial”* (Hepler, 1988).

En, 1990 Charles D. Hepler y Lisa M. Strand (doctora en farmacia e investigadora en la Universidad de Minnesota), definen *Pharmaceutical Care* como “la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”, y consolidan el término vinculándolo a tres puntos clave:

- Responsabilizarse del resultado del tratamiento farmacológico que se dispensa.
- Hacer un seguimiento del curso de la farmacoterapia para conocer esos resultados.
- Adquirir un compromiso directo con los pacientes para conseguir mejorar su calidad de vida con el uso de los medicamentos.

Los autores plantean pues la necesidad de la farmacia de madurar profesionalmente, considerando este cambio como una oportunidad de reafirmación, siempre y cuando se acepte la responsabilidad social que el farmacéutico tiene en la reducción de los problemas relacionados con los medicamentos. “Y en estos términos ha de evolucionar, relacionándose con otros profesionales sanitarios con el fin unir esfuerzos por el bien de la sociedad” (Hepler y Strand, 1990).

En, 1993, la Organización Mundial de la Salud respalda el concepto *Pharmaceutical Care* en su Informe de Tokio. En dicho Informe se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, definiéndose *Pharmaceutical Care* como “una responsabilidad básica del farmacéutico, con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente, que debe ser implantado en todos los países, independientemente de su nivel socioeconómico” (OMS, 1995). La OMS plantea en este Informe diferentes factores que justifican la implantación del *Pharmaceutical Care*:

- El envejecimiento de las poblaciones conlleva un aumento del número de enfermos crónicos y por lo tanto polimedificados, para los cuales es básico controlar los tratamientos.

- El aumento de los costos de la atención sanitaria es una realidad en países donde se cuenta con elevados niveles de bienestar social, pero hay que intentar mejorar la gestión de estos servicios.

- Los medicamentos son y serán cada vez más complejos por lo que hay que vigilar y asegurar que su utilización sea óptima por parte del paciente.

- La formación de los consumidores es cada vez más amplia con lo que sus expectativas aumentan, sobre todo en aspectos sanitarios. Esto significa que cada vez exigirán mejores servicios.

- La tendencia general que existe en disminuir los tiempos de hospitalización de los pacientes, conduce necesariamente a la asistencia sanitaria extra-hospitalaria. Los médicos y enfermeros ya se están adaptando a ese cambio, y el farmacéutico deberá hacerlo también si no quiere que otro profesional de la salud se encargue de esta labor.

Según plantean Cipolle y col. (1998), es importante relacionar el concepto *Pharmaceutical Care* con los resultados de la farmacoterapia, definiendo *Pharmaceutical Care* como: *“una práctica en la que el facultativo (farmacéutico) se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, y se compromete con dicha responsabilidad. Durante la realización de esta práctica profesional, se provee una farmacoterapia responsable con el propósito de alcanzar resultados positivos en el paciente”*.

En España, durante la segunda mitad de la década de los años 80 y primera de los 90, ya se habían producido ciertos hechos que apuntaban un cambio en la farmacia. En 1987 se creó la Red española de Atención Primaria (REAP), para potenciar la colaboración entre los distintos agentes de salud que atienden a los pacientes a nivel de Atención Primaria. En las Oficinas de Farmacia también se pusieron en marcha una serie de “acciones” ante problemas sociales de salud como el “Programa de Kit Anti-SIDA” de, 1990, el “Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)” de, 1992 o el “Programa de Mantenimiento con Metadona” de,

1995. Todo ello, junto al Informe OMS/FIP del Congreso de 1993 de la Federación Farmacéutica Internacional de Tokio, creó una cierta inquietud en un pequeño grupo de farmacéuticos españoles, que consiguieron que la Asociación Española de Farmacéuticos de la Industria (AEFI) organizara, por primera vez, un symposium sobre Oficina de Farmacia que versó sobre el *Pharmaceutical Care* como nueva filosofía de trabajo en la farmacia, y que tuvo lugar en el **V Congreso de Ciencias Farmacéuticas**, celebrado en la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, en, 1995 (López-Cuello y col., 2010).

En el symposium, organizado por Teresa Alfonso, Borja García de Bikuña, M^a José Faus y Paloma Hortelano, y coordinado por Flor Álvarez de Toledo, se impartieron tres conferencias magistrales:

- *Pharmaceutical Care* (Dr. Charles D. Hepler)
- *Evolución de la percepción de la OMS sobre el papel de los farmacéuticos* (Agatha Wehrli)
- *Continuidad de la Atención Farmacéutica* (Carmen Arberola)

En su conferencia, el profesor Hepler expuso los siguientes aspectos acerca del concepto *Pharmaceutical Care* :

Concepto: Prevenir y evitar los fallos en la farmacoterapia que se producen por el proceso o procedimiento de uso de medicamentos tal y como lo tenemos diseñado.

Objetivo: Solucionar estos fallos integrando el trabajo de los pacientes y los profesionales para conseguir los resultados esperables y esperados de los medicamentos, intentando prevenir y disminuirlos cambiando el sistema del proceso.

Es comúnmente aceptado que este Congreso constituye el inicio de la **Atención Farmacéutica** en España (Gascón, 1997), que Martí (2002) describe como “La estación de partida del tren de la Atención Farmacéutica en nuestro país”.

Tras el Congreso, el profesor Hepler se reunió en Toledo con un reducido grupo de congresistas que posteriormente comenzaron a liderar la implantación de los servicios de *Atención Farmacéutica (AF)* en España. Fruto de esa reunión fue, entre otros proyectos, la creación de la *Fundación Pharmaceutical Care* en España (López-Cuello y col., 2010). Esta institución privada, creada en 1998, es una entidad que promueve actividades científicas y profesionales sobre AF, validando la calidad de las mismas. Su apoyo ha sido fundamental para el desarrollo de la AF y la creación del Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, que con periodicidad bianual lleva celebrándose en España desde el año 1998 (Fundación Pharmaceutical Care España, 2012).

Así pues, a mediados de los años 90, se integra en España el concepto de *Pharmaceutical Care*, traducándose literalmente como **Atención Farmacéutica**. Pero esta denominación suscita numerosas interpretaciones entre los autores creando un debate sobre lo que es o no es realmente la *Atención Farmacéutica*, las actividades que engloba, así como su aplicación en la práctica farmacéutica (Gastelurrutia y Soto, 1999; Soto, 1999).

1.1.4: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria

La ambigüedad que envuelve al término *Atención Farmacéutica*, cuatro años después de haberse definido en España como traducción de *Pharmaceutical Care*, genera la necesidad de un consenso que aúne criterios y defina el concepto con el fin de posibilitar su implantación. Con este objetivo se convoca en, 2001 el **Consenso sobre Atención Farmacéutica**. Durante siete meses, doce expertos convocados por el Ministerio de Sanidad se reunieron de manera periódica para trabajar activamente en la búsqueda de soluciones y puntos de encuentro con el fin de dar forma definitiva y “oficial” al término.

Tras debatir las diferentes interpretaciones del término *Atención Farmacéutica* y analizar su significado en la legislación nacional relativa a la Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (Ley 16/1997), se puso de manifiesto la necesidad de estructurar las distintas actuaciones profesionales

agrupándolas bajo una denominación que cumpliera con dos características principales:

1-Que implicara la gestión del conocimiento farmacéutico aplicada a un paciente determinado.

2- Que fuera conocida por otros colectivos profesionales y por la población.

El documento de consenso creado, diferencia claramente las funciones del farmacéutico relacionadas con el medicamento en sí mismo (adquisición, custodia, almacenamiento y conservación), de aquellas orientadas al paciente (dispensación, formulación magistral, indicación farmacéutica, formación en uso racional, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico) y son estas funciones orientadas al paciente las que constituyen, según el grupo de expertos, la **Atención Farmacéutica**, quedando ésta definida como: *“la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”* (Comité de expertos, 2001).

El Consenso sobre Atención Farmacéutica del año 2001, pretende diseñar los elementos básicos a través de los cuales el farmacéutico pueda desarrollar la mecánica del acto de la **dispensación**, que ha de ser un medio para realizar *Atención Farmacéutica*, y no un fin en sí mismo.

La dispensación entendida dentro de la *Atención Farmacéutica*, no puede limitarse a la mera entrega del medicamento. La actitud del farmacéutico ha de ser activa, asegurando que el paciente tome la medicación correctamente así como detectando problemas potenciales derivados de la toma de ese medicamento. Y esta actitud deberá tenerse tanto si el medicamento solicitado por el paciente ha sido prescrito por un médico, como si no. Este segundo caso, en el que se presenta un síntoma o síndrome autolimitado provocado por una dolencia leve, es aquel en el

que el paciente plantea la siguiente pregunta al farmacéutico: “*qué me da para...*”, y el farmacéutico responderá con una *indicación farmacéutica*.

El texto también define el **Seguimiento Farmacoterapéutico** personalizado como “*la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM)*”. “*Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente*” (Comité de expertos, 2001). El consenso plantea el *Seguimiento Farmacoterapéutico* como la traducción del término americano *Pharmaceutical Care* (definido en 1990), y da al concepto de *Atención Farmacéutica* un significado más amplio.

En el año 2002, definido ya el concepto de *Atención Farmacéutica*, se lleva a cabo un Proyecto Nacional, eminentemente profesional, denominado **Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica**, que fue promovido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) en colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Constituido por un conjunto de acciones prácticas, fue una relevante iniciativa desde la profesión y tuvo como objetivo proponer un sistema de trabajo, homogéneo y protocolizado, que aunara y consensuara todas las tendencias o criterios metodológicos existentes en la práctica profesional hasta la fecha. El *Plan* sitúa al paciente en el centro de la actuación profesional, que ha de ser dirigida a través de la dispensación, la indicación terapéutica y el seguimiento farmacoterapéutico (*Plan estratégico, 2002*).

Pero a pesar de los esfuerzos por definir la **Atención Farmacéutica (AF)** en España, todavía se encuentran múltiples barreras que dificultan su implantación, entre las cuales se evidencia la falta de unidad en los mensajes ofrecidos por los expertos y las instituciones. Éste fue el motivo por el que, en febrero de 2004, la Organización Farmacéutica Colegial (CGCOF) impulsa la formación de un grupo de trabajo compuesto por representantes de distintas instituciones de todos los

ámbitos (primaria, hospitalaria y comunitaria) relacionados con la AF, que pasó a denominarse ***Foro de Atención Farmacéutica (FORO)***, y se constituyó con miembros de:

- El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- La Real Academia Nacional de Farmacia
- El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)
- La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)
- La Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
- La Fundación Pharmaceutical Care España
- El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

En Febrero de 2008, como resultado del trabajo desarrollado por este grupo durante cuatro años, se publicó un **Documento de Consenso**, con el objetivo de facilitar los acuerdos adoptados en terminología, conocimientos generales y la práctica de los Servicios de *Atención Farmacéutica (Foro, 2008)*.

Desde ese momento, las instituciones ligadas a la Farmacia comunitaria consideraron necesario seguir trabajando para lograr alcanzar el principal objetivo de *FORO*: Generalizar e implantar los Servicios de AF en nuestro país. Así se construyó un nuevo grupo denominado ***FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN FARMACIA COMUNITARIA (Foro AF-FC)***.

1.1.5: Regulación de los servicios en la Oficina de Farmacia

La **Constitución Española de 1978** reconoce en su artículo 43, el derecho de *Protección de la Salud*, otorgando a los poderes públicos las competencias para organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios que sean necesarios, con el fin de fomentar la educación sanitaria (*Constitución Española, 1978*).

Ocho años después de la redacción de la Constitución, entra en vigor la **Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, una ley que estructuró las medidas, prestaciones y servicios necesarios que había reconocido la Constitución para velar por el Derecho a la Protección de la Salud. En el artículo 103 consideraba establecimientos sanitarios a las oficinas de farmacia abiertas, pero emplazaba la planificación de éstas a la futura legislación especial de medicamentos y farmacias (*Ley 14/1986*).

Tras la Ley General de Sanidad de, 1986, la **Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento**, abundó en la materia con el establecimiento de algunos principios sobre la ordenación de las farmacias, aunque sin afectar apenas a la compleja situación jurídico-administrativa de estos establecimientos (*Ley 25/1990*), con lo que es realmente la **Ley 16/1997, de 25 de Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia** la que establece un marco jurídico básico y, partiendo de esta normativa general, cada comunidad autónoma (al asumir posteriormente las competencias en materia sanitaria) adaptará y completará todos aquellos puntos que estime oportunos (*Ley 16/1997*).

La **Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios**, establece los criterios básicos de ordenación del sector farmacéutico, tanto en lo que se refiere a establecimientos farmacéuticos como al uso racional de los medicamentos, encomendando a las diferentes administraciones del Sistema Nacional de Salud con competencias en la materia, la ordenación de las oficinas de farmacia, servicios farmacéuticos y prestaciones farmacéuticas. La ***Atención Farmacéutica***, cuyo concepto en ese año (2006) ya ha sido definido por *FORO*, se incluye en la Ley como función de elevada importancia para la salud pública. Así, el artículo 84 (dentro del Capítulo IV “*Del uso racional de medicamentos en las oficinas de Farmacia*”) cita textualmente: “*Los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de Atención Farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo, participarán en la realización del*

conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente” (Ley 29/2006).

Esta ley 29/2006, de 26 de Julio, otorga a la oficina de farmacia la consideración de “*establecimiento sanitario privado de interés público*”, y establece que el medicamento ha de ser entendido dentro del marco de la *Atención Farmacéutica*.

1.2: DERECHOS DE LOS PACIENTES

1.2.1: Marco legal Español y Europeo

Los avances de la ciencia en el campo de la informática, las técnicas instrumentales o la genética, han hecho evolucionar el ejercicio de la medicina a gran velocidad, pero también han complicado en muchos casos las relaciones médico-paciente, siendo la masificación en la sanidad pública el detonante de esta pérdida de calidad en el servicio. La práctica médica se ha hecho más arriesgada, impersonal y deshumanizada, y todo ello ha llevado a la necesidad de una reformulación y un resurgimiento de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales (*Leenen y col., 1993, García Ortega, 2004*).

Como afirma Goic (Director de la unidad de Planificación de la Educación Médica, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile) en su artículo “*El fin de la Medicina*” (2000), en el Juramento Hipocrático están representados valores éticos que tienen que ver con la relación entre médico y paciente: el respeto a la vida y a la dignidad de la persona, la justicia, la no discriminación, la confidencialidad... Valores que han orientado la conducta profesional por más de dos milenios. Pero según Bankowski y Bryant (1994), en la vida real no parece ser suficiente el discurso ético que proclama la profesión médica tanto en el Juramento Hipocrático, como en otros códigos de ética. Los autores entonces señalaban que movimientos ideológicos contemporáneos como los de la Bioética, constituyen un ejemplo de la intención de

profesionales sanitarios y filósofos de reexaminar y sistematizar las normas éticas de la medicina, especialmente en el plano de los derechos sociales de las personas. Los autores indicaban también que, *“probablemente, el mayor aporte de la bioética haya sido el énfasis que ha puesto en el principio de la autonomía del paciente y la justicia”* (Bankowski y Bryant, 1994).

Según Goic (2000), *“hoy en día las personas, los ciudadanos, los usuarios de los servicios de salud, no se conforman con las declaraciones éticas formales de la profesión médica, sino que exigen que los derechos que emanan de esas declaraciones se constituyan en instrumentos legales que obliguen a los profesionales, a las autoridades sanitarias y a los gobiernos, a esforzarse por satisfacer las necesidades de salud a las que tienen legítimo derecho”*.

La **Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, establece el marco de regulación y desarrollo de los derechos de los pacientes, indicando en su artículo 2 que *“todo profesional que interviene en la actividad asistencial, está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica”*, y en su artículo 5 que *“el titular del derecho a la información es el paciente”* (Ley 41/2002).

El derecho incide en todos los ámbitos de la existencia humana, incluida su condición de paciente, y la Ley 41/2002 se ocupa de su regulación. El derecho a la información, a la intimidad y a la confidencialidad gozan, con la entrada en vigor la Ley 41/2002, de una protección nunca antes alcanzada. Así, *“nuestro país goza de una legislación de las más actuales en la materia y a los agentes que intervienen en el proceso asistencial incumbe aplicarla y procurar que su cumplimiento esté a la par de la calidad a la que aspira nuestra sanidad”* (Figueras-Sabater, 2005). La bibliografía encontrada pone de relieve la opinión de numerosos autores que consideran que la excelencia en la asistencia sanitaria no se consigue sólo con el máximo rigor científico, sino que ha de ser entendida en un contexto que proteja los derechos de

los pacientes (*Hidalgo Antequera, 2005, Montalvo-Jääskeläinen y col., 2005, Pérez Cárceles y col., 2006*).

En el ámbito europeo, la redacción de la **Carta Europea de los derechos de los Pacientes**, también conocida como *Carta de Roma*, vino a reforzar el grado de protección de los derechos de los pacientes y ciudadanos en los diferentes contextos nacionales y constituyó una herramienta para la armonización de los Sistemas Nacionales de Salud, algo necesario debido a la libre (y creciente) circulación de ciudadanos dentro de la Unión Europea (*Carta de Roma, 2002*).

Palacio (2005), tras revisar la cobertura legal de los Derechos de los Pacientes en España y la Comunidad Europea (Ley 41/2002 y Carta de Roma respectivamente), concluye que la cobertura legal de los derechos exigidos por los ciudadanos es suficientemente correcta, y su conocimiento y aplicación permite identificar numerosas áreas de mejora en la atención primaria.

1.2.2: Derecho del Paciente a la Información

La *Carta de Roma*, publicada en el mismo año y mes de la entrada en vigor en España de la *Ley 41/2002*, enumera en su segunda parte, los catorce derechos del paciente entre los que se encuentra el derecho a la información: *“Todo individuo tiene derecho al acceso a todo tipo de información sobre su estado de salud, los servicios sanitarios y cómo utilizarlos así como a todo lo que la investigación científica y la innovación tecnológica pueda procurar”* (*Carta de Roma, 2002*).

Plantea Barbero (2006), psicólogo clínico del Hospital de La Paz de Madrid, que el acceso a la información veraz es un derecho de todos los pacientes. Cada persona tiene derecho a decidir, con apoyo y conocimiento de causa, sobre aspectos tan importantes de su vida como el proceso de salud/enfermedad o de vida/muerte, pero ¿qué significa ser *fieles a la verdad del paciente*? Según el autor, siguiendo las dos acepciones fundamentales de nuestra tradición, “se es *fiel a la verdad del paciente*” cuando se cumplen al menos estas dos condiciones:

1- Informar al paciente de *todo* lo que quiera saber y *sólo* de lo que quiera saber sobre su “verdad objetiva”, material. Esta verdad se deberá averiguar explorando, con técnicas comunicativas pertinentes, el mundo vital del paciente.

2- Ofertarle una *garantía de soporte* adecuada ante la fragilidad que supone la enfermedad y la fase terminal.

El autor considera que un médico, o cualquier otro profesional, que se empeñe en informar de todo, independientemente de lo que desee el paciente, y que además luego se aleje de éste, está faltando a la verdad y cayendo en el, cada día más habitual, “*encarnizamiento informativo*” (informar de un diagnóstico o pronóstico negativo a un paciente que no quiere saber).

Por otro lado, el concepto *garantía de soporte* contiene, al menos estas variables:

- No abandono del enfermo cuando ya no puede lograr su curación (estrategia de cuidados continuados).
- Un contexto en el que el paciente pueda expresar sus preocupaciones y miedos y en el que todo ello sea atendido.
- Respeto a ese contrato no escrito de confianza y de fidelidad mutua y permanente.

El problema de la información, según Barbero (2006), no es un dilema entre los principios de autonomía y beneficencia, sino entre autonomía y no-maleficencia. Tan maleficente puede ser el *encarnizamiento informativo* hacia un paciente que no quiere saber, como la *conspiración del silencio* frente a otro que desee ser informado. Aquí aparece la dialéctica entre técnica y ética, entre comunicación y deliberación. La información es un acto clínico, esto está admitido en la práctica y además recogido en la Ley 41/2002, pero desafortunadamente, “*es probable que todavía falten años para que la legislación recoja que también lo son la comunicación terapéutica y la deliberación*” (Barbero, 2006).

Estudios realizados en la Región de Murcia entre los años 2006 y 2007 con un total de 227 médicos de atención primaria, revelaron que el cumplimiento del deber

de información por parte de los médicos, no alcanza unos niveles de eficacia suficientes, que la insatisfacción laboral así como la sobrecarga asistencial, afectan negativamente al derecho de información del paciente, y que una menor carga asistencial mejora de manera significativa la información dada a los pacientes.

La información al paciente se basa en el derecho a la protección de la salud y en la libertad del enfermo. Tiene por finalidad garantizar el éxito del tratamiento proporcionando al paciente los datos que le permitan aceptar y conocer su enfermedad, organizar y adecuar su conducta durante el tratamiento y permite al médico ofrecer explicaciones coherentes a lo largo de éste así como justificar sus consejos y decisiones durante el proceso patológico. La información en atención primaria presenta algunas peculiaridades, ya que *“se trata de un proceso continuo y continuado, construido por la acumulación de pequeñas porciones de la vida de los pacientes así como de la suma de un conjunto de decisiones que hay que adoptar en cada momento, y que la diferencian del proceso de información en el ámbito hospitalario”* (Pérez Cárceles y col., 2006). Los médicos valoran muy positivamente la importancia de velar por los derechos de los pacientes. Y son los profesionales de más edad, que trabajan en el ámbito urbano, con menos tarjetas sanitarias asignadas, en centros docentes y con una mayor satisfacción profesional, los que conceden una mayor importancia a los derechos de los pacientes (Pérez Cárceles y col., 2007).

1.3: CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS

1.3.1: Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)

A pesar de ser un término frecuentemente empleado por profesionales de la salud, lo cierto es que a lo largo de las últimas décadas no ha existido una definición concreta de *Conocimiento del paciente acerca de la Medicación*. Se trata de un

concepto amplio, abierto y complejo, cuya definición difiere según las distintas fuentes bibliográficas consultadas (*McKercher y Rucker, 1977; Lucena González, 1986; Real Decreto 2236/1993; Anónimo, 1994; Pla y col., 2002; Edward y Pasanen, 2003; Huang y col., 2006, Teixeira, 2010*).

Disponemos en la literatura científica de estudios relacionados con el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*, pero normalmente estos trabajos analizan el conocimiento que el paciente tiene en relación a algún aspecto concreto definido por uno o varios parámetros, más que al conocimiento global de ese medicamento. En los escasos artículos que tienen como objetivo central medir el grado de *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*, éste no queda conceptualizado ni categorizado, ni se especifica la manera exacta de su evaluación (*O'Connell y Johnson, 1992; Hughes y col., 2002; Boonstra y col., 2003; Edward y Pasanen, 2003; Akici y col., 2004; Huang y col., 2006*).

Así pues, encontramos estudios que evalúan el conocimiento de los **efectos adversos** (*Hughes y col., 2002; Cham y col., 2002*), o la **posología** (*Leal Hernández y col., 2004*). Otros analizan el conocimiento del **nombre del medicamento** junto con la **posología** y la **duración del tratamiento** (*Cline y col., 1999*). Algunos analizan el conocimiento de **indicación** en concreto y la influencia de éste en el conocimiento de otros parámetros o de la adhesión al tratamiento (*Boonstra y col., 2003*).

También existen trabajos que evalúan el conocimiento que tiene el paciente acerca de la medicación centrándose en un grupo de población concreto, como pueden ser los ancianos (*Modig y col., 2009*), midiendo y analizando el nivel de conocimiento en cuanto al **diagnóstico, nombre del medicamento** prescrito, **indicación terapéutica, posología y reacciones adversas**. Y encontramos otros estudios que miden la información del paciente en un momento determinado, como puede ser tras la consulta médica (*Da Silva, 2000*).

Así pues, según el autor que se trate, se establecen unas áreas u otras para englobar los distintos aspectos que definen e informan acerca del medicamento, sin

embargo, todos coinciden en otorgar relevancia a una serie de estos aspectos, cuyo conocimiento determinará el del medicamento en cuestión, se trata de:

- La pauta
- La posología
- La forma de administración
- La indicación
- La duración del tratamiento
- Los efectos secundarios
- Las contraindicaciones
- Las interacciones
- Las precauciones
- Las condiciones de conservación
- La apreciación de efectividad del tratamiento.

Son muchos los estudios que corroboran la tesis frecuentemente planteada de que el conocimiento del paciente acerca de la medicación a un óptimo nivel, mejora los resultados terapéuticos del medicamento en cuestión. Así, por ejemplo, en lo que respecta a pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales, encontramos diversos trabajos que demuestran que la información escrita y verbal mejora el control de los niveles de anticoagulación (*Tang y col., 2003; Teixeira H, 2010*), o que el conocimiento sobre el anticoagulante está asociado a una disminución del riesgo de sangrado (*Kagansky y col., 2004*).

La bibliografía encontrada, nos aporta resultados de trabajos avalando la teoría de que el *Conocimiento de Paciente acerca de la Medicación (CPM)* favorece el éxito terapéutico, y nos ofrece también estudios que apuntan a niveles de *CPM* lejos de lo deseable. Así, por ejemplo, considerando que la adhesión a la terapia de anticoagulación oral crónica está directamente relacionada con la información a los pacientes sobre la medicación, sus beneficios y eventos adversos, un grupo de investigadores brasileños diseñó un estudio cuyo objetivo fue verificar el conocimiento sobre el uso de la anticoagulación oral crónica en pacientes portadores de prótesis valvular mecánica bajo terapia de anticoagulación oral, que

acuden al ambulatorio para consulta. Como instrumento de recogida de datos emplearon un cuestionario con 11 preguntas, siendo las diez primeras sobre conocimiento y la última sobre el grado de satisfacción del paciente en relación a las informaciones recibidas sobre anticoagulación oral. Los resultados mostraron que la mayoría presentó un conocimiento regular acerca de la terapéutica con anticoagulantes orales, principalmente en relación a las reacciones adversas, a los factores que intervienen en los niveles de *INR* (*International Normalized Ratio*, que permite evaluar el tiempo de coagulación del plasma), y a los cuidados requeridos por este tipo de terapia (Rocha y col., 2010).

La morbimortalidad relacionada con el uso de los medicamentos tiene tal prevalencia que supone un problema de salud pública (Johnson y Bootman, 1995; Baena y col., 2006). La falta de conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos parece que es uno de los principales elementos que pueden llevar a un uso no apropiado de éstos (Cegala y col., 2000; Rocha y col., 2010). Como expone la OMS (2001): “No importa lo efectivo y seguro que sea un producto intrínsecamente, sólo puede cumplir su función si es utilizado correctamente”.

Ya desde principios de los años 90, encontramos trabajos (De Vries, 1993; De Vries y col., 1994) que plantean la tesis, actualmente en vigor y compartidas por la comunidad científica, de que la adecuada información del paciente sobre el o los medicamentos que utiliza es un principio esencial para conseguir un uso racional del medicamento (Rocha y col., 2010).

En este contexto, el trabajo llevado a cabo por García Delgado y col. (2009) en el que validaron un cuestionario para medir el conocimiento del paciente acerca de la medicación (*CPM*), supuso una aportación relevante para el estudio de este concepto, ya que hasta esa fecha, si bien existían cuestionarios que medían el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad (Andrés Iglesias y col., 2005), no se disponía de herramientas validadas que midieran el conocimiento acerca de la medicación. Los autores llevaron a cabo un panel de expertos con el fin de operacionalizar la variable *CPM*, definiendo finalmente cuatro niveles de conocimiento, valorados cada uno de ellos por una serie de indicadores:

- MUY RELEVANTE (Criterios mínimos para un adecuado proceso de uso): Indicación, Pauta-Posología, Forma de administración (engloba el acondicionamiento, la manipulación, la vía y modo de administración del medicamento) y Duración del tratamiento.
- RELEVANTE (Segundo nivel de importancia en el conocimiento): Efectividad del tratamiento y Precauciones.
- IMPORTANTE (Tercer nivel): Condiciones de conservación.
- IRRELEVANTE (Cuarto nivel): Contraindicaciones, Interacciones, Efectos secundarios.

De estos resultados obtenidos por consenso, se desprendió que los indicadores mínimos, seleccionados por este panel de expertos, para asegurar el conocimiento del medicamento son:

- INDICACIÓN
- PAUTA-POSOLOGÍA
- FORMA DE ADMINISTRACIÓN
- DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
- CONTROL DEL TRATAMIENTO
- PRECAUCIONES

García Delgado y col. (2009) plantean en este estudio la siguiente definición del ***Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)***: “El conjunto de ***información adquirida*** por el paciente sobre su medicamento, necesaria para un ***correcto uso*** de éste que incluye el ***objetivo terapéutico*** (indicación y efectividad), el proceso de ***uso*** (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la ***seguridad*** (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y su ***conservación***”.

1.3.2: Variables que pueden influir en el CPM.

Podemos establecer, según los distintos trabajos y estudios consultados, que el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*, puede verse afectado por una serie de características propias del paciente y otras propias del medicamento en cuestión o de la enfermedad.

En relación a las **características del PACIENTE**, podríamos considerar:

La **EDAD**, que es la variable más correlacionada con el conocimiento. En algunos estudios se señala al grupo de edad comprendido entre los 18 y 30 años como el de mayor conocimiento, y el de mayores de 61 como el de menor conocimiento (*Huang y col., 2006*). En general, los estudios apuntan a que cuanto mayor es la edad del paciente, menor es el conocimiento (*Busson, 1986; Tham y col., 1995; O'Neil y Poirer, 1998; Edward y Pasanen, 2003; Huang y col., 2006*).

Sin embargo, algún estudio contradice estos resultados. Así, por ejemplo, Cham y col. (2002) afirman que existe un menor conocimiento en los jóvenes respecto a las interacciones y efectos adversos de las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFPs), aquellas que para ser adquiridas en farmacia no es necesario que hayan sido previamente prescritas por un médico. En concreto, los autores se refieren a las EFPs pertenecientes al grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Respecto al **NIVEL DE ESTUDIOS**, y la influencia que éste pueda tener en el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*, parece existir consenso entre los distintos autores. Todos los trabajos en los que se establece correlación entre el nivel de estudios y el *CPM*, determinan la misma dirección de asociación: a menor nivel de educación menor grado de conocimiento (*O'Neil y Poirer, 1998; Cham y col., 2002; Delgado Silvera, 2003; Akici y col., 2004; Andrés Iglesias y col., 2005; Huang y col., 2006*).

En relación a la **PROFESIÓN / NIVEL SOCIOECONÓMICO**, algunos estudios determinan que la profesión puede influir en el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*, presentando un mayor conocimiento aquellos pacientes con profesiones de más elevado nivel intelectual (*Edward y Pasanen, 2003; Huang y col., 2006*). Otros autores analizan el nivel socioeconómico del paciente, como Tham y col. (1995), quienes asocian un mayor conocimiento a pacientes con un elevado nivel socioeconómico.

En lo que respecta al **NÚMERO DE MEDICAMENTOS** (Pacientes polimedicados), la mayoría de los autores consideran que un paciente está polimedicado cuando toma cinco o más medicamentos (*Edward y Pasana, 2003; Leal Hernández y col., 2004; Huang y col., 2006*). Todos ellos coinciden en apuntar que un mayor número de medicamentos se relaciona con un menor conocimiento. Boonstra y col. (2003), sitúan en tres el número de medicamentos a partir del cual el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)* puede comenzar a verse empeorado.

Encontramos también estudios acerca de la influencia del **PAÍS DE ORIGEN** en el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*. Edward y Pasanen (2003) midieron el *CPM* en pacientes de una población rural, contemplando la nacionalidad como variable que pudiera asociarse a un mayor o menor nivel de éste; pero la falta de heterogeneidad de la muestra no pudo demostrar esta hipótesis.

Respecto a otras variables relacionadas con el paciente y estudiadas por distintos autores como puedan ser el **GÉNERO** (*Tham y col., 1995; Edward y Pasanen, 2003*), la **RAZA** (*O'Neil y Poirer, 1998; Cham y col., 2002*) o el **ESTADO CIVIL** (*O'Neil y Poirer, 1998; Cham y col., 2002*), no se encuentran datos de estudios que determinen diferencias estadísticamente significativas de éstas respecto al *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*. Por otro lado, tampoco parecen existir diferencias de *CPM* ante el hecho de que la persona poseedora de la información sea un **PACIENTE** o un **CUIDADOR**.

El **TIEMPO DE USO DEL MEDICAMENTO**, que determina si el paciente es crónico o no, es relacionado por Tham y col. (1995) con el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*, pero los autores no muestran resultados significativos de tales asociaciones. Sí lo hacen Akici y col. (2004), al afirmar que “*el conocimiento del paciente sobre los medicamentos de primera prescripción es menor que sobre los de uso repetido*”, y exponen una asociación estadísticamente significativa entre el *CPM* y el tiempo de uso.

En relación a las **características del MEDICAMENTO**, podríamos considerar las siguientes variables:

Algunos autores, observan que las diferencias en los tipos de tratamientos implican cambios en el grado de *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación CPM*, determinando por ello que la **NATURALEZA DEL MEDICAMENTO** influye de manera importante sobre el *CPM* (Tham y col., 1995; Boonstra y col., 2003; Leal Hernández y col., 2004; Huang y col., 2006).

Respecto al **GRUPO TERAPÉUTICO** al que pertenece el medicamento, hay autores que apuntan a que esta variable puede influir en el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*. Así lo refleja un estudio que sitúa los tres grupos terapéuticos con mejores puntuaciones en el conocimiento, que serían: el cardiológico en primer lugar, seguido del respiratorio y por último los analgésicos (Boonstra y col., 2003).

En relación a otras variables dependientes del medicamento como puedan ser la **FORMA FARMACÉUTICA**, o la **VÍA DE ADMINISTRACIÓN**, no encontramos estudios concluyentes que determinen una asociación entre éstas y el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)*.

1.3.3: Información del medicamento

Definido el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)* como: “El conjunto de *información* adquirida por el paciente sobre su medicamento

necesaria para un correcto uso del mismo”, se extrae la necesidad de conceptualizar el término *Información del Medicamento*, planteando para ello dos cuestiones:

¿Qué información básica debe tener el paciente sobre su medicamento?

¿Qué criterios mínimos de Información del Medicamento son imprescindibles para hacer un uso correcto del mismo?

Tras una revisión bibliográfica del concepto *Información del Medicamento* (García y Alberola, 1984; Castillo, 1992; Martín Herranz y Cuña Estévez, 1996; Fernández Llimós, 1999), comprobamos que el término viene en la mayoría de los textos asociado al profesional sanitario, ya sea para expresar la información que han de tener los profesionales de la salud para la toma de decisiones, o para aludir al conocimiento que tiene el farmacéutico sobre los medicamentos.

Según García y Alberola (1984), *“Información del Medicamento, es un sistema de conocimientos y técnicas que va a permitir la comunicación de datos y experiencias sobre medicamentos para promover el uso racional de éstos por la sociedad”*. En esta misma línea conceptual, más de diez años después, Martín Herranz y Cuña Estévez (1996) definen la *Información del Medicamento* como *“el conjunto de conocimientos y técnicas que permiten la transmisión de conocimientos en materia de medicamentos con la finalidad de utilizar la terapéutica en interés del paciente y la sociedad”*.

D’Alessio y col. (1997) definen la *Información del Medicamento* como *“una función básica del ejercicio profesional farmacéutico que forma parte de los servicios farmacéuticos hospitalarios”*. En este sentido, plantean los autores, es lógico pensar que todo hospital que cuente por lo menos con un farmacéutico en su planta, debe ofrecer información objetiva e independiente sobre medicamentos, ya sea a través de Servicios de Información o de Centros de Información de Medicamentos.

Históricamente, como vemos, se ha venido produciendo una polisemia del término *Información del Medicamento*. Según Fernández Llimós (1999), la literatura profesional está repleta de trabajos que avalan la figura del farmacéutico como “informador de medicamentos”, dándole un significado tanto de educador o

consejero de pacientes, como de informador de otros profesionales de la salud. El autor considera que cualquier fuente de información sobre medicamentos que se pretenda utilizar para la toma de decisiones en *Atención Farmacéutica*, debe cumplir con cuatro características:

- Accesibilidad
- Fiabilidad
- Compleción
- Aplicabilidad

De cualquier modo, el sujeto al que se asocia el concepto *Información del Medicamento* es, en todos estos casos, el profesional sanitario. García Delgado (2009) sin embargo, define *Información del Medicamento* como “el conjunto de datos que conforman los distintos aspectos del medicamento”, vinculando el concepto al medicamento en sí. Así pues, y tal como vienen confirmando distintos autores desde hace ya más de dos décadas, “*el medicamento no es sólo la sustancia que lo compone, sino ésta más la información, por lo que proporcionar medicamentos sin información es tan inaceptable como proporcionar información sin medicamentos*” (Philips y col., 1987).

Tanto O’Neil y Poirer (1998) como Codina (2000), plantean una serie de aspectos básicos que se consideran ***Información del Medicamento***, y cuyo conocimiento por parte del paciente va a capacitarle para seguir el tratamiento prescrito de forma efectiva y segura, y lo hacen basándose en las recomendaciones de la Guía del *National Council on Patient Information and Education, NCPIE* (asociación americana de información al paciente), fundada en, 1982, que establece estos cuatro aspectos fundamentales que el paciente ha de conocer acerca de su tratamiento farmacológico:

- Para qué se toma el medicamento.
- Cómo tomar el medicamento (dosis, pauta, duración).
- Precauciones dietéticas (qué alimentos u otros medicamentos pueden interactuar) y precauciones del medicamento (cómo conservarlo).
- Efectos terapéuticos (resultados esperados) y posibles efectos adversos del medicamento.

“Es necesario que el paciente conozca el motivo por el que precisa tomar el medicamento, la forma en que actuará en su organismo y el efecto que tendrá sobre su enfermedad. Todos estos aspectos hacen que el paciente adquiera un criterio sobre el beneficio que el fármaco puede reportar a su salud. Y es preciso además, indicar al paciente cómo debe tomarlo, qué dosis y durante cuánto tiempo, precauciones que debe considerar y/o efectos adversos que pueda manifestar” (Codina, 2000).

Así, parece claro apuntar, tal y como viene reflejado en la bibliografía encontrada, que lo imprescindible es que se transmita al paciente no sólo una **información adecuada**, definida por el artículo 5 del Convenio de Oviedo (1997) como *“aquella suficientemente clara y adaptada a la persona a la que va destinada”*, sino también una **información efectiva**, definida en el consejo de la FIP (Federación internacional de farmacia) del año, 2008 como: *“la información que mejora el conocimiento y comprensión de los pacientes con respecto a su tratamiento, autogestión de la enfermedad y mejora de los resultados sanitarios”*.

Según Sánchez-Caro y Abellán (2003), cuando el paciente se convierte en el centro de decisión, la información pasa a un primer plano y sirve para que pueda adoptarse una determinación con pleno consentimiento de causa. Es importante tener presente, tal y como apunta García (2001), que el paciente bien informado no es el que tiene más datos, sino el que haya sido capaz de comprenderlos. De esta forma, podrá obtener una idea adecuada sobre su propia salud.

Una herramienta de comunicación empleada comúnmente en la asistencia sanitaria para proporcionar información al paciente es la *entrevista*, definida por Madonik (2001) como *“intercambio comunicativo entre dos personas con papeles asimétricos diferenciados”*. Al hacer uso de ésta, habrá que tener en cuenta que la calidad de las respuestas estará directamente relacionada con la de las preguntas y que su uso cumple tres funciones:

- **Contacto:** el éxito de la recogida de información depende en gran parte de la flexibilidad y cercanía que demuestre el entrevistador.

- Diagnóstico: el profesional sanitario obtiene información que utiliza para evaluar la situación del paciente.
- Tratamiento: el mero hecho de escuchar a alguien hablar de su estado de salud, de los síntomas que tiene, la medicación que toma... supone ya una intervención psicológica y ayuda a analizar el “problema”, liberar tensiones y relativizar la trascendencia.

Entre el 65% y el 93% de la información que damos, se sirve del sistema de comunicación no verbal (*Madonik, 2001*), que definida como *comunicación paraverbal*, se refiere a la forma de decir las cosas en lugar de al contenido, es la que no altera las palabras pese a que haga variar el significado: volumen, tono, velocidad, fluidez, claridad, timbre, pausas, silencios... En el proceso de comunicación con el paciente, hay que procurar un entorno sin barreras (ruidos o interferencias), así como hacer uso de un estilo de comunicación *asertiva*: mirada directa, postura relajada, tono de voz acorde con el mensaje... Este estilo favorece el acuerdo, el control de las interacciones y aumenta la satisfacción personal. El entrevistador ha de tener la capacidad de transmitir al paciente sus opiniones y sentimientos de manera eficaz sin sentirse incómodo ni deteriorar la relación.

1.4: FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Según Badía Llach y col. (2005), las principales fuentes de información de medicamentos de prescripción para el ciudadano son el **prospecto** (75,9%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 73,3-78,5), los **médicos** (54,9%; IC del 95%, 51,8-58,0), los **farmacéuticos** (17,4%; IC del 95%, 15,1-19,7) y las **enfermeras** (6,7%; IC del 95%, 5,2-8,2). El estudio, llevado a cabo por los autores de febrero a marzo de 2003, y en el que participaron 1069 pacientes entre 16 y 90 años de edad (vía encuesta telefónica), apunta también que la principal fuente de información fuera del ámbito sanitario es **internet**, pero que tan sólo un 3% de los ciudadanos lo consulta para buscar información sobre medicamentos. El objetivo del estudio de estos autores fue conocer la opinión de los ciudadanos españoles acerca de la

información de medicamentos de prescripción a la que tenían acceso y a la que les gustaría acceder. Como resultado se observó que la mitad de los encuestados, un 52,9% (IC del 95%, 49,9-55,8), se consideraba poco informado y demandaba mayor acceso a la información de medicamentos de prescripción, y un 45,6% (IC del 95%, 42,6-48,6) creía que se debería permitir que las compañías farmacéuticas proporcionasen información de medicamentos de prescripción, que fuera de calidad y estuviera supervisada por las autoridades sanitarias.

1.4.1: Fuentes de información en el sistema asistencial

La comunicación entre los **profesionales sanitarios** y sus pacientes condiciona cada paso de la intervención sobre la salud de los usuarios (*Ray, 2005*). Tanto emisores como receptores deben encontrarse en una situación propicia para comprender y asimilar la información (*Hernández Sánchez y López Martínez, 2003*), ya que se trata de una relación compleja, que supera la bilateralidad interpersonal (*Garrido Picazo, 2006*).

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua española, la **información** se obtiene a partir de un proceso unidireccional que es el acto de informar, y que tiene como fin la difusión de conocimiento. En el caso de la **comunicación**, en cambio, nos encontramos ante un proceso de tipo bidireccional, en el que existe la posibilidad casi inmediata de recibir respuesta del receptor y el intercambio de posiciones entre los interlocutores es constante. Aún así, según Calvelo (creador del modelo teórico de comunicación), en un proceso de comunicación existen pérdidas, ya que el emisor codifica el 100% pero transmite el 80%, mientras que el receptor recibe el 60%, interpreta el 50% y responde el 40% (*Calvelo, 1998*). En el entorno sanitario, los parámetros centrales para una relación comunicativa exitosa serían:

- Distribuir información especializada
- Informar con objetividad
- Asegurar confidencialidad y confianza entre sanitarios y usuarios

La ciencia y la tecnología han avanzado enormemente a lo largo de las últimas décadas, pero actualmente la mejor atención médica, así lo afirman Levinson y Pizzo (2011), *“requiere no sólo de profundos conocimientos en ciencia sino también de habilidades para comunicarse de manera efectiva con los pacientes”*. Según March Cerdá y col. (2010), *“el personal facultativo es el principal referente de la información en salud, por lo que es aconsejable su formación en habilidades de comunicación”*.

Escribe Weiss (2011) en su artículo *“Keep it Simple, Doc” (Hagámoslo fácil, doctor)* acerca de esta necesidad de hacer todo lo posible por conseguir que el paciente comprenda: *“Muchos pacientes son denominados ‘no cumplidores’ porque no siguen las recomendaciones del médico, pero esto puede deberse a que no comprenden qué es lo que se supone que deben hacer.... Como médicos, necesitamos emplear un lenguaje menos complejo con nuestros pacientes a la hora de explicarles su estado de salud, intervenciones que necesiten o cómo tomar la medicación. Pedirles a nuestros pacientes que nos digan qué es lo que han entendido, puede ser útil para comprobar que entendieron bien nuestras explicaciones”*.

Sanfélix-Gimeno y col. (2011), tras el análisis de numerosos estudios que revisaban la información que reciben los pacientes sobre los medicamentos prescritos, afirmaron que casi un 31% de los pacientes declararon no recibir nunca o casi nunca información de sus médicos, y hasta un 82% aseguraron no recibir información escrita.

Tanto el desconocimiento como el conocimiento erróneo por parte del paciente acerca de la medicación que le ha sido prescrita, pueden deberse a un error en el proceso de comunicación con el médico ya sea por una falta de “habilidad comunicativa” del primero o una incapacidad intelectual y/o idiomática del segundo. Pero podemos establecer también que, si se da este fallo en el acto de comunicación médico-paciente, es el conocimiento del propio médico el primer elemento de este proceso susceptible de ser incorrecto. No es frecuente que un paciente desconozca “por desconocimiento del médico”, pero no hay que pasar por alto el hecho de que la información de la que dispone el médico puede ser en ocasiones errónea o estar

manipulada. Así lo sugiere Angell (2004), afirmando que “existe la convicción de que muchas veces las compañías farmacéuticas camuflan los riesgos de sus productos y exaltan sus bondades y expectativas, anteponiendo sus propios intereses sobre los de la salud pública”. Según Steinbrook (2005), éticamente, el apoyo de la industria farmacéutica con actividades formativas y campañas públicas no es inherentemente inaceptable. El autor plantea que existe de manera natural un beneficio mutuo entre la práctica clínica y la industria farmacéutica. Pero dicho apoyo, apuntan González y Ramos (2012), se hace problemático en la medida que se moldee la acción del médico, de manera que ésta beneficie a la industria por encima de los pacientes. Ahora bien, la responsabilidad moral última, siempre será del profesional sanitario (González-Hernández y col., 2008).

Por otro lado, el *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación*, define la **receta médica** y las **órdenes de dispensación** como documentos normalizados que además de suponer un medio fundamental para la transmisión de información entre los profesionales sanitarios y una garantía para el paciente, posibilitan un correcto cumplimiento terapéutico y la obtención de la eficiencia máxima del tratamiento, todo ello sin perjuicio de su papel como soporte para la gestión y facturación de la prestación farmacéutica que reciben los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

En lo que respecta a la **receta electrónica**, el RD 1718/2010 contempla que deberá atenderse a los criterios generales sobre receta médica según lo dispuesto en las leyes vigentes, así como a los requisitos que las Administraciones Sanitarias competentes introduzcan en el marco de sus competencias. Según la página web del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)*, la receta médica electrónica es un “*procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de manera automatizada, de modo que las órdenes de tratamiento se almacenan en un repositorio de datos al cual se accede desde el punto de dispensación para su entrega al paciente*”. Por otro lado, si bien la implantación del Sistema de Receta Electrónica en todo el territorio español forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (estrategia 11: *Sanidad en línea*), lo cierto es que a día de hoy son

sólo seis comunidades autónomas Galicia, Canarias, Baleares, Andalucía, Extremadura y Cataluña, lo tienen implantado, según un informe del MSSSI *“Las TIC en el Sistema Nacional de Salud”*. Este informe, recoge también la implantación en fase de extensión en otras cinco autonomías: Castilla-La Mancha, Valencia, Cantabria, País Vasco y Aragón. En el resto del país el programa se encuentra todavía en la fase piloto (es el caso de la Región de Murcia), excepto en Ceuta y Melilla, donde todavía el plan no se tiene previsto en agenda.

1.4.2: Prospectos

Hoy más que nunca la industria farmacéutica, las administraciones sanitarias y los profesionales del sector consideran que los ciudadanos tienen un exceso de información, de calidad discutible, acerca de los medicamentos. De ahí la necesidad que plantea *El Comité asesor de Expertos en Prospectos: CADEP (2010)* de considerar al prospecto como el *“documento estrella”* que todos debemos tener y consultar cuando un medicamento cae en nuestras manos, siendo por tanto necesario que éste se encuentre escrito en un lenguaje sencillo y accesible a toda la población.

Analizar los prospectos de los medicamentos como canal informativo es un buen ejemplo para comprender las características específicas de la comunicación en salud, y centrarla en la especificidad de la comunicación escrita. Se trata de un documento formulado por emisores pertenecientes a la industria farmacéutica, bajo normas y leyes vigentes y el asesoramiento de los expertos en salud. Los receptores son personas con nivel cultural y con herramientas de comprensión dispares, cuyo único denominador común es que necesitan información sobre el fármaco (*March Cerdá y col., 2009*).

1.4.2.1: Legislación en Prospectos

La **Ley 25/1990**, de 20 de Diciembre, **del Medicamento**, en el apartado primero del artículo 10, establece como requisito para la autorización de las especialidades farmacéuticas, además de las garantías de calidad, seguridad y eficacia, el de la correcta identificación e información de éstas (requisito que se

desarrolla del artículo 15 al 20). Así pues, la ordenación de las garantías de identificación e información en cuanto al uso racional del medicamento, viene reafirmada a lo largo de esta Ley (*Ley 25/1990*).

Esta misma orientación sigue la **Directiva del Consejo 92/27/CEE** (1992), **relativa al etiquetado y al prospecto de los medicamentos de uso humano**, que persigue definir normas comunes en la materia, dejando un amplio margen de disponibilidad a las legislaciones nacionales, sobre todo en lo relacionado con las garantías de autenticidad y correcta identificación.

Posteriormente se redacta el **Real Decreto 2236/1993**, de 17 de Diciembre, por el que **se regula el etiquetado y el prospecto de los medicamentos de uso humano**. Este Real Decreto, con condición de legislación sobre productos farmacéuticos, viene a establecer una nueva regulación sobre el etiquetado y prospecto que, atendiendo a las exigencias de la Comunidad Europea, se ordena más adecuadamente a garantizar un uso más seguro y eficaz del medicamento. Merece destacar de este RD, la flexibilidad con la que se considera el prospecto, separando su contenido del de la ficha técnica, de carácter más técnico al dirigirse a los profesionales sanitarios, estableciendo la necesidad de su redacción en términos claros y comprensibles para el consumidor, permitiendo incluso la inserción de motivos gráficos que complementen la información escrita (*RD 2236/1993*).

La **Ley 29/2006** de **Garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios**, cita en su Artículo 15: *“El prospecto, que se elaborará de acuerdo con el contenido de la ficha técnica, proporcionará a los pacientes información suficiente sobre la denominación del principio activo, identificación del medicamento y su titular e instrucciones para su administración, empleo y conservación; así como sobre los efectos adversos, interacciones, contraindicaciones, en especial los efectos sobre la conducción de vehículos a motor, y otros datos que se determinen reglamentariamente, con el fin de promover su correcto uso y la observancia del tratamiento prescrito, así como las medidas a adoptar en caso de intoxicación. El prospecto deberá ser legible, claro, asegurando su comprensión por el paciente y reduciendo al mínimo los términos de naturaleza técnica”* (*Ley 29/2006*).

En el año 2007, el Gobierno aprueba un Real Decreto por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y dispensación de los medicamentos, en el que se incluyen nuevos requisitos para las cajas y prospectos, como imprimir símbolos sobre fotosensibilidad o posibles riesgos para la conducción. La nueva norma (que desarrolla la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios), regula el diseño y contenido de los prospectos de los medicamentos para reducir al mínimo los términos de naturaleza técnica y facilitar su comprensión. Así, los prospectos deberán someterse a pruebas de consultas con grupos de pacientes o usuarios para garantizar su legibilidad.

La *Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)* tiene como misión, garantizar a la sociedad, desde la perspectiva de servicio público, la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos y productos sanitarios en el más amplio sentido, desde su investigación hasta su utilización, en interés de la protección y promoción de la salud de las personas y los animales. Y con el propósito de llevar a cabo esta misión, redacta el ***Plan Estratégico General, 2009-2012***, que se plantea como un intento de sistematizar las actividades de la *AEMPS* para el logro de sus objetivos durante el periodo, 2009-2012, siendo el primero de estos objetivos: *“Preservar las garantías de calidad, seguridad, información y accesibilidad a los medicamentos y productos sanitarios en España”* (*AEMPS, 2009*).

El ***Plan Estratégico General, 2009-2012*** contempla, por tanto, la supervisión de los prospectos como fuentes de información al paciente acerca de los medicamentos, poniendo en marcha una serie de mecanismos de notificación de alertas para la comunicación de aspectos del etiquetado susceptibles de producir errores en la medicación o en la comprensión de la información por parte del paciente (*AEMPS, 2012*). Entre los casos susceptibles de ser notificados, tanto por profesionales sanitarios como por los propios pacientes, encontramos:

- “Etiquetado que incluya texto confuso o poco visible para el usuario, tanto en el acondicionamiento primario (en contacto con el medicamento) como en el embalaje exterior”.

- “Información confusa o limitada para el paciente (prospecto) o para el profesional sanitario (ficha técnica)”.

El objetivo último de estas actividades llevadas a cabo por la *AEMPS*, no es otro que corregir y evitar potenciales incidentes consecuencia de defectos en la información del medicamento, como pueden darse por ejemplo en el etiquetado.

En el año 2010 se constituye el ***Comité Asesor De Expertos en Prospectos de medicamentos (CADEP)***, que aglutina a una importante representación del sector sanitario y cuya creación es impulsada por la *Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)*. El *CADEP* está formado por un grupo de trabajo abierto y multidisciplinar donde la industria, administración, organizaciones sanitarias y asociaciones científicas y profesionales discuten y trabajan sobre el contenido que deben tener los prospectos y la mejor y más comprensible forma de redactarlos. Tiene como fundamento procurar que todos los usuarios puedan entender, sin dudas, la información contenida en los medicamentos sobre su uso, posibilitando a su vez que la educación para la salud sea una realidad (*CADEP, 2010*).

La creación de este comité supuso un precedente europeo en la materia y una demostración clara de que existía un firme propósito de mejorar la situación. En 2010, “Simple Lógica Investigación, S.A” (compañía consultora de investigación social, análisis de mercado y estudios de opinión) llevó a cabo un estudio de consumo de medicamentos, empleando como herramienta una entrevista telefónica que fue efectuada a una muestra de 1.007 pacientes mayores de edad. Entre otros resultados relativos al consumo de especialidades farmacéuticas (de prescripción o no), se señaló que el 12,4% de los encuestados afirmó no leer nunca o casi nunca los prospectos de medicamentos, lo que pone de manifiesto que el paciente no siempre encuentra necesario leer estos textos, o simplemente no quiere hacerlo al no apreciar éste como un texto cercano, comprensible y aclaratorio.

1.4.2.2: Legibilidad de Prospectos

Según la Real Academia de la Lengua Española, se entiende por **Legibilidad** a la *Cualidad de lo que es legible*, definiendo como *legible* aquello que se puede leer (RAE, 2001).

Según Francois Richaudeau (1973), uno de los grandes teóricos europeos en la materia, *“La ciencia de la legibilidad constituye el análisis de contenido tanto tipográfico como lingüístico de un texto. La legibilidad depende de la utilización de caracteres tipográficos de la manera más adecuada que sea posible, la disposición de las frases en la página, la arquitectura tipográfica y la colocación de la página, así como la estructura lingüística y semántica de esas mismas frases, más o menos apropiadas a una lectura rápida y a una buena memorización”*.

En español sólo existe el vocablo **Legibilidad** (RAE, 2001) para definir un concepto con dos matices diferenciadores y que en otras lenguas como la anglosajona viene definido por dos palabras distintas. Este hecho genera una polémica terminológica, la de traducir los dos términos ingleses que definen por un lado el matiz semántico=“*Readability*”, traducido al español como **“lecturabilidad”**, **“perspicuidad”** o **“comprensibilidad”**, y por otro el sintáctico=“*Legibility*”, traducido a nuestra lengua como **“Legibilidad”** (Zakaluk y Samuels, 1988).

Según Alliende (1994), la legibilidad *“es el conjunto de características de los textos que favorecen o dificultan una comunicación más o menos eficaz entre ellos y los lectores, de acuerdo con la competencia de éstos y con las condiciones en que realizan la lectura”*. Cada característica determina un tipo de legibilidad: lingüística, tipográfica, psicológica, conceptual, estructural o pragmática. De este modo, la **LEGIBILIDAD LINGÜÍSTICA** analiza, por una parte, la forma de construcción del mensaje (tamaño de las palabras, frases, construcciones gramaticales, etc.), lo que denominamos **legibilidad lingüística formal** (*Legibility*), y por otra, sus aspectos semánticos, significados de las palabras (*Readability*), lo que denominamos **legibilidad lingüística material** (Barrio-Cantalejo, 2003).

Autores como Blanco (2004), recomiendan la utilización del término **Legibilidad** para estudios que midan “si el texto se puede leer”, estando este término relacionado con las características tipográficas del mismo; y de manera complementaria, el término **Comprensibilidad** para analizar “si el texto es susceptible de ser entendido”, estando en este caso relacionado con el significado de las palabras, la semántica. Y así ocurre a nivel general, ya que el *Análisis de Legibilidad lingüística* en nuestra lengua estudia fundamentalmente la dimensión tipográfica o sintáctica del término (Barrio-Cantalejo, 2007) (Figura 1.1).

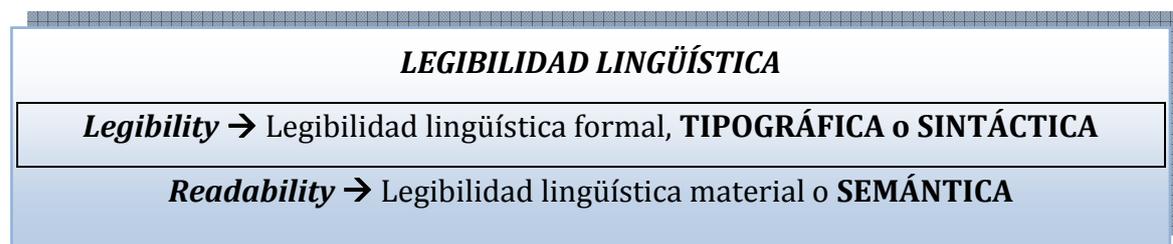


Figura 1.1: Tipos de legibilidad.

El presente trabajo se centra en el análisis de la *legibilidad lingüística formal*, porque es la que estudian las técnicas de medición objetiva de la legibilidad, desarrolladas sobre todo en lengua inglesa. La primera fórmula de legibilidad fue elaborada por *Lively y Pressey* en, 1923. Los autores utilizaron la lista de Thorndike, que contenía las 10.000 palabras más usuales (denominadas “familiares”) en la lengua inglesa. Sobre una muestra de 1.000 palabras, se debía medir el número de palabras “Thorndike” o “familiares” respecto al número de palabras no contenidas en la lista y calcular esa relación (Blanco, 2004).

Pero uno de los precursores en materia de legibilidad fue sin duda **Rudolph Franz Flesch**, el personaje más influyente en el desarrollo de las fórmulas de análisis de la legibilidad lingüística. Su Fórmula *Reading Ease Score (RES)*, **Fórmula de Legibilidad de Flesch** (Figura 1.2), es una de las más influyentes y conocidas, y continúa siendo utilizada para estudios importantes de legibilidad en el campo de la comunicación en salud:

$$\text{RES} = 206.835 - 0.846 \text{ WL} - 1.015 \text{ SL}$$

Figura 1.2: Fórmula de legibilidad de Flesch o *Fórmula RES de Flesch*.

Donde:

WL = La largura media de las palabras, medida como número de sílabas en 100 palabras

SL = La largura media de las frases en 100 palabras de un texto

En la lengua Española, las primeras fórmulas de análisis de legibilidad aparecen como intentos sucesivos de validación o adaptación de la fórmula de *Flesch*. **Fernández Huerta** fue uno de los primeros autores que utilizó en el castellano el término "*Lecturabilidad*" en su artículo de, 1958 titulado "Legibilidad y Lecturabilidad: dos conceptos básicos en los libros escolares". Él fue quien desarrolló en 1959 la ***Fórmula de Lecturabilidad*** como adaptación de la *Fórmula de Legibilidad de Flesch* a la lengua castellana, una adaptación que llevó a cabo utilizando los mismos factores que la fórmula RES, pero cambiando su ponderación (*Barrio-Cantalejo, 2007*).

La validación de la *Fórmula de Legibilidad de Flesch* realizada por **Szigriszt-Pazos** (1993) es considerada de referencia en el momento actual para la lengua española. Aunque el autor la denomina ***Fórmula de Perspicuidad***, es conocida también como ***Índice de Legibilidad FLESCH-SZIGRIZST*** o ***ÍNDICE DE FLESCH (IFSZ)*** (Figura 1.3).

$$\text{ÍNDICE DE FLESCH (IFSZ)} = 206.835 - 62.3 \text{ S/P} - \text{P/F}$$

Figura 1.3: Fórmula para el cálculo del Índice de Flesch (IFSZ), *Fórmula de Perspicuidad* o *Fórmula Flesch-Szigriszt*.

Donde:

S = Sílabas totales

P= Palabras totales

F = Frases totales

Pero para esta adaptación de la fórmula de legibilidad de *Flesch* llevada a cabo por *Szigriszt*, no se utilizó una muestra ni representativa ni aleatoria de textos, por lo que a juicio de otros autores como Barrio-Cantalejo y col. (2003), era necesario completar el trabajo abierto por *Szigriszt*, revisando su escala y comparándola con la original de *Flesch* para proponer una escala más ajustada a los hábitos lectores de los españoles. En el trabajo de Barrio-Cantalejo y col. (2008), se calculó el *IFSZ* de 210 publicaciones de tres tipos distintos: quiosco “de adulto”, textos escolares y revistas científicas. Para el cálculo del *IFSZ* los autores diseñaron un programa informático denominado *INFLESZ* (que recoge y automatiza el funcionamiento de las herramientas que se han mostrado más útiles y fiables en la medición de la legibilidad de los textos escritos en español, teniendo la ventaja de obtener acceso inmediato a los resultados). Las puntuaciones se clasificaron según la escala de *Flesch* (que sitúa la legibilidad aceptable a partir de 60) y la de *Szigriszt* (que marca el valor en 50). Finalmente, Barrio-Cantalejo y col. (2008) concluyeron que ni la *Escala RES de Flesch*, ni la posterior adaptación llevada a cabo por *Szigriszt-Pazos* (*Escala de nivel de Perspicuidad*), son adecuadas para los hábitos lectores españoles, y que los textos sobre salud tendrán mayor probabilidad de ser leídos y comprendidos si superan la puntuación 55. Proponen así una escala intermedia entre la de *Flesch* y la de *Szigrist*, que denominan **ESCALA INFLESZ**, y que se estructura en cinco grados en función del *IFSZ* obtenido.

Esta escala marca en 55 puntos el límite entre lo que es accesible al ciudadano medio y lo que no. Es decir, para tener probabilidades de ser leído y comprendido por un ciudadano medio, un texto debe tener in *Índice de Flesch (IFSZ)* mayor de 55 puntos, o lo que es lo mismo, pertenecer a los Grados 1, 2 y 3 de la *ESCALA INFLESZ* (Figura 1.4).

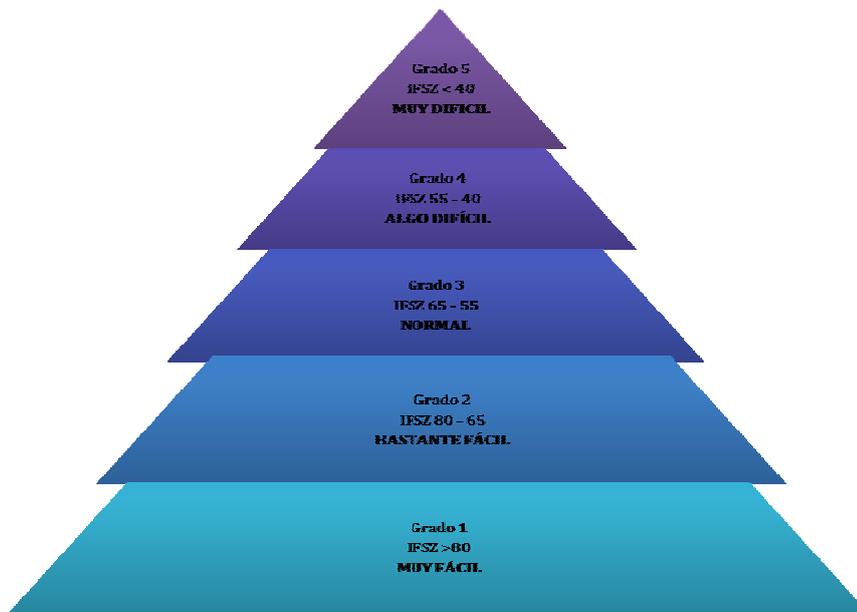


Figura 1.4: Pirámide de Grados de la escala INFLESZ.

Actualmente existen diferentes utilidades, aplicaciones o programas informáticos para aplicar las fórmulas de legibilidad lingüística. Prácticamente de todas las fórmulas de legibilidad existe una versión informatizada. En todas ellas subyace la idea de que la legibilidad depende de la largura de las palabras y las frases, y del número de oraciones que componen el texto. El uso del *Grado en la ESCALA INFLESZ* se difundió de manera importante tras su inclusión entre las utilidades del programa *Microsoft Word Office*. Trabajos como el de Barrio-Cantalejo y col. (2003) ya avalaban programas como *Word Perfect 7* y *Microsoft Word 2000*, afirmando los autores en las conclusiones de su estudio, que la medición de la *legibilidad* mediante estos programas informáticos podía sustituir con fiabilidad a la medición manual del *Índice de Flesch*. El programa **INFLESZ**, es el más empleado en la actualidad y calcula, a través del comando “Correlación Word”, el resultado que hubiese proporcionado el programa *Microsoft Word Office* al activar sobre el texto de estudio las estadísticas de Legibilidad que ofrece.

El desarrollo de estas herramientas de medición, ha hecho posibles múltiples estudios sobre legibilidad no sólo en el ámbito del periodismo o la didáctica, sino también en el de la salud. La preocupación por la legibilidad lingüística gramatical de los textos escritos que se entregan a los pacientes, se ha desarrollado fundamentalmente en relación a dos tipos de documentos: los formularios de

consentimiento informado, tanto de investigación (*Alliende González, 1994; Mader y Playe, 1997*) como de procedimientos asistenciales (*Brown y col., 2004; Casajús y col., 2005*), y los materiales de educación para la salud (*Morris y Olins, 1984; Molina, 2001; Cutilli, 2006; Fuchs y col., 2006*). Y poco a poco se han ido añadiendo otros temas, como la legibilidad de los de los prospectos de medicamentos (*Bradley y col., 1994; Bernardini y col., 2000; Gal y Prigat, 2005; Barrio Cantalejo y col., 2008; March Cerdá y col., 2010; Barrio Cantalejo y col., 2011*), o de la información sanitaria dirigida a pacientes y usuarios contenida en la web (*Berland y col., 2001; Blanco-Pérez y Gutiérrez-Couto, 2002; Croft y Peterson, 2002*).

En el año 2005, Barrio-Cantalejo y col. realizaron un estudio que tenía como objetivo analizar la legibilidad lingüística gramatical de los prospectos pertenecientes a los 30 medicamentos más consumidos durante ese año así como de los 30 que habían generado más gasto. Respecto a los resultados, encontraron que sólo 5 documentos del total analizado (55 prospectos) alcanzaba valores aceptables y 18 tenían una puntuación de 0, la peor posible puesto que la *Fórmula de Flesch* no arroja valores negativos. Concluyen el estudio revelando una baja legibilidad lingüística y gramatical de los 55 prospectos analizados, afirmando que la sintaxis empleada al redactarlos tendía a usar frases y palabras largas lo que incumplía las indicaciones de la normativa vigente (*Barrio-Cantalejo y col., 2008*).

En el año, 2009 March Cerdá y col. llevan a cabo otro estudio con pacientes, representantes de diferentes sociedades científicas, representantes de colegios de médicos y farmacéuticos, farmacólogos, farmacéuticos de oficina de farmacia, médicos de atención primaria y médicos de atención especializada. El trabajo tiene dos objetivos:

- 1- Analizar la opinión y expectativas de los pacientes y los profesionales sobre la información contenida en los prospectos de los medicamentos.
- 2- Analizar la legibilidad lingüística formal de las 100 especialidades farmacéuticas más consumidas por número de envases durante, 2003.

Según los autores: *“Las opiniones y expectativas de pacientes y representantes de las asociaciones de usuarios son ambivalentes: por un lado se encuentran aquellos que creen que la información es demasiado amplia y por otro, aquellos que dan su aprobación a la información contenida”*. Los pacientes manifiestan que deben prestar mucha atención para entender el prospecto, y su interés aumenta cuando se tiene alguna enfermedad crónica o cuando el fármaco va a administrarse a niños o a mayores. El lenguaje se considera demasiado técnico o científico y se critica el tamaño demasiado pequeño de la letra. Los pacientes no suelen leer el prospecto entero, lo que menos se consulta es la composición y el fabricante del fármaco. El prospecto se relaciona con la adherencia al tratamiento, incide directamente en el consumo de los medicamentos y crea dudas. Para consultar estas dudas, el médico se convierte en el sujeto más fiable. *“El farmacéutico se considera una fuente de información más accesible que el médico; sin embargo, se le consulta sólo cuando la información necesitada no es muy importante”*.

Por otro lado, los autores destacaron *“la baja legibilidad lingüística de los prospectos (sobretudo en los apartados de posología, efectos secundarios y contraindicaciones), especialmente en cuanto al uso de palabras y frases largas que entorpecen la lectura y la comprensión, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar estos aspectos”*. Concluyeron el estudio afirmando que *“los prospectos tienen un grado de legibilidad insuficiente”*, y que *“es deseable que la información sanitaria se centre en los aspectos prácticos del proceso de salud, enfermedad y atención, mediante la adaptación del contenido y la forma de los prospectos a los usuarios y a los profesionales que manifiestan estas necesidades”* (March Cerdá y col., 2009). Como afirma Smith (1992), escribir fácil es difícil incluso para los médicos.

Aunque a día de hoy existe un alto grado de consenso con respecto a cómo deben ser elaborados los folletos de educación para la salud, existe una lista de 34 recomendaciones planteada por Barrio Cantalejo y col. (2011) que, según ellos, tienen una evidencia empírica sólida. Se trata de una lista de recomendaciones que podría ser utilizada como instrumento para revisar y mejorar el diseño de materiales de educación para la salud, ya que no son arbitrarias y se basan en el consenso de expertos en diferentes aspectos de la legibilidad y de la educación para

la salud. Estas recomendaciones se articulan en torno a cinco grupos de intervención:

- Sobre el contenido
- Sobre la legibilidad lingüística del texto
- Sobre la legibilidad tipográfica del texto
- Sobre la edición de folletos
- Sobre el proceso de elaboración de los folletos

Los autores además creen necesario implicar más a los destinatarios de esos folletos y que colaboren en la redacción y diseño de los mismos.

1.4.3: Medios de comunicación de masas (Mass Media)

Según Amador Romero (2004), “los ciudadanos obtienen cada vez más información sobre salud no sólo de la que consideran su fuente más respetada-valorada, el médico, sino de otras fuentes: asociaciones, grupos de autoayuda y, sobretodo, los medios de comunicación”.

En general, los profesionales plantean, en la mayoría de los trabajos consultados, la necesidad de poner a disposición del paciente información complementaria acerca de la salud y/o la enfermedad, tanto en estudios de principios de los años 80 (*George y col., 1983*), como en otros más recientes, en los que la opinión entre los expertos sigue siendo similar, al recomendar que se refuercen “cauces alternativos” que ofrezcan a la ciudadanía información sanitaria de calidad (*Molassiotis y Xu, 2004; March Cerdá y col., 2009*).

A mediados de los años 90, por iniciativa de la Fundación privada Vila Casas, se inicia el *Proyecto Quiral* con el objetivo de reflexionar sobre el papel de los medios de comunicación en la difusión de la información sanitaria. El *Informe Quiral* (nombre del documento presentado), es un estudio llevado a cabo por el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra que

recoge las noticias sobre medicina y sanidad publicadas en la prensa española a lo largo de un año (*Informe Quiral 2010, 2011*).

Según el *Informe Quiral* correspondiente a 1997 , sólo durante ese año en España se incrementó en un 45% el número de noticias sobre temas de salud relacionados mayoritariamente con fármacos y novedades terapéuticas (*Informe Quiral 1997, 1998*), pero esta supuesta mayor capacidad de elección informativa se menoscaba realmente cuando los medios de comunicación forman parte de grandes monopolios informativos-mediáticos (*Amador Romero, 2004*).

Esta misma opinión comparte Revuelta (2006), miembro del Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, quien establece que el panorama general del sistema mediático español dibuja una estructura entorno a 7 grandes grupos empresariales multimedia que controlan tanto la prensa escrita como la industria audiovisual. Además de estos grandes grupos, debe tenerse en cuenta la influencia que tienen las empresas públicas de radio y televisión nacionales, autonómicas e incluso locales (*Revuelta, 2006*).

Otros estudios como el de Díaz Rojo y col. (2010), nos hacen valorar también el hecho de que los criterios empleados por los medios de comunicación para seleccionar las noticias sobre salud, tienen la finalidad de seleccionar qué acontecimientos de la realidad son noticiables y cuáles no lo son. Y así, se entienden por valores noticiosos (factores o propiedades que convierten un hecho en noticia) la polémica, la positividad y la negatividad.

Como afirma Revuelta (2006), la salud pocas veces tiene un espacio específico o un tratamiento independiente en los medios de comunicación, únicamente existen algunos programas matinales en los que se tratan de forma ligera temas relacionados con el bienestar general, y un único programa de divulgación científica (*Redes*, de TVE2) emitido a hora de poca audiencia. Y en la prensa diaria ocurre lo mismo, al estar incluida la información acerca de la salud en secciones como "*Sociedad*", sólo en algunas ocasiones se editan suplementos específicos que en la mayoría de los casos no suelen interesar al ciudadano al que le es ajeno el mundo sanitario. Respecto a la distribución de las fuentes de información

en la cobertura periodística de los temas de salud y medicina, el autor determina el sector político como el mayoritario (49%) seguido del sector científico (26%), la sociedad civil (19%) y el sector industrial (6%). Así, sólo una cuarta parte de la información sanitaria recibida a través de los Mass Media es emitida por expertos en la materia (*Revuelta, 2006*).

Lo cierto es que los medios de comunicación cobran un papel cada vez más relevante en la obtención de información, especialmente en lo que se refiere a nuevos fármacos, que, por otra parte, son los que mayor atención provocan. Desde el año 1996 (en el que se presentó el primer *Informe Quiral*), los escenarios en los que se produce la comunicación de la sociedad son mucho más en número y complejidad, hecho que se puso claramente en evidencia con los acontecimientos que marcaron la comunicación de la gripe A (*Informe Quiral, 2011*).

Por otro lado, en los últimos años estamos asistiendo a un cambio cualitativo: los grandes laboratorios tienden a utilizar los medios de comunicación de masas al mismo tiempo, o antes incluso, que los circuitos científicos para dar a conocer sus nuevos productos. En los últimos años hemos tenido varios ejemplos de este tipo de comportamiento por parte de la industria que ha descubierto los mecanismos para influir sobre los médicos a través de los pacientes, lanzando campañas de comunicación estratégicamente diseñadas, que generaban expectativas en la población sobre revolucionarios tratamientos (sildenafil, orlistat, finasterida...). Esta situación obliga a los profesionales sanitarios a la actualización permanente para dar respuesta, debidamente contrastada y probada, al incremento de información demandado por los pacientes (*Amador Romero, 2004*).

Según Bascuñán (2005), los cambios sociales de las últimas décadas han originado modificaciones en las características del usuario del sistema sanitario, lo que ha hecho que actualmente asistamos a una masificación del conocimiento. *“Los pacientes están más informados, obtienen datos en internet o en la prensa no especializada, lo que hace que incluso en muchas ocasiones cuenten con información mayor o más actualizada que los propios médicos. El mayor conocimiento, aunque sea superficial, les da más seguridad”*.

1.4.4: Internet

Afirman Castells y Lupiáñez (2006) que el sistema sanitario, la gestión de la salud y la práctica de la medicina, están siendo transformadas por la difusión de tecnologías de información y comunicación (TIC), de las que internet es la más importante por ser la que estructura las organizaciones y procesos en redes de comunicación. El problema es la validación de toda la información que existe en la red, que hace imposible filtrar la información verídica y contrastada de la que no lo es. Internet aporta una esperanza en la promoción de la autonomía del paciente.

Como señala Castells (2002), internet refleja nuestra sociedad. La Universidad Johns Hopkins considera que “eres lo que *tuiteas*” y por este motivo realiza estudios epidemiológicos basados en los términos más repetidos en la red social *Twitter* (*The JHU Gazette*, 2010).

Los pacientes utilizan internet para buscar información sobre las patologías que padecen y los médicos usan la Red para actualizar sus conocimientos e interactuar con otros profesionales, sin embargo, en la comunicación entre ambos, la Red no juega un papel importante: apenas un 5% de los profesionales médicos recomienda habitualmente a sus pacientes que consulten webs de información médica sobre su patología (*Castells y Lupiáñez*, 2006). Estas son algunas de las conclusiones de un estudio llevado a cabo por Manuel Castells, Catedrático emérito de la Universidad de California en Berkeley, académico numerario de la Real Academia Española de Ciencias Económicas y profesor de investigación de la Universitat Oberta de Catalunya, en donde dirige el Programa de Investigación sobre Tecnología y Salud.

Según Jiménez Pernet y col. (2007), “*el papel de las nuevas tecnologías (particularmente internet) en la formación e información sobre salud y bienestar constituye un área de conocimiento en expansión*”. Los recientes trabajos de investigación permiten afirmar que estamos frente a una revolución en la forma en que los diversos actores del sistema sanitario buscan y encuentran información médica.

En un trabajo reciente de Lupiáñez (2011) para la revista española de cardiología, el autor afirma que “*la búsqueda de información sobre salud en internet por parte de los ciudadanos es tan sólo la punta del iceberg de un fenómeno más amplio conocido como e-Salud*”. Este término, nacido a finales de la década de los 90, recoge la aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), especialmente internet, en el ámbito de la salud. El avance de la genética, la evolución de la informática médica y los sistemas de información, el desarrollo de la telemedicina y el creciente aumento de la autonomía y la responsabilidad de los ciudadanos con respecto a la salud son sólo algunos de los ejemplos que caracterizan esta etapa de transición en la que nos encontramos.

Los diferentes actores de los sistemas de salud tienen en internet un espacio de información, un medio de comunicación, una herramienta para la provisión de servicios y, por último, un campo de actuación en salud pública (Powell y col., 2003). Estas posibilidades, con un enorme potencial de transformación de la práctica asistencial basada en los intercambios inmateriales de información, se han sintetizado según Lupiáñez (2011) en cinco grandes áreas de estudio:

- La calidad de la información sobre salud disponible en internet y uso de ésta
- Efectos de internet en la relación entre profesional sanitario y paciente
- Comunicaciones virtuales
- Grupos *on line* de ayuda mutua
- Prestación *on line* de servicios de salud basados en la información

La proliferación de redes sociales, convertidas en comunidades de práctica para aprender más sobre el problema de salud que les preocupa está revolucionando el papel del paciente. La evidencia nos muestra que mejoran el nivel de conocimientos, aportan apoyo y favorecen la autonomía. Entre los grupos *on line* de ayuda mutua, encontramos portales que dan cobertura a comunidades *on line* que tiene por protagonistas a los pacientes y que generan flujos bidireccionales de información personal y clínica.

Un ejemplo de de estos **grupos on line de ayuda mutua**, lo tenemos en la comunidad virtual **Patients Like Me**: www.patientslikeme.com (Figura 1.5), que consiguió demostrar en pocos meses, a partir de la información aportada por sus miembros, que el litio no supone un beneficio para los pacientes que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El proceso fue el siguiente: a raíz de un artículo publicado en 2008 por Fornai y col., que sugería que el litio podía retrasar la progresión de ELA, un grupo de escépticos sobre este trabajo, diseñaron un estudio para verificar el impacto real del Litio en los pacientes de ELA. Estos pacientes fueron seleccionados a través de la red social *Patients like me*. En menos de seis meses agruparon 217 pacientes que tomaban litio regularmente, de un total de 2090 pacientes que integraban el “Fórum ELA” del portal *Patients like me*. Los resultados iniciales mostraron que no había cambios en el ritmo de progresión de la enfermedad, no estando éste por tanto relacionado con los niveles de Litio. A pesar de tratarse de un estudio con muchas limitaciones, fue capaz de incluir en poco tiempo un gran número de pacientes, algo impensable en un contexto académico. Hubiera costado años confirmar este hecho con los métodos de investigación tradicionales (Torrente y col., 2010).

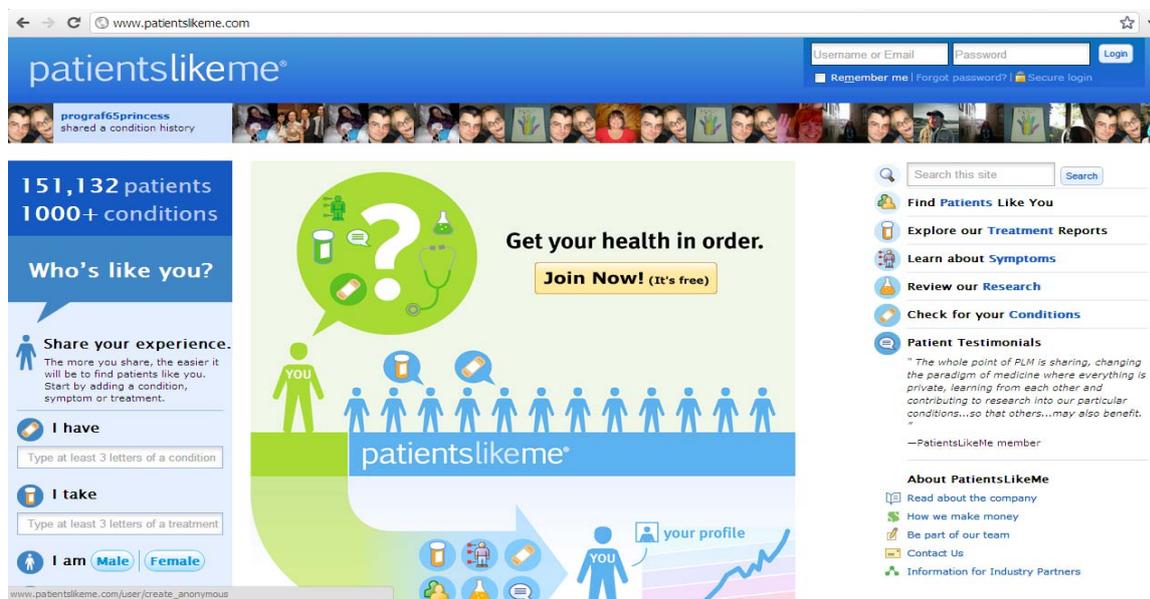


Figura 1.5: Página de Inicio del portal “Patients Like Me”.

El funcionamiento de **PatientsLikeMe** es sencillo, el paciente elige su comunidad e introduce sus datos. Los pacientes introducen sus síntomas y

tratamientos, y a partir de ahí la herramienta les permite monitorizar su progreso mediante una escala adaptada para comparaciones clínicas (*clinically-valid outcome scale*). Además, el sitio web permite a los pacientes seleccionar a otros pacientes con un perfil similar al suyo (por ejemplo, edad, género, etapa de la enfermedad) y ver qué tratamientos están siguiendo y cuáles han sido sus resultados. El portal *PatientsLikeMe* ofrece a la comunidad científica un repositorio de datos sobre pacientes reales con una determinada enfermedad que es muy difícil, por no decir casi imposible, de obtener incluso para las instituciones dedicadas a la investigación. Se trata, por tanto, de un modelo *win-win*, en el que todos los que participan, ganan. El apartado “Escuela de Pacientes” del Portal de Salud puesto en marcha por la junta de Andalucía (Anexo I) reproduce una fórmula similar al *patientslikeme* americano (en ambos casos se trata de portales vinculados a redes sociales y blogs).

Otros ejemplos de webs de salud en EEUU son www.stupidcancer.com una red social específica para jóvenes que sufren cáncer, que fue premio a una de las mejores 50 webs de 2007 por la revista “Time”, o www.sermo.com una de las redes sociales de médicos más grandes de EEUU creada para compartir información y experiencias, colaborar en investigación o paneles de expertos, e incluso ofrecer conferencias. En el caso de www.rateadrug.com, se trata de una web donde los pacientes pueden evaluar y puntuar, de 1 a 10, diferentes aspectos de un medicamento (tanto de prescripción como EFP) como pueden ser efectos secundarios, efectividad o beneficios. Esta web puede ser útil como una herramienta para comparar medicamentos entre sí, así como (salvando las distancias con el rigor científico que se practica en las webs de salud oficiales) una fuente de información de medicamentos extraordinaria para pacientes, profesionales, médicos e incluso laboratorios. Otro de los fenómenos que debemos comentar es la presencia en redes sociales de juegos relacionados con el cuidado de la salud, como es el caso de “Pharmville”, que (inspirado en un exitoso juego de Facebook llamado “Farmville”) ayuda al usuario a tomar su medicación mediante una aplicación de entretenimiento, tendencia denominada *Infotainment = information + entertainment*, lo que en español se traduciría como *Información + entretenimiento*.

Según Torras (2011), en España todavía hay mucho por hacer en redes sociales específicas en salud, aun representando el uso de las redes sociales el 65% de la actividad que realizamos en internet en el PC (74% en el caso del móvil). En EEUU se trata sin embargo de un fenómeno muy consolidado el que pacientes, familiares, comunidad médica, farmacéuticos, investigadores y agentes de comunicación se encuentren e intercambien información en este tipo de redes sociales de salud.

Las comunidades virtuales, basadas en la filosofía de la web 2.0, confían en alcanzar el conocimiento a partir de la inteligencia colectiva de masas. Un método totalmente nuevo y prometedor. Experiencias como la de Forumclinic (*Torrente E y col., 2010*) muestran que, si bien existe poca evidencia de los resultados en salud derivados del uso de las redes sociales en términos objetivos, sí se destaca un impacto claro en términos subjetivos, en la medida en que contribuyen al empoderamiento y facilitan la autonomía de los pacientes que participan en ellas. En cualquier caso, afirman los autores de este estudio, este fenómeno ya es una realidad en nuestro entorno.

Por otro lado, desde las autoridades públicas sanitarias, se han puesto a disposición del paciente distintos **portales de información** que ofrecen una ventana en internet para que el ciudadano conozca el sistema de salud que le atiende y acceda a recursos y servicios de manera *online*. Contenidos comunes son los orientados a informar al paciente sobre los recursos de los que puede hacer uso (abundan los buscadores de centros sanitarios, por ejemplo), así como las acciones formativas, los consejos de salud y las noticias y actualidad de lo que ocurre en el entorno sanitario de la comunidad autónoma. Muchos trámites administrativos pueden ser gestionados (o al menos solicitada su gestión) a través de medios telemáticos, como por ejemplo los relacionados con la tarjeta sanitaria, listas de espera quirúrgicas, libre elección de médico, registro de voluntades anticipadas, etc.

La mayoría de las comunidades autónomas incluyen la posibilidad de pedir citas online con el médico de atención primaria. Algunas hacen ya referencia a la receta electrónica, que se va implantando paulatinamente, y las más avanzadas

permiten acceder a ciertos contenidos de la historia clínica electrónica. Otras de ellas, incorporan asistentes virtuales para facilitar al ciudadano el acceso a la información, y unas pocas comienzan a tener presencia en redes sociales. Incluso se puede descargar alguna aplicación (app) para móvil y acceder a servicios específicos de accesibilidad como la videointerpretación de lenguaje de signos. Ha de destacarse también la posibilidad en alguna de ellas de realizar reclamaciones online, e incluso consultas con profesionales sanitarios.

Entre los portales de **Prestación *on line* de servicios de salud basados en la información**, cabe destacar el desarrollado por un grupo de seis Médicos especialistas en medicina Familiar y Comunitaria de la Región de Murcia bajo el nombre ***Informa pacientes***: www.informapacientes.es (Figura 1.6).



Figura 1.6: Página de inicio del portal “Informa Paciente”.

Este proyecto, desarrollado gracias a una beca de investigación de la Fundación Caja Murcia, fue puesto en marcha por estos médicos con el objetivo de ofrecer a sus pacientes, y a la población en general, un buscador de información sanitaria que les permitiera resolver sus dudas de forma fácil y fiable, evitando aquella información demasiado especializada (para profesionales), no contrastada o interesada.

La consulta de información sobre salud disponible en internet puede facilitar, según Lupiáñez (2011), que los pacientes estén mejor informados, lo que mejora su salud y facilita un uso más apropiado de los servicios asistenciales. En este sentido, internet, como espacio de información y comunicación, ofrece la posibilidad de mejorar la relación médico-paciente, ya que ambos pueden compartir conocimientos y mejorar su comunicación, pudiéndose facilitar un encuentro presencial más eficiente.

Todas estas potencialidades ponen de manifiesto la emergencia de un nuevo perfil de paciente con más responsabilidad y participación en los aspectos relacionados con su salud, lo que Lemire y col. (2008) denominan “*empowerment*” o “*empoderamiento*” en español.

No obstante, el uso de internet no se puede aislar del contexto organizativo, social y cultural, por lo que habrá tensiones que faciliten o inhiban tanto su utilización como su impacto, negativo o positivo. *“En algunos casos, serán los propios pacientes quienes puedan facilitar la transición de los profesionales a la era de internet, demostrándoles con sus conductas que una nueva práctica asistencial es posible. En otros casos, serán los profesionales sanitarios quienes faciliten a los pacientes un nuevo espacio para su salud. Sin embargo, también pueden emerger nuevos espacios de tensión donde ni profesionales ni pacientes sean capaces de entenderse, con consecuencias negativas para ambos”* (Lupiáñez, 2011).

Estos escenarios conviven actualmente en nuestros sistemas de salud, donde todavía existe una gran distancia entre las potencialidades de la *e-Salud* y sus consecuencias reales en la eficiencia de los sistemas de salud, la calidad asistencial y el estado de salud de los pacientes (Black y col., 2011).

Un reciente estudio publicado por Salomon y col. (2012) en la revista *Journal of Medical Internet Research*, tuvo como objetivo el demostrar el positivo y significativo efecto que la interacción Médico-Paciente a través de la web tiene sobre la participación activa e implicación con su enfermedad en el caso de pacientes crónicos. Las conclusiones del estudio, a partir de los resultados obtenidos, fueron

las siguientes: la intervención sanitaria a través de la web “activa” el papel del paciente crónico respecto a su enfermedad. Los pacientes “activos” se adhieren con más frecuencia a las recomendaciones médicas, lo que mejora los resultados en los tratamientos. Según los autores, el diseño de intervenciones médicas a través de la web, puede optimizar la efectividad de las mismas, pero para que este aparente “potencial” de las páginas web sea una realidad, aún se necesita tiempo y estudios que evidencien que esta tecnología supone un beneficio a largo plazo y entre diversos tipos de población.

Los estudios sobre la *e-Salud* llevados a cabo por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones (*MSSSI, 2012*), estiman que, aun siendo alto el porcentaje de uso que se hace de internet para buscar información en general (un 83,7%), los usuarios todavía identifican una serie de inconvenientes a la hora de utilizar la red como fuente de información para temas relacionados con el campo de la salud. La falta de fiabilidad de la información consultada, así como el riesgo de una mala interpretación de la misma, son las principales barreras que los ciudadanos encuentran en internet como fuente de información sobre la salud, dándole a la red un nivel de confianza de 3,9 sobre 10. Se puede afirmar por tanto, que Internet se sitúa todavía a día de hoy a la cola de las fuentes de información escogidas por el paciente a la hora de buscar información acerca de la salud, muy por detrás de los médicos con un nivel de confianza de 8,4 sobre 10 y los farmacéuticos con un 7,4 sobre 10. En lo que respecta a la búsqueda de información sobre medicamentos, supone el 16% del porcentaje de búsquedas totales acerca de la salud, una cifra muy inferior al 40% que constituye la búsqueda acerca de enfermedades (*MSSSI, 2012*).

1.4.5: Otras fuentes de información

Y por último no se debe obviar una realidad, completamente arraigada en nuestro país y nuestra cultura; la del consejo del vecino, familiar o amigo que, encontrándose en una situación similar a la que refiere el paciente, da recomendaciones sobre qué tomar o cómo actuar frente a una determinada patología. Y se hace alegando un supuesto conocimiento basado en el simple hecho

de haber experimentado repetidamente algunos episodios y haber aprendido por tanto ciertos patrones o pautas de actuación.

Esta fuente, junto con las demás que se consideran fuera del marco de la asistencia sanitaria, ha llevado a que la automedicación (con el consiguiente riesgo que ésta conlleva para la salud) constituya un fenómeno cada día más arraigado en nuestra sociedad (*Badia Llach y col., 2005*).

1.5: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

1.5.1: Cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento

El *Cumplimiento Terapéutico* (que proviene del término anglosajón *compliance*) lleva definiéndose desde hace años por numerosos autores en diversas comunicaciones. Haynes (1976) ya lo definían como “*el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario*”. Gil y col. (1999) plantean el concepto en los mismos términos, no sólo limitando el cumplimiento a las indicaciones terapéuticas sino incluyendo además la “*asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación en los hábitos de vida*”. Sin embargo, durante muchos años, el concepto y definición de *Cumplimiento Terapéutico* se circunscribió en la práctica casi exclusivamente a la toma de medicamentos (*Basterra, 1999*).

En junio de, 2001, la OMS celebra una *Reunión sobre Adherencia Terapéutica*, definiendo ésta como “*el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas*” (*Sabate, 2001*). Tres años más tarde, también la OMS, matiza y amplía el concepto, estableciendo que “*la adherencia al tratamiento es el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen*

alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004).

A pesar de que gran parte de la literatura científica emplea los términos *Adherencia al tratamiento* y *Cumplimiento Terapéutico* indistintamente, lo cierto es que la *Adherencia al tratamiento* requiere “la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones”, mientras que el *Cumplimiento Terapéutico* no (Palop y Martínez, 2004; Royal College of General Practitioners, 2009). La OMS (2004) afirma que “*aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos*”.

Pero los trabajos y publicaciones relacionados con estudios de *Adherencia Terapéutica* van más allá y no se limitan exclusivamente a las repercusiones sobre la salud, sino también las de tipo económico. Así lo afirman Ortiz y Ortega (2011), asegurando que la deficiente adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas, tiene consecuencias adversas, principalmente para el paciente, para el sistema de servicios de salud en lo relativo al incremento del costo económico y para la calidad de la atención a la salud de la población.

Basterra Gabarró (1999) clasifica todos los factores determinantes de la Adherencia Terapéutica en 6 grandes grupos según:

- Características del paciente
- Características del tratamiento o régimen terapéutico
- Características de la enfermedad
- Características del entorno familiar y social
- Características de la estructura sanitaria
- Características del profesional sanitario (Médico y/o farmacéutico)

En el mes de junio de 2012, se creó en España el **Observatorio de la Adherencia al tratamiento (OADT)** con la finalidad de estudiar la situación de la adherencia terapéutica en nuestro país desde diferentes perspectivas: situación del

problema, costos que genera y las posibles vías de solución. El OADT es una iniciativa profesional, científica e independiente integrada por representantes de la Cátedra de Atención Primaria de la Universidad europea de Madrid, la Unidad de Atención a Crónicos del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, la Federación Empresarial de Oficinas de Farmacia (FEFE) y el Consejo General de Enfermería. Y está presidida por Jose Manuel Ribera Casado, Catedrático de Geriátrica de la Universidad Complutense de Madrid.

1.5.2: Relación entre cumplimiento terapéutico y Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)

Aunque la teoría KAP (Knowledge, Attitude and Practice) establece relaciones causales de secuencia entre el conocimiento, la actitud, y la práctica (*Brink y col., 1995; Huang y col., 2006*), este acoplamiento se puede romper en cualquier paso del proceso, así pues, muchos pacientes no cumplen su tratamiento aunque “entienden” la razón o la importancia de la adherencia. De hecho, según el juicio popular, a menudo se considera a los sanitarios la clase peor de pacientes. Sin embargo, una mejora en el conocimiento es un paso importante hacia un cambio de la actitud y/o del comportamiento porque, aunque la mejora del conocimiento no garantiza el cambio del comportamiento, el cambio del comportamiento sucede rara vez sin un cambio previo apropiado en el conocimiento (*Heins, 1976; Brownson y Simoes, 1999; Matta y col., 2006*).

A finales de los 80, Espagnoli y col. (1989), ya afirmaban que casi la cuarta parte de los incumplimientos terapéuticos se producían porque el enfermo no había entendido correctamente las órdenes dadas por el profesional. La falta de información acerca de la enfermedad o el tratamiento, así como el no entendimiento del paciente acerca de la información recibida, condicionan el conocimiento de éste sobre su medicamento, y puede determinar el incumplimiento involuntario (no cumplimiento) o voluntario (no adherencia) de la terapia. Según algunos autores, la carencia de información del medicamento es uno de los principales problemas del uso inadecuado del mismo (*Kesler, 1991; Farley, 1997; Marwick, 1997 Da Silva y col.,*

2000; Leal Henández y col., 2004). Una teoría mantenida, y defendida en la actualidad con estudios como el de Sanahuja y col. (2012), afirma que la mejora en el conocimiento del paciente acerca de sus medicamentos, tiene efectos positivos en la adherencia al tratamiento.

1.5.3: Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM)

A principios de los 90, Strand y col. definían el término **Problemas Relacionados con Medicamentos -PRM** (traducción de “*drug-related problems*”) como “*una experiencia indeseable del paciente que involucra la farmacoterapia y que interfiere real o potencialmente con el resultado deseado en el paciente*”. Pero el término *Problemas Relacionados con Medicamentos -PRM* y otros términos similares se han usado para describir un concepto que no es particularmente específico. Durante años, los elementos del proceso se han mezclado con los resultados en salud. En la mayoría de los casos no se han concebido con un marco teórico conceptual previo (Fernández-Llimós y col., 2005).

En España, el Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada promueve en 1998 el Primer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM), en el que se creó un algoritmo que permitía la identificación y clasificación de seis categorías de PRM (Fernández Llimós y col., 1999). Tras la experiencia del uso del término PRM, se detectaron algunos problemas de comprensión que recomendaron la actualización del concepto. Así, en, 2002, el Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) define los PRM como “problemas de salud (entendidos como resultados clínicos negativos), derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados” (2º Consenso de Granada sobre PRM, 2002). En este Segundo Consenso se agrupan las seis categorías de PRM, ya definidas en el Primer Consenso de, 1998, en función de los problemas de salud que sufre el paciente, según éstos estén relacionados con la NECESIDAD, EFECTIVIDAD o SEGURIDAD del tratamiento.

En, 2005, Fernández-Llimós y col. publican una revisión de los conceptos *Problemas relacionados con medicamentos -PRM* y *Problemas de la farmacoterapia*, y las relaciones de estos dos términos con el de *Resultados Negativos de la Medicación -RNM*. Los autores propusieron en su artículo la utilización del término *Resultado Clínico Negativo asociado a la medicación*, de manera simplificada: **Resultados negativos de la Medicación -RNM**, para definir los fallos de la farmacoterapia (Fernández-Llimós y col., 2005), quedando así separados los elementos del proceso de uso de los medicamentos de los resultados asociados a la medicación, lo que resulta útil para abordar el complejo mundo de la seguridad de medicamentos.

Tras los dos primeros Consensos de Granada sobre PRM y de los estudios de Fernández-Llimós y col., *FORO de ATENCIÓN FARMACÉUTICA* integra los dos conceptos ya plenamente definidos (*Problemas relacionados con medicamentos -PRM* y *Resultado Negativo asociado a la medicación -RNM*) en su Documento sobre Atención Farmacéutica (*Foro de AF, 2006*).

En 2007, un año después de que *FORO de ATENCIÓN FARMACÉUTICA* haya integrado los conceptos PRM y RNM, se redacta *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con medicamentos -PRM*, que incorpora esta vez en su enunciado “y Resultado Negativo asociado a la medicación -RNM” (*3er Consenso de Granada sobre PRM y RNM, 2007*). Este *Tercer Consenso* define **Problemas relacionados con medicamentos -PRM** como “*Aquellas situaciones que en el proceso de uso del medicamento causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM)*”, y **Resultados negativos asociados a la medicación -RNM** como “*Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos*”. Se redacta, en este tercer Consenso, un listado (abierto) de PRM y se definen seis tipos de RNM agrupados en función de la NECESIDAD, EFECTIVIDAD o SEGURIDAD del tratamiento.

Así pues, los PRM son considerados todos aquellos errores de la medicación entendidos como aquellos fallos en el proceso de tratamiento (todo lo que acontece antes del resultado) que producen o tienen la capacidad de producir daño en el

paciente. Por otro lado, un PRM genera un riesgo de RNM, que se define como los efectos, reacciones y acontecimientos adversos de la propia medicación (3er Consenso de Granada sobre PRM y RNM, 2007).

Para establecer una relación entre todos los términos definidos hasta ahora, podríamos concluir con lo siguiente: cualquier error en el proceso de comunicación con un profesional sanitario que provoque una recepción errónea (o no recepción) de la **Información al paciente** -**IP**, influirá de manera negativa en el **Conocimiento del Paciente acerca de la medicación** -**CPM**, considerándose este “CPM no óptimo” un **Problema Relacionado con Medicamentos** -**PRM** que, por su parte, podrá ser motivo de aparición de un **Resultados Negativos asociados a la medicación** -**RNM** (Figura 1.7).

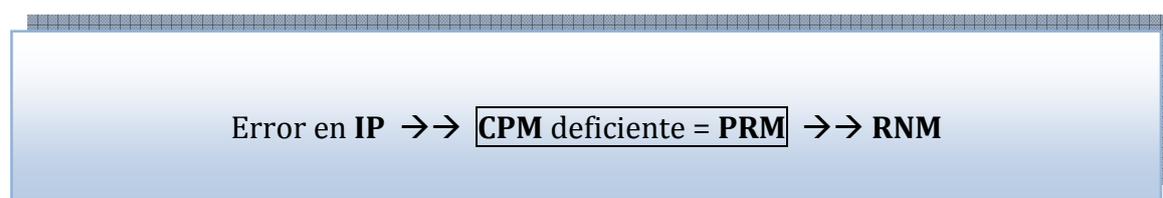


Figura 1.7: Relación secuencial: Información al paciente (IP), Conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM), Problema relacionado con la medicación PRM y Resultado Negativo asociado a la medicación (RNM).

El análisis de prevalencia de los *Resultados Negativos asociados a la Medicación* -RNM que son causa de visita al servicio de urgencias de atención primaria, ha sido objeto de un reciente trabajo llevado a cabo en un entorno rural de la Región de Murcia. En el estudio contó con la colaboración de una oficina de farmacia en la que el farmacéutico, a través de los datos obtenidos de un cuestionario validado y la historia clínica, evaluó si existía relación entre los medicamentos que tomaba el paciente y el motivo de acudir a urgencias. Se detectaron un 26,5% (IC 95% 21,94 - 31,62) de pacientes con RNM como causa de visita a urgencias. Más de la mitad de estos RNM detectados fue de la categoría de EFECTIVIDAD. Y, aunque en un 92,9% de los casos se trató de RNMs de tipo leve, un 77,4% (IC 95% 67,35 - 85,01) de las visitas causadas por estos RNM eran evitables (Martínez y col., 2012).

1.5.4: Seguridad del Paciente

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad, siendo un problema importante de salud pública por su frecuencia y consecuencias para el paciente. Además, a las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos. La mejora de la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios, por lo que se han adoptado, por parte de diversos organismos nacionales e internacionales, numerosas estrategias para abordar la aparición de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (SMS, 2011).

En el año 2002 se emite una resolución en la que se insta a los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a prestar una mayor atención a la *Seguridad del Paciente*, subrayando la importancia de ésta a nivel de la salud mundial.

El papel crucial que juegan los medicamentos en las estrategias dirigidas a garantizar la Seguridad del Paciente queda definido en 2003 a través del documento "*Prácticas de seguridad para una mejora en la asistencia sanitaria*". Un texto publicado por el *National Quality Forum (Foro Nacional de Calidad: organización para la mejora de la calidad del sistema de salud americano)* que recogió un conjunto de 30 prácticas de seguridad fundamentales para prevenir los errores asistenciales (*National Quality Forum, 2003*). Entre las prácticas que afectan al sistema de utilización de medicamentos se definieron las siguientes:

- Creación de una cultura de seguridad en el ámbito de la atención sanitaria.
- Participación activa de los farmacéuticos en todos los procesos de utilización de los medicamentos.
- Prácticas relacionadas con la transferencia de la información y la comunicación entre todos los implicados en la asistencia y entre distintos niveles asistenciales.
- Prácticas relacionadas con los procesos de dispensación y administración como la dispensación de medicamentos en dosis unitarias o el control de la utilización de los medicamentos de alto riesgo.

La ***Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*** fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, dos años después de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la trascendencia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente (OMS, 2004).

En nuestro país, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* español contempla (capítulo VI, sección I, artículo 61) el desarrollo de Planes de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Para ello, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas elaboran periódicamente, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, planes con objetivos de calidad prioritarios para el período correspondiente, sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios (*Ley 16/2003*). En este contexto, el **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud**, que viene desarrollándose desde 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas, ha situado la *Seguridad del Paciente* en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, siendo éstos sus objetivos:

- Incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud
- Garantizar la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan
- Asegurar que esta atención sea de máxima calidad.

Tres objetivos a desarrollar a través de 6 grandes áreas:

1. Protección, promoción de la salud y prevención
2. Fomento de la equidad
3. Apoyo a la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud
- 4. Fomento de la excelencia clínica**
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos
6. Aumento de la transparencia

Dentro del área **4- Fomento de la excelencia clínica**, se encuentra la estrategia de “Mejorar la **seguridad de los pacientes** atendidos en los centros de sanitarios de Sistema Nacional de Salud”, que integra proyectos como el del **“uso seguro de los medicamentos y la prevención de errores en la medicación”** (MSSSI, 2010). Los medicamentos, así como los productos sanitarios, están muy presentes en las estrategias puestas en marcha actualmente para reducir los problemas relacionados con la seguridad del paciente, en la línea de las *Prácticas en Seguridad* que publicara en 2003 el *National Quality Forum*.

En el marco de esta estrategia nacional de seguridad del paciente, se encuentra el **Programa de Seguridad del Paciente de la Región de Murcia** (*Servicio Murciano de Salud, 2011*), impulsado por el Servicio Murciano de Salud y que tiene por objetivos:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

- Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en 8 áreas específicas.
- Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.
- Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Transplantes.

1.6: ALFABETIZACIÓN EN SALUD. PACIENTE EXPERTO

1.6.1: Educación para la Salud

Son numerosas las definiciones que se han formulado en torno a la expresión ***Educación para la Salud (EpS)***, también conocida como *Educación Sanitaria (Health Education* en inglés) y en consecuencia, diversos los debates surgidos. Una de las definiciones más debatidas según Perea (2002), fue la formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a principios de los años 70 como *“acción ejercida sobre el educando para un cambio en el comportamiento”*; la crítica fundamental a esta definición se centró en la expresión “acción ejercida”, entendida ésta como limitación del nivel de autonomía del alumno y, en consecuencia, carente de eficacia, ya que, según la autora, *“cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, al no integrarse en la personalidad del alumno, será repetitivo, poco duradero e ineficaz”*, por lo que esta primera definición que dio la OMS ha ido evolucionando, integrándose actualmente en un concepto de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso.

La Declaración de Alma Ata de 1978, subraya que *“todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella”*. El enfoque de la atención primaria de salud de esta declaración, abarca *“la equidad, implicación y/o participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles”*. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad

sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud, e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas (OMS, 1978).

El concepto de *Educación para la Salud (EpS)*, tal y como lo conocemos actualmente (basado en un enfoque integral de la salud), fue definido por primera vez en el marco de la 36ª Asamblea Mundial de la Salud de 1983, donde se debatieron nuevas políticas de educación sanitaria en la atención primaria de salud. La asamblea definió la *Educación para la Salud (EpS)* como “*cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite*” (Perea, 2002).

La OMS define en 1998 la *Educación para la Salud (EPS)* como “*una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud, enfocando la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje, centrándolo no sólo en los conocimientos sino también en el saber hacer*” (OMS, 1998).

La *EpS*, apunta Perea (2002), “*no es sólo proveer información sobre hábitos sanos o sobre la enfermedad. Tiene que ser una actividad que suponga el aprendizaje y que aborde los conocimientos, las actitudes y las habilidades dirigidas a facilitar cambios en las conductas, tanto individuales como colectivas, para conseguir determinadas metas en salud*”. El profesional sanitario debe actuar como facilitador y no debe aceptar toda la responsabilidad del cambio, sino que su objetivo es capacitar al individuo objeto de la intervención educativa para que pueda adoptar voluntariamente el comportamiento propuesto. Pero es la propia persona la que (voluntariamente) acepta las modificaciones de comportamientos o estilos de vida que puedan mejorar su salud. Así, “*sólo si ha interiorizado este proceso, el cambio en los comportamientos perdurará*”.

Según Pla y col. (2002), *“la Educación Para la Salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener y practicar estilos de vida saludables”*. También propugna cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos. Según los autores, el farmacéutico, junto con los demás profesionales sanitarios, tiene una responsabilidad importante en el desarrollo de la educación sanitaria que puede impartir desde varias facetas de su profesión, y especialmente en la información de medicamentos.

Tal y como apuntan Crowther y col. (2009), *“el proceso de educación del paciente entra en una nueva era en la cual los resultados educacionales deben tener en cuenta el grado de alfabetización del paciente, las barreras de aprendizaje y la relación costo-efectividad, priorizando los contenidos educativos y utilizando instrumentos validados para medir los resultados de las orientaciones”*.

1.6.2: Alfabetización en Salud

El término ***Alfabetización en Salud*** (*Health Literacy* en inglés) fue introducido en los años 70 de la mano del concepto *Educación para la salud* (Simonds, 1974) y desde entonces, la percepción de la importancia que este término tiene ha ido incrementándose década tras década.

De acuerdo con la *Organización de las Naciones unidas para la Educación, la ciencia y la cultura* (*United Nation Education, Scieencie and Culture Organization. UNESCO*), el significado del término *Alfabetización* (diferenciado de *Educación para la Salud*), fue definiéndose a lo largo de la década de los 90, aludiendo actualmente no sólo al cambio del individuo sino a una transformación de tipo social, en el sentido de vincular *Alfabetización en salud* con crecimiento económico, así como cambios de tipo socio-cultural y político.

La OMS (1998) establece que la ***Alfabetización en Salud*** *“supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permitan adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de cada individuo”*. De esta manera, la

Alfabetización en Salud supone algo más que poder leer un folleto o pedir citas, y depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar a la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural.

El acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, hacen que la *Alfabetización en Salud* sea crucial para el **Empoderamiento en Salud** (*Empowerment for Health* en inglés), definido por la OMS (1998) como “*el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud*”.

El concepto Alfabetización de un individuo (en términos generales), queda definido en el Encuentro Nacional de Alfabetismo de EEUU del año 1991, como “*la capacidad de un individuo para leer, escribir y hablar en su lengua materna, además de analizar y resolver problemas que le puedan surgir y que no le permitan funcionar en el trabajo y la sociedad, a través de una serie de habilidades que hagan lograr sus propios objetivos y desarrollar potencial y conocimientos*” (Irwin, 1991). La Asociación Médica Americana, *American Medical Association* (1999) define la Alfabetización referida a la salud, incluyendo entre estas *habilidades* la de leer y entender información relacionada con la salud, proporcionada por etiquetas de medicamentos, prescripciones médicas y documentos de seguros médicos. Estas habilidades son vitales para permitir que los pacientes reciban el más alto cuidado de la salud. Así pues, en el contexto de los servicios de salud, la **Alfabetización en Salud** es definida por la Asociación Médica Americana como: “*Una constelación de habilidades, incluida la capacidad de ejecutar lecturas básicas y tareas numéricas exigidas para funcionar en el medioambiente de salud. Los pacientes con alfabetización en salud adecuada pueden leer, comprender y actuar sobre informaciones de salud*” (*American Medical Association, 1999*). Por su parte, la Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*), define la **Alfabetización en Salud** como: “*El grado en el cual los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar y comprender informaciones de salud básicas y servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas de salud*”.

Pero según Escoda y Terrazas (2008), estas definiciones son estrechas y no toman en cuenta la cultura, el medioambiente, la autonomía, la interacción, la colaboración o la comunicación. Según los autores, “*el Alfabetismo en Salud es un proceso que evoluciona durante la vida de un individuo y abarca los tributos de capacidad, comprensión y comunicación. Los tributos de alfabetismo en salud están integrados dentro del concepto y son precedidos por las habilidades, estrategias y destrezas necesarias para lograr el alfabetismo de salud*”. Los autores consideran que los objetivos de educación y salud abarcan autonomía, independencia y la promoción de estados físicos y mentales saludables. La *autonomía* es el nivel de conocimiento y habilidad personal necesaria para administrar y analizar información con respecto a la salud propia. La *competencia informacional* consiste en la capacidad de identificar las fuentes de información adecuadas y ser capaz de utilizarlas para extraer información relevante.

En un artículo publicado por Sorensen y col. (2012), miembros del consorcio para el Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud (*HLS-EU*, que analizaremos más adelante), los autores denuncian la ausencia de un consenso en la comunidad científica en relación no sólo a la definición de *Alfabetización en Salud* sino también al establecimiento de la dimensión conceptual del término. Partiendo de esta carencia, los autores llevaron a cabo una revisión sistemática de las distintas definiciones de *Alfabetización en Salud* que han ido siendo publicadas en la literatura científica internacional durante las últimas décadas, y para ello, agrupados en dos equipos de investigación independientes, realizaron una búsqueda a través los portales *Medline*, *PubMed* y *Web of Science*. Como resultado, hallaron 17 definiciones de Alfabetización en Salud y 12 modelos conceptuales. Tras un análisis basado en el contenido, los autores desarrollaron un modelo conceptual integrador con la esencia de las distintas dimensiones halladas. Estas dimensiones fueron referidas al *conocimiento*, la *motivación*, y las capacidades para *acceder*, *entender*, *evaluar* y *solicitar* información relacionada con la salud, en el contexto del cuidado para la salud, la prevención de la enfermedad y la promoción para la salud.

El marco conceptual que proponen los autores, pretende servir como base sobre la que desarrollar intervenciones que persigan la *Alfabetización en Salud*, así

como también para desarrollar y validar herramientas de medición y captura de las diferentes dimensiones que la definen. La **Alfabetización en Salud** se vincula a la alfabetización general y queda definida por Sorensen y col. (2012) como: “El conocimiento de las personas así como su motivación y capacidad para acceder, entender, evaluar y solicitar información para poder emitir juicios y tomar decisiones del día a día en relación con el cuidado y la promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad, todo esto con el fin de mantener o mejorar así la calidad de vida”. Los autores, establecen un modelo conceptual integrador de las distintas dimensiones del concepto de Alfabetización en Salud (Figura 1.8).

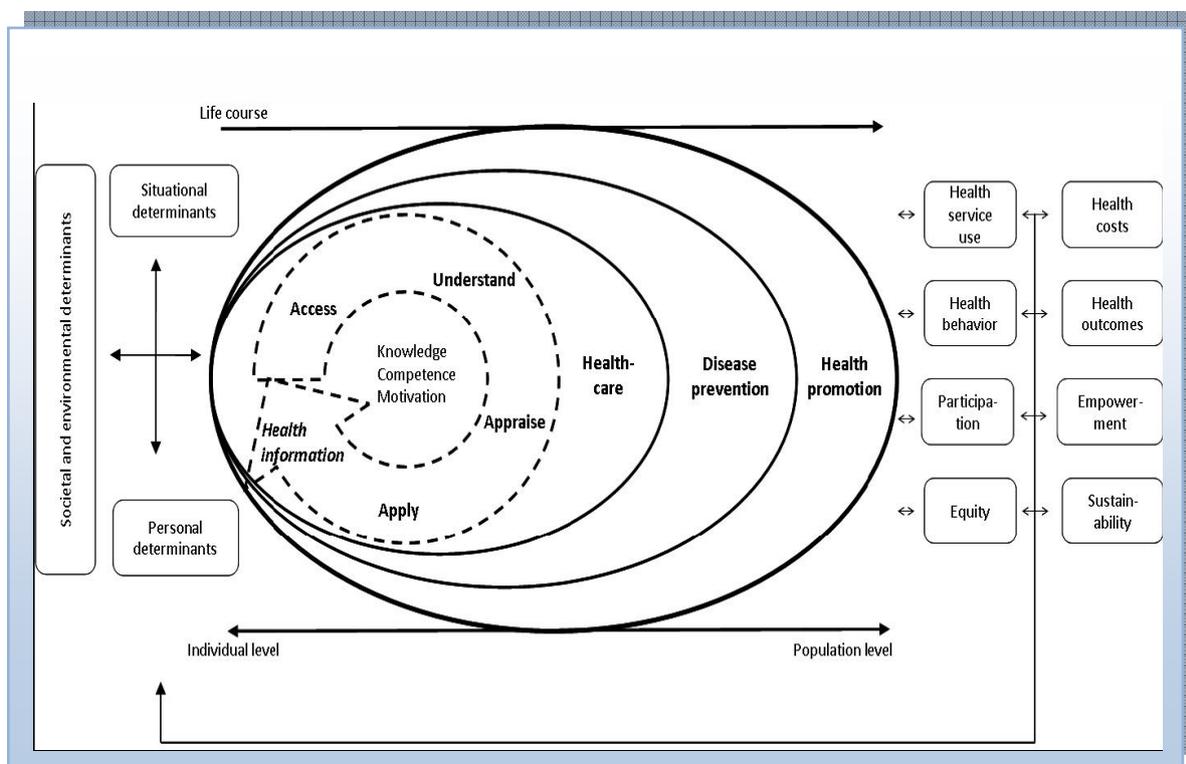


Figura 1.8: Modelo conceptual integrador de las distintas dimensiones del concepto de Alfabetización en salud (Integrated Model of health literacy-see separate file).

La revisión bibliográfica relacionada con estudios y opiniones de distintos investigadores en el campo de la alfabetización en salud, indica que la **consecuencia de un inadecuado Alfabetismo en Salud** tiene un efecto negativo sobre la prevención, el cuidado y los comportamientos promovedores de salud. Individuos con alfabetismo en salud inadecuados tienen gastos de asistencia médica elevados, menos conocimiento de sus enfermedades y tratamientos, menos habilidades de

autodirección, menos capacidad de preocuparse por condiciones crónicas, un pobre cumplimiento, más errores médicos o de tratamientos médicos, una carencia de las habilidades necesarias para negociar satisfactoriamente con el sistema de salud y un menor acceso a los servicios de asistencia médica (*American Medical Association, 1999; Weiss y col., 2005*). Un estatus pobre de salud, definido como malestar físico o percepción de enfermedad, achaque o daño, se asocia frecuentemente a una inadecuada alfabetización de la salud de los pacientes.

Los gastos en salud se ven adversamente afectados por la falta de conocimiento, relacionada con la alfabetización en salud. Esta baja alfabetización en salud provoca un mayor riesgo de enfermedad y discapacidad (*Nielsen-Bohlman y col., 2004*).

A nivel Europeo, el **PROYECTO HLS-EU** (del inglés *European Health Literacy Survey*), financiado por la Comisión Europea y coordinado en nuestro país por la Universidad de Murcia (*Falcón y Luna, 2012*), plantea por primera vez la necesidad de documentar datos sobre la alfabetización en salud en los países de la Unión Europea, y en base a una primera etapa que supuso una revisión bibliográfica sistemática, propone un estudio que abarque tanto el punto de vista médico-asistencial como el de la salud pública, planteando la importancia del análisis de la Alfabetización en Salud en base a los siguientes puntos:

- Incorporación de hábitos de vida saludable (alimentación y ejercicio)
- Mejor control de los síntomas de la enfermedad
- Mejora de la comunicación Médico-Paciente
- Mayor adherencia terapéutica
- Mejora en la calidad de vida relacionada con la salud
- Disminución del número de visitas a urgencias
- Disminución del número y duración de estancias hospitalarias

La definición de Alfabetización en Salud que propone el **Proyecto HLS-EU** es la de Sorensen y col. (2012) comentada anteriormente, y la finalidad que persigue el

estudio es establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud con cuatro objetivos:

1. Contar con un instrumento adecuado que permita medir la alfabetización en salud en Europa.
2. Cuantificar por primera vez los datos de alfabetización en salud en los países europeos y ofrecer indicadores para una vigilancia tanto a nivel nacional como de toda la Unión Europea.
3. Realizar una evaluación comparativa de la alfabetización en salud en los distintos países europeos.
4. Crear Órganos Consultivos y documentar las diferentes estrategias de valoración de acuerdo con las prioridades y estructuras nacionales.

El proyecto HLS plantea las siguientes preguntas al paciente: *En una escala de “muy fácil” a “muy difícil”, indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades:*

- Entender los **prospectos** que vienen con sus medicamentos.
- Juzgar las **ventajas y desventajas** de los distintos tratamientos posibles.
- Valorar cuándo puede necesitar una **segunda opinión** de otro médico.
- Encontrar **información** sobre la manera de abordar problemas de **salud mental** como el estrés o la depresión.
- Comprender las **advertencias sanitarias** relacionadas con hábitos como fumar o beber alcohol en exceso.
- Valorar cuáles son las pruebas de **detección precoz** de enfermedades y las revisiones médicas que debería realizarse (mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre, tensión arterial).
- Decidir si debe ponerse la **vacuna** contra la gripe.
- Averiguar qué **cambios a nivel político** podrían afectar a su salud (normativa, nuevos programas de chequeos médicos, cambios en el gobierno, reestructuración de los servicios sanitarios, etc...).

La recogida de datos para el Proyecto HLS se llevó a cabo mediante una encuesta europea sobre Alfabetización en Salud que realizó *TNS Opinion*, en representación del consorcio HLS-EU, aplicando los estándares del Eurobarómetro en sus procedimientos de muestreo y metodología. Para recabar la información, se empleó la técnica de las encuestas personales asistidas por ordenador (CAPI, por sus siglas en inglés)

La muestra incluyó un total de 1000 encuestados, con una edad de 15 años en adelante, en cada uno de los ocho países que forman parte del proyecto: Austria, Bulgaria, Alemania, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia y España. Finalmente se constituyó una base de datos total de 8000 personas.

El índice general de Alfabetización en Salud se basa en las medias de las 47 variables del cuestionario y se ha estandarizado entre 0 y 50, siendo 0 el valor de una alfabetización en salud mínima y 50 máxima. Dividiéndose la escala en Alfabetización en Salud *Inadecuada, Problemática, Suficiente y Excelente*.

Los Resultados mostraron que la Alfabetización en Salud del 12,4% de los europeos era deficitaria, mientras que un 35,2% tenía una alfabetización en salud problemática. En el caso concreto de España, una de cada dos personas (el 50,8%) mostró una alfabetización problemática, ocupando así a séptimo posición, de los ocho países participantes, en nivel de alfabetización en salud, superando tan sólo a Bulgaria. También se observó que las diferencias porcentuales relacionadas con las limitaciones en alfabetización en salud son considerables entre los países europeos participantes (Figura 1.9).

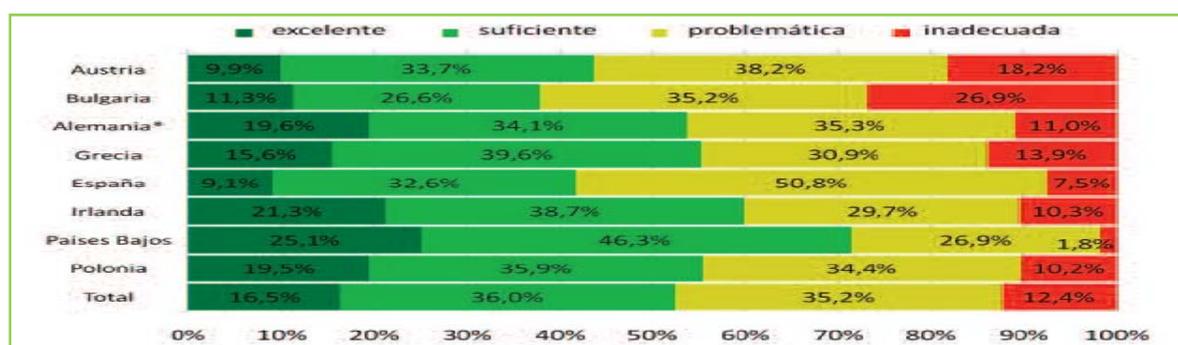


Figura 1.9: Resultados del Proyecto HLS-EU. Porcentajes de alfabetización general en salud.

El Proyecto HLS propone iniciar y fomentar actuaciones, políticas e investigaciones de alfabetización en salud para reducir las desigualdades en la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo sostenible. Siendo las prioridades:

- Aumentar la Alfabetización en Salud de la población para que los ciudadanos gestionen su propia salud más fácilmente.
- Reducir la complejidad de los sistemas sanitarios para que los ciudadanos los utilicen con mayor eficiencia.

En cuanto a las Políticas, las recomendaciones del Proyecto HLS se dirigen a:

- Establecer objetivos precisos para la mejora de la alfabetización en salud de los ciudadanos.
- Definir las metodologías de capacitación de los ciudadanos para la gestión de sus problemas de salud.
- Proporcionar fondos para apoyar las iniciativas de mejora de la alfabetización en salud, especialmente en los grupos de población más vulnerables.
- Integrar la alfabetización en salud en los planes de estudio a todos los niveles.
- Promover el uso de las mejores prácticas al elaborar nuevas medidas de alfabetización en salud, así como el desarrollo de una red que evidencie su validez en diversos medios.
- Promover una mayor investigación sobre la manera de utilizar la alfabetización en salud para optimizar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

En este marco de la *Alfabetización en Salud*, se desarrolla **“Farmacias, por Principios”** (Figura 1.10), una iniciativa impulsada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) en colaboración con la Universidad de Murcia y dieciséis Asociaciones de Pacientes. Un proyecto, presentado en 2012, que nace con el propósito de ser un compromiso profesional y social de la Red de Farmacias de la Región de Murcia con las asociaciones de pacientes. Con este proyecto se pretende dar visibilidad a la problemática de los enfermos crónicos y a

las asociaciones que les representan. Se trata, por tanto, de mostrar a la sociedad Murciana las dificultades que atraviesan estos pacientes (representados por las distintas asociaciones), su problemática social y sanitaria, a la vez que se generan cauces de diálogo entre las asociaciones y las entidades públicas y privadas (COFRM, 2012). El portal de la web del proyecto puede observarse en la Figura 1.10.



Figura 1.10: Página de inicio del portal para el proyecto "Farmacias, por principios (COFRM).

1.6.3: Hacia un nuevo rol del paciente: El Paciente Experto

Existe, desde hace más de una década, un creciente interés por mejorar la participación de los ciudadanos en las decisiones de carácter público. Algunos documentos oficiales ya resaltaban a finales de los años 90, como una de sus prioridades, dar información a los ciudadanos, y así capacitarles para mejorar su salud (OMS, 1999; BOE, 1999).

Trabajos como los de Bury (1997) o Friedson (2001), que estudian las **relaciones entre profesionales de la salud** y sus pacientes, apuntan al menos a tres modelos:

- Un primer modelo estaría representado por el **Consenso Parsoniano** (*Parsons, 1951*), en el que se acepta la autoridad superior del médico, quien actúa en el mejor de los intereses del paciente y de su salud. El paciente no tiene conocimientos ni los quiere adquirir, actúa de manera pasiva ante el médico que ejerce cierto paternalismo consciente.
- Un segundo modelo lo expresa las palabras **Conflicto de Agendas**, advirtiendo por tanto que ambos colectivos defienden principios que frecuentemente entran en disputa. Los pacientes están más preocupados por cómo la enfermedad impacta en su vida, en la vida de quienes les rodean, y en sus relaciones con ellos. Por el contrario, el colectivo profesional se centra en el diagnóstico y en el tratamiento.
- Un tercer modelo aboga por una mayor participación y negociación por parte de la población, en el que la información fluye, es discutida, y la toma de decisiones es **compartida**.

A finales del año 2004, nace el **Foro Español de Pacientes** bajo el impulso de la Declaración de Barcelona, primer decálogo de los derechos de los pacientes elaborado en España por 50 organizaciones de pacientes y voluntarios de carácter nacional. La finalidad del FEP es constituir una plataforma de carácter Inter-asociativo, capaz de aglutinar la representación de los pacientes desde la experiencia experta de la enfermedad y de su impacto cotidiano en la vida del paciente y de su contexto familiar y social. Este foro se constituye con el objetivo básico de promover los derechos de los pacientes de acuerdo a la paulatina adaptación de las políticas públicas e institucionales a las necesidades, valores, expectativas, y prioridades de los pacientes, independientemente de la patología padecida. Desde el año 2006, el FEP ha intensificado su trabajo, a partir de su adhesión e integración en la comisión de gobierno (Nominal Board) del European Patients' Forum (Foro Europeo de Pacientes), máximo órgano de interlocución acreditada de los pacientes en la Unión Europea.

Según dos análisis prospectivos Delfi llevados a cabo por la **Fundación Salud Innovación y Sociedad** (*FUNDSIS, 2010*), tanto pacientes como profesionales opinan que debemos estar más implicados en las decisiones de salud. Todos desean que se produzca una mayor participación, pero consideran que este cambio no ocurrirá en un futuro cercano. La *Fundación Salud Innovación y Sociedad*, fundada en 1999 y patrocinada por los laboratorios Novartis, lidera la innovación en el análisis de la política sanitaria y la modernización de la sanidad pública en España. Desarrolla formas avanzadas de estrategias de cooperación con las administraciones sanitarias y de política biocientífica e industrial, así como redes y colaboraciones con la Universidad, las organizaciones ciudadanas de consumidores y usuarios de la sanidad pública y la comunidad biocientífica internacional.

Esta *Fundación Salud Innovación y Sociedad*, puso en marcha en el año, 2008 el **Grupo Infopaciente**, con el objetivo de presentar documentadamente y de manera razonada, un conjunto de criterios y recomendaciones al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estas recomendaciones van dirigidas a la mejora de la calidad en la elaboración y distribución de la información escrita, digital y/o audiovisual que se proporciona a los usuarios, pacientes, familiares y cuidadores, en relación a la prevención de enfermedades y traumatismos, manejo de síntomas, y al acceso y utilización de las prestaciones diagnósticas, tratamientos e intervenciones clínicas, rehabilitación y supervisión del autocuidado. El grupo desarrolló una serie de conclusiones y recomendaciones que fueron presentadas en la Jornada Internacional “*Producción, Distribución y Evaluación de Información para el paciente: experiencias y enseñanzas*”, celebrada en Toledo en febrero de, 2008.

Según Contel y col. (2011), los pacientes y sus cuidadores deben ser corresponsables en el proceso de atención en las enfermedades en general y las crónicas en particular. La responsabilidad compartida del paciente debería concretarse en una estrategia clara de fomento del autocuidado, ya que la mayoría del tiempo es el propio paciente el que realiza el automanejo de su enfermedad. Los autores consideran que deben promocionarse iniciativas como la del **Programa Paciente Experto**, promovido por la *Fundación Salud Innovación y Sociedad*, que se basa en el *Programa de Autocuidado de la Salud* de la Universidad de Stanford

(EEUU), donde comenzó hace más de veinte años, y se ha extendido a más de treinta países, incluido España. El programa se estructura en un curso, que se imparte por dos pacientes que actúan como educadores, a un grupo de veinte pacientes en una sesión semanal de dos horas y media de duración, durante seis semanas consecutivas. Experiencias como las desarrolladas en Cataluña con el programa de Paciente Experto del Instituto Catalán de Salud, así como la Escuela de Pacientes en Andalucía y el programa de Paciente Experto de Murcia son claros ejemplos.

Otra iniciativa también desarrollada en el contexto de la información y formación de los pacientes, tan reivindicada por los profesionales de la salud y la propia sociedad, es la ***Universidad de los Pacientes***. Se trata de una universidad específica y monográfica dedicada a pacientes, familiares, cuidadores, voluntarios y ciudadanos en general, interesados en temas de salud y sanidad. Surgida por iniciativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, junto con la Fundación Josep Laporte (con el *Foro Español de Pacientes* entre otros colaboradores), la *Universidad de los Pacientes* persigue garantizar la igualdad de oportunidades en la educación y el acceso a una asistencia de calidad por parte de los pacientes y los usuarios de los servicios de salud, y tiene como objetivo general la promoción de la modernización y la mejora de la calidad de la atención sanitaria mediante el desarrollo de actividades de información, formación e investigación.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1: JUSTIFICACIÓN

La idea de llevar a cabo esta investigación surge de la propia experiencia en la farmacia, de la constatación diaria de que, frecuentemente, el paciente acude a adquirir un medicamento que le ha sido prescrito, desconociendo aspectos importantes relacionados con el correcto uso del mismo, con las consecuencias negativas que este hecho puede tener sobre su salud.

Haciendo un análisis comparativo entre distintos estudios relacionados con el conocimiento del paciente acerca de la medicación, podemos afirmar que existe, en términos generales, un manifiesto desconocimiento por parte del paciente acerca de la medicación que toma, pero se observa que estos estudios se llevan a cabo en poblaciones distintas, no presentan uniformidad en el concepto de conocimiento global del paciente sobre su medicación, no se hacen con herramientas validadas para medir este conocimiento y tratan conjuntamente los medicamentos de prescripción con los de venta libre.

Provistos de una herramienta validada para obtener el grado de **Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)**, consideramos interesante relacionar este *CPM* no sólo con las distintas **variables sociodemográficas o farmacológicas** del paciente, sino también con las **fuentes** a partir de las cuáles este paciente obtiene la **información** acerca de la medicación que le ha sido prescrita. A la hora de plantear este trabajo nos pareció relevante trabajar únicamente con medicamentos de prescripción, es decir, que necesitan de una receta para ser dispensados. A priori, la información de estos medicamentos debiera ser proporcionada al paciente por parte de los profesionales sanitarios que la ley faculta para recetar: médicos, odontólogos y podólogos; así como por el farmacéutico en la farmacia comunitaria o a través del prospecto (última fuente de información válida de la que dispone el paciente fuera del entorno asistencial).

2.2: OBJETIVOS

2.2.1: Objetivo General

Analizar la influencia que pueden tener sobre el *conocimiento acerca de la medicación prescrita*, las distintas *fuentes de información* (fuera y dentro del entorno asistencial) de las que dispone el paciente, así como determinadas variables sociodemográficas y farmacológicas.

2.2.2: Objetivos Específicos

1. Evaluar el *conocimiento* que el paciente tiene sobre la medicación que le ha sido prescrita por el médico, tanto a nivel **global/total** como para cada una de las **dimensiones** que definen este conocimiento.
2. Estudiar las distintas *fuentes de información dentro del entorno asistencial* (acerca de medicamentos de prescripción) utilizadas por el paciente.
3. Analizar la *búsqueda de información* (fuera del entorno asistencial) por parte del paciente y acerca de medicamentos de prescripción.
4. Medir y valorar el *uso, la comprensión y la legibilidad de los prospectos*, así como la percepción del paciente acerca de los mismos.
5. Estudiar la *influencia* que determinadas *variables sociodemográficas*, así como las distintas *fuentes de información*, tienen sobre el conocimiento del paciente acerca de la medicación.
6. Analizar el papel del Farmacéutico Comunitario como informador al paciente en el contexto de la *Atención Farmacéutica*.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1: DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1.1: Tipo de estudio

Para el desarrollo de este trabajo, fue diseñado un estudio de tipo **observacional descriptivo transversal** con el fin de analizar de manera simultánea determinadas variables para aquellos pacientes que fueron seleccionados como muestra. Según el factor temporal relacionado con la cronología de los hechos, nuestro trabajo fue además diseñado con carácter **prospectivo**, ya que el inicio del mismo fue anterior a los hechos que se estudiaron (*Andrés Iglesias y col., 2010*).

Como estudio transversal (de prevalencia) que es, ofrece datos de cada paciente en un momento determinado y presenta una serie de utilidades y limitaciones (Figura 3.1) (*Polit y Hungler, 1994; Hulley y Cummings, 1997; Badía y Lizán, 2002; Soto, 2005; Argimón y Jiménez, 2009*).

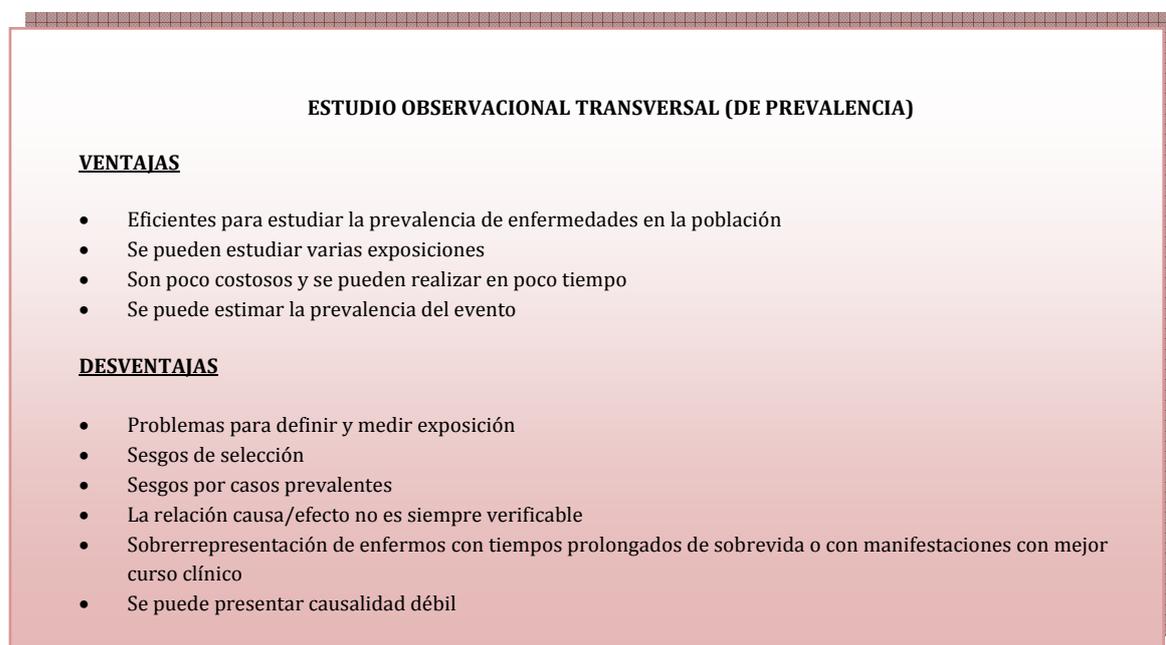


Figura 3.1: Ventajas y desventajas de los estudios transversales.

El hecho de ser un estudio observacional y descriptivo, le confiere la utilidad de poder ser empleado como estudio piloto o previo a otro de tipo experimental. La

mayoría de estudios desarrollados en el ámbito de la farmacia comunitaria se acogen a este modelo por lo relativamente fácil que se considera su puesta en marcha, así como la viabilidad económica que supone su desarrollo (*Andrés Iglesias y col., 2010*).

En general, los estudios transversales presentan la limitación de no poder intervenir ni experimentar con la muestra, no poder diferenciar entre causa y efecto, así como tampoco establecer la secuencia temporal de los acontecimientos. Sin embargo, por su poder para describir y analizar diversas variables e identificar asociaciones entre ellas, son estudios útiles a la hora, por ejemplo, de caracterizar el estado de salud de la población en un momento concreto (*Hernández-Ávila y col., 2010*).

3.1.2: Ámbito de estudio

3.1.2.1: Ámbito espacial

El ámbito espacial de nuestro trabajo se circunscribió a oficinas de farmacia de la Región de Murcia, las cuales, en función de la **población a la que abastecían y a su ubicación geográfica**, fueron clasificadas en tres grupos definidos por una variable cualitativa tricotómica, categorizada en:

- Farmacia **Urbana de Centro/de Paso**: si la mayoría de los pacientes que acuden a la farmacia no son habituales. La farmacia asiste a una población mayoritariamente de paso.
- Farmacia **Urbana de Barrio**: si la mayoría de los pacientes que acuden a la farmacia son habituales. La farmacia asiste a una población mayoritariamente fija.
- Farmacia **Rural**: si la farmacia está ubicada en un núcleo rural o pueblo.

Dado que aproximadamente, el 55% de la población en la Región de Murcia vive en zonas periurbanas, un 30% en zonas rurales y un 15% en Murcia capital, se tuvieron en cuenta estos porcentajes para distribuir las encuestas de nuestro trabajo entre los tres tipos de farmacia anteriormente citados. De este modo, de los 503 cuestionarios repartidos entre los tres tipos de farmacias, 279 se adjudicaron entre dos farmacias urbanas de barrio, 149 entre dos farmacias rurales, y 75 entre dos farmacias urbanas de centro, siendo seis en total el número de farmacias participantes en el estudio.

Las farmacias fueron seleccionadas por muestreo aleatorio simple. Se contactó con los farmacéuticos titulares para explicarles el objetivo del estudio y aceptaron en todos los casos participar, poniendo sus farmacias a disposición del equipo investigador, siendo un único miembro de este equipo el encargado de llevar a cabo todas las encuestas.

3.1.2.2: Ámbito temporal

La recogida de datos se llevó a cabo durante 12 meses. Tras una primera prueba piloto realizada durante el mes de diciembre de 2010, la encuesta definitiva se llevó a cabo desde el mes de **enero** al mes de **diciembre** del año **2011**.

3.1.3: Población de estudio

3.1.3.1: Población diana

Cualquier usuario de algún servicio de prestación sanitaria (ya fuera público o privado) que acudiera a una farmacia de la Región de Murcia para adquirir un medicamento.

3.1.3.2: Población de estudio. Criterios de inclusión

La población con la que se llevó a cabo este trabajo, estuvo compuesta por individuos mayores de dieciocho años usuarios de un servicio de salud (público o

privado) que acudieron a alguna de las farmacias comunitarias seleccionadas (todas ellas ubicadas en la Región de Murcia), demandando un medicamento que les había sido prescrito por un médico, ya fuera para uso propio (pacientes) o para alguien que estuviera a su cuidado (cuidadores). Todos los participantes cumplieron además el requisito de tomar parte en el estudio de manera voluntaria (Figura 3.2).

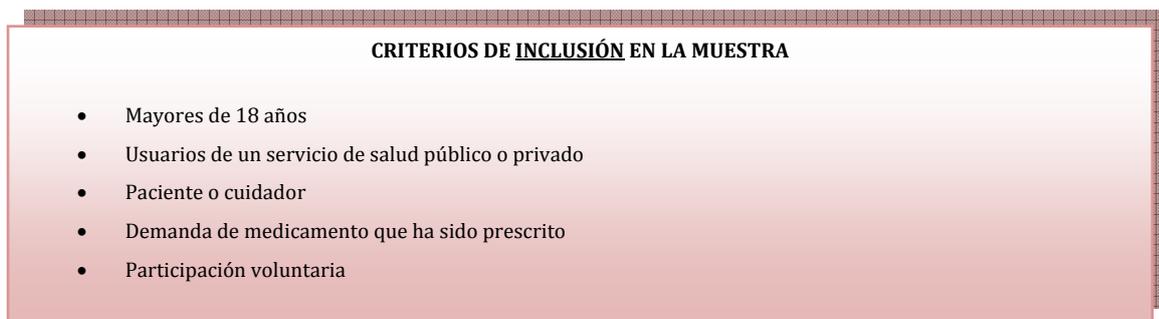


Figura 3.2: Criterios de inclusión en la muestra.

Se consideró **cuidador(a)** aquella persona que se responsabiliza de la adquisición y administración de la medicación para un paciente dependiente, sea o no un familiar. El cuidador es la persona que en la mayoría de las ocasiones acude al médico junto al paciente, y que ha de tener la información necesaria (incluida, obviamente, la relacionada con la prescripción terapéutica) para colaborar de un modo activo en el cuidado de éste.

3.1.3.3: Criterios de exclusión

Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes o cuidadores menores de dieciocho años que ya hubieran participado anteriormente (aunque la siguiente vez fueran a retirar un medicamento distinto), con el fin de cumplimentar un solo cuestionario por paciente o cuidador. Tampoco formaron parte de la muestra aquellos usuarios que acudieron a la farmacia a retirar un medicamento para otra persona de cuyo cuidado no estuvieran encargados, esto es, que no fueran ni pacientes ni cuidadores. Por otro lado, cualquier dificultad física, psicológica o lingüística que hiciera imposible una comunicación óptima entre el paciente y el farmacéutico entrevistador, se consideró razón suficiente para excluir del estudio a ese paciente en cuestión (Figura 3.3).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA:

- Menores de 18 años
- Pacientes que ya hubieran participado con anterioridad
- Pacientes que no presenten receta
- Pacientes con dificultades físicas, psicológicas y/o lingüísticas

Figura 3.3: Criterios de exclusión de la muestra.

3.1.4: Consideraciones éticas y legales. Consentimiento informado

El presente trabajo se realizó bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder llevar a cabo este tipo de estudios. Asimismo se respetó en todo momento la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los **datos de carácter personal** y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (*Ley 15/99, 1999; RD 944/1999, 1999*), así como toda la normativa aplicable a esta materia.

En concreto, se llevó especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes **aspectos éticos**:

- Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.
- Almacenaje y mantenimiento de los datos recogidos, debidamente dissociados, en lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no perteneciera al equipo investigador pudiera hacer uso de los mismos.
- Inocuidad de los resultados del estudio para todos los participantes en la investigación.

Antes de iniciar la encuesta, se solicitó la **colaboración voluntaria** del paciente o cuidador preguntándole si aceptaba participar en nuestro estudio, cuyo objetivo era medir su conocimiento acerca de la medicación prescrita, así como las fuentes de información acerca de la misma. Seguidamente se le indicó que la encuesta era de corta duración, anónima, y que se le daría toda aquella información acerca de la medicación que desconociese.

3.2: MUESTRA DEL ESTUDIO

3.2.1: Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó aplicando el tratamiento estadístico para variables cualitativas sobre poblaciones finitas, para una prevalencia estimada de conocimiento de los pacientes en España acerca de los medicamentos del 25% (*García Delgado y col., 2009*), una precisión del 4% ($e = 0,04$), y un nivel de confianza ($1-\alpha$) del 95%. El tamaño muestral obtenido para estas estimaciones fue de 450 sujetos.

3.2.2: Recogida de datos

La **selección de la muestra** (pacientes o cuidadores) se realizó mediante muestreo probabilístico aleatorio sistemático hasta completar el tamaño requerido. Los pacientes seleccionados debían cumplir con los criterios de inclusión y acudir a la farmacia solicitando un medicamento que le hubiera sido prescrito por un médico, presentando por tanto una receta que lo atestiguara. Evidentemente, la selección de los pacientes se realizó en el horario comercial de cada una de las oficinas de farmacia. Aquellos casos en que el usuario declinó participar en el estudio fueron registrados como “rechazo”.

Una vez el usuario accedía a participar, se le preguntaba si el medicamento prescrito en la receta que presentaba era para él o para otra persona que estuviera a su cargo. Si no se daban ninguno de estos dos supuestos, el usuario era excluido del estudio y registrado como “no paciente/no cuidador” (ver Figura 3.4).

En aquellos casos en los que el paciente aportaba varias recetas, la **elección del medicamento** se hizo al azar, con el fin de evitar el error sistemático que podría haber supuesto el hecho de que fuera el propio paciente el que eligiese el medicamento que conocía, aumentando así artificialmente la prevalencia de conocimiento en la población estudiada.

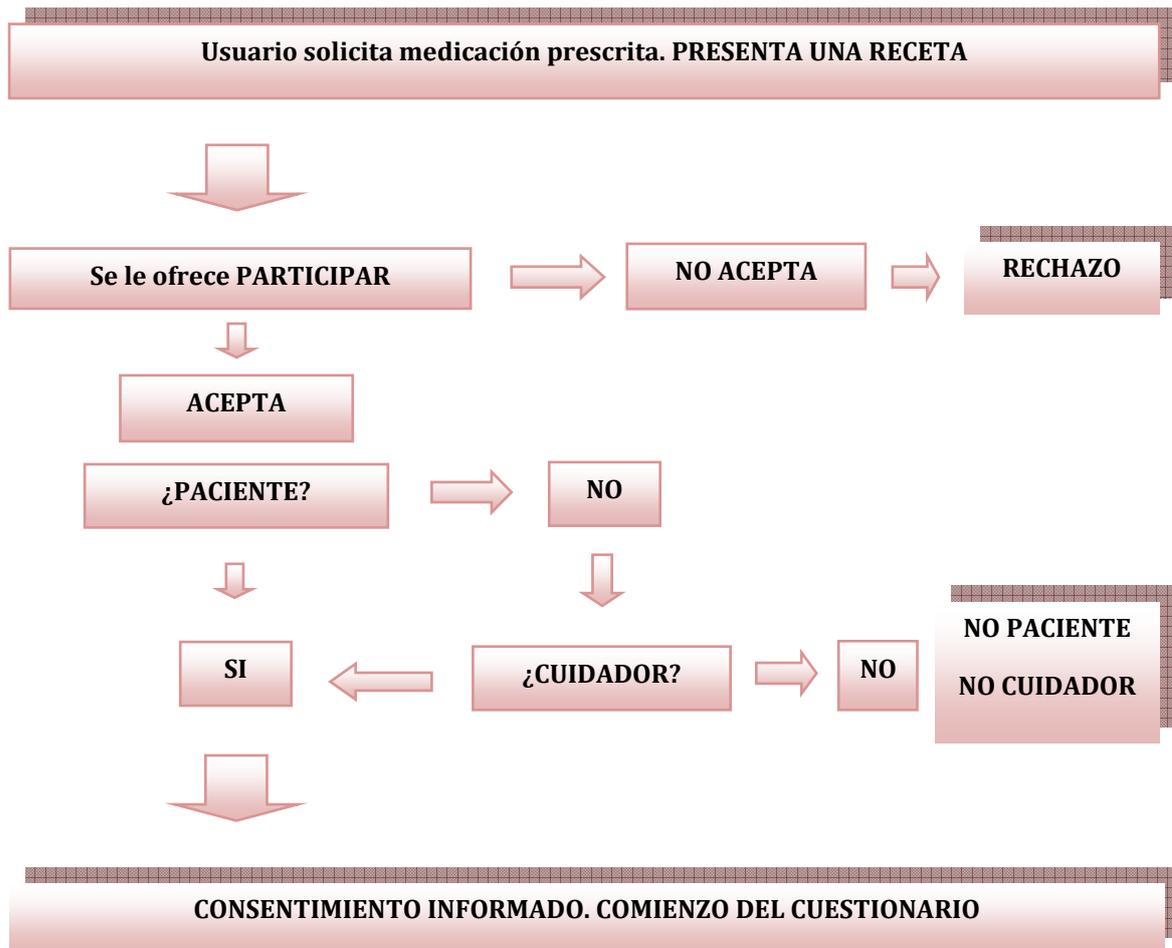


Figura 3.4: Algoritmo del proceso de recogida de datos.

Tras una prueba piloto, llevada a cabo durante un mes y con 20 pacientes, fue redactada la encuesta definitiva (Anexo III). La recogida de datos y posterior puntuación y valoración de los mismos, fue llevada a cabo por un único farmacéutico con el doble objetivo de eliminar cualquier “sesgo de observador” y aportar toda aquella información acerca de la medicación a aquellos pacientes que la necesitaran.

3.3: INSTRUMENTO DE MEDIDA. ENCUESTA

3.3.1. Diseño de la ENCUESTA

Para la contextualización de la investigación y posterior redacción de la ENCUESTA (herramienta de este estudio), se procedió en primer lugar a una

revisión bibliográfica y búsqueda documental en torno a los tres conceptos siguientes:

- *Fuentes de información al paciente*
- *Búsqueda de información sobre la medicación*
- *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación*
- *Uso de prospectos*
- *Legibilidad de prospectos*

La estrategia de búsqueda en la base de datos *PUBMED* (interfaz de consulta de la base de datos de la National Library of Medicine <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) fue la siguiente:

- ***Fuentes de información al paciente:*** ("drug Information Services"[Mesh]) AND "patients"[Majr].
- ***Búsqueda de información sobre la medicación:*** ("pharmaceutical preparations"[Majr]) AND "information seeking behavior"[Majr].
- ***Conocimiento del paciente acerca de la Medicación:*** ("patients"[Mesh] AND "health knowledge, attitudes, practice"[Mesh]) AND "pharmaceutical preparations"[Mesh].
- ***Uso de prospectos:*** "patients"[Mesh] OR "patients"[All Fields] AND "reading"[All Fields] AND "leaflets" [All Fields].
- ***Legibilidad de prospectos:*** ("comprehension"[MeSH Terms] OR "comprehension"[All Fields] OR "readability"[All Fields]) AND leaflets [All Fields].

La búsqueda también se llevó a cabo en otras bases de datos científico sanitarias como son la *BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD* (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>), la biblioteca *COCHRANE* (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>) o la biblioteca virtual del Servicio Murciano de Salud, *MURCIA SALUD* (<http://www.murciasalud.es/bibliotecavirtual.php?idsec=5>). Además se dio de alta

un sistema de “alertas”, vinculado a los tres conceptos objeto de la revisión, en el metabuscador *GOOGLE ACADÉMICO* (<http://scholar.google.es/>).

3.3.1.1: Estructura de la ENCUESTA

Tras la revisión bibliográfica, y como resultado de una *tormenta de ideas* del equipo investigador, se decidió diseñar una herramienta de registro que recogiera información en torno a cuatro ejes principales (Figura 3.5):



Figura 3.5: Estructura de la encuesta definitiva empleada como herramienta de estudio.

- **RECETA:** tipo de receta, médico prescriptor, tipo de medicamento prescrito.
- **BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA MEDICACIÓN:** dentro del ámbito sanitario: Médico informador y Farmacéutico (dentro del entorno asistencial) / Prospecto (fuera del entorno asistencial); y fuera del ámbito sanitario: Internet, Mass Media...
- **PACIENTE:** parámetros sociodemográficos y características de su farmacoterapia.

- **CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN (CPM):** recogido mediante el “*Cuestionario del CPM*” que fue ampliado añadiendo las **FUENTES DE INFORMACIÓN** referidas por el paciente para cada uno de los 11 ítems del mismo.

Se tomó la decisión de recoger un solo medicamento (una única receta) por paciente y por entrevista. El motivo de estudiar únicamente medicamentos de **prescripción**, fue acotar la población de estudio vinculando el conocimiento del paciente a una consulta previa con un médico o con un farmacéutico (en el caso de que, habiendo tomado la medicación con anterioridad, hubiera podido consultar en la farmacia). Las *Especialidades Farmacéuticas Publicitarias* o *EFPs* (también conocidas como OTCs por las siglas del inglés *Over The Counter*) quedaron fuera del estudio ya que, al no ser medicamentos de prescripción, se consideró que el conocimiento acerca de las mismas (aunque sí pudiera relacionarse con el farmacéutico) no estaba necesariamente vinculado a una consulta previa médico-paciente.

La información relativa al **Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)** se recogió mediante un cuestionario diseñado y validado a tal efecto por García Delgado y col. (2009) (Anexo II), cuyo diseño y validación incluimos más adelante. Los **11 ítems** que conforman este “*Cuestionario del CPM*” fueron incorporados a nuestra encuesta y complementados con una pregunta (la misma para todos ellos): “*¿dónde obtuvo el paciente esa información?*”. La valoración y puntuación de este cuestionario incorporado a nuestra encuesta, se llevó a cabo según las pautas y criterios establecidos por los autores.

A la hora de redactar las preguntas de la ENCUESTA, se tuvieron en cuenta una serie de factores:

- 1- Se estudió el orden de la información que se pretendía recoger en cada pregunta, con el fin de transmitir un esquema lógico de exposición de ideas al encuestado (*Omín-Bertran, 1990*).

2- Las preguntas de la encuesta fueron redactadas de modo que se evitara la inducción de la respuesta, rechazando todas aquellas construcciones que condicionaban una determinada respuesta. Todo ello para evitar que el modo de plantear la pregunta por parte del entrevistador pudiera influir en el paciente a la hora de contestar, por ejemplo, la respuesta socialmente más aceptable. Las preguntas fueron redactadas de forma objetiva.

3- Se entendió, puesto que la encuesta iba dirigida a la población en general, que ésta debía ser comprendida por todos los pacientes independientemente de su nivel intelectual, para ello, se empleó el lenguaje común, evitando tecnicismos que pudieran complicar innecesariamente la comprensión por parte del paciente.

Se diseñó una primera **Encuesta Piloto** que fue realizada (a lo largo de un mes en periodo de prueba) sobre una muestra de 20 pacientes, con el fin de detectar posibles errores en el planteamiento de las cuestiones o la redacción de las mismas. Tras esta primera prueba con la encuesta piloto, se atendió a las críticas y sugerencias aportadas por los pacientes participantes. No se consideró necesario añadir preguntas nuevas ni eliminar ninguna de las planteadas, pero sí se observaron algunas limitaciones en el desarrollo de la entrevista, que hicieron necesarias las siguientes modificaciones:

- 1- Se replanteó la categorización de las respuestas de algunas preguntas que correspondían a variables independientes.
- 2- Se reestructuró el orden de algunas de las cuestiones, modificación que consiguió conferir más dinamismo a la entrevista.
- 3- Se volvieron a redactar algunas preguntas que se percibía hacían sentir incómodo al entrevistado, así como otras que inducían al error.

Una vez realizadas las modificaciones que se consideraron necesarias, quedó redactada la **ENCUESTA DEFINITIVA** (Anexo III), estructurada en cuatro bloques en función del objetivo de las preguntas (Figura 3.5):

- **RECETA**
- **BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN**
- **PACIENTE**
- **CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN (CPM)**

Como hemos comentado anteriormente, a la hora de evaluar el conocimiento del paciente acerca de la medicación que le había sido prescrita, se decidió emplear el cuestionario de García Delgado y col. (2009), recogido en el Anexo II, cuyo proceso de diseño, validación y puntuación pasamos a analizar:

3.3.1.2: Cuestionario para medir el Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos “Cuestionario CPM”

Para el **diseño** del *Cuestionario para medir el Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos “Cuestionario CPM”*, García Delgado y col. (2009) describieron siete fases: 1.-Conceptualización; 2.-Operacionalización; 3.-Redacción de los ítems; 4.-Elección del tipo de preguntas y respuestas; 5.-Reexamen y revisión de las preguntas; 6.-Comprobación previa; 7.- Revisión del cuestionario y especificación para su utilización. En el *panel de expertos* planteado para la operacionalización de las variables de estudio, se categorizaron los indicadores del conocimiento y se establecieron los criterios mínimos que lo definen (Tabla 3.1).

GRADOS		INDICADORES
Primer Grado	Criterios mínimos	Indicación Pauta / Posología Forma de administración Duración del tratamiento
Segundo Grado	Criterios relevantes	Efectividad del Tratamiento Precauciones
Tercer Grado	Criterio importante	Condiciones de conservación
Cuarto Grado	Criterios irrelevantes	Contraindicaciones Interacciones Efectos secundarios

Tabla 3.1: Operacionalización del conocimiento del medicamento en base al consenso del panel de expertos (García Delgado y col., 2009).

Para la estimación de la capacidad discriminante de cada uno de los ítems que componen el cuestionario se utilizó la *Frecuencia de endose* (Tabla 3.2).

Tabla 3.2: Frecuencias de endose para cada ítem del cuestionario de Conocimiento del Paciente sobre su Medicamento (Número de pacientes = 102) (García Delgado y col., 2009).

Preguntas	CONOCE	INSUFICIENTE	INCORRECTA	NO CONOCE	NULA
p.01 Indicación	91	0	11	0	0
p.02 Posología	89	0	11	0	2
p.03 Pauta	78	1	11	10	2
p.04 Duración del tratamiento	81	0	16	5	0
p.05 Forma de administración	75	5	10	12	0
p.06 Precauciones	23	0	40	39	0
p.07 Efectos adversos	25	2	1	74	0
p.08 Contraindicaciones	23	7	2	70	0
p.09 Efectividad	75	4	9	13	1
p.10 Interacciones	25	2	10	65	0
p.11 Conservación	74	6	15	7	0

El cuestionario definitivo, formado por 11 ítems, mostró una estructura probable de cuatro factores que en su conjunto explicaban el 67% de la variancia total. El coeficiente de rho de Spearman-Brown fue de 0,30 ($p < 0,05$). El alfa de Cronbach fue de 0,677, el coeficiente Kappa fue de 0,99 y el coeficiente de correlación intraclase fue de 0,745 (intervalo de confianza del 95%: 0,49 a 0,87), por lo que la estabilidad de cuestionario se consideró buena.

Para la **puntuación** (evaluación) del *Cuestionario CPM*, García Delgado y col. (2009), consideraron “*información de referencia*”, la que ofrece el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y a cada respuesta le fue asignado un valor numérico en función del grado de concordancia entre la información dada por el paciente y la información de referencia:

- **-1 punto;** información incorrecta: cuando la respuesta del paciente no coincide con lo preguntado o es incorrecta/contradictoria con la información de referencia.
- **0 puntos;** no conoce o desconoce: cuando el entrevistado afirma no saber (tanto si lo expresa verbalmente como si lo hace mediante gestos).

- **1 punto;** información insuficiente: cuando la respuesta dada por el paciente no es completa o no asegura que el paciente posea la información necesaria para garantizar un correcto uso del medicamento.
- **2 puntos;** cuando la información dada por el paciente coincide con la información de referencia.

De este modo, los autores establecieron que cada paciente obtuviera una puntuación de -1, 0, 1 ó 2 para cada una de las 11 preguntas del cuestionario, pero para el cómputo final del conocimiento TOTAL del medicamento (*CPM Total*), cada pregunta debía puntuar diferente en base a la dimensión a la que perteneciera.

Las 4 dimensiones establecidas fueron las siguientes:

- ✓ Primera dimensión (Factor I)= **Proceso de uso**, formada por los ítems: Posología (p2), Pauta (p3), Duración del tratamiento (p4) y Forma de Administración (p5)
- ✓ Segunda dimensión (Factor II) = **Seguridad**, que engloba los ítems: Precauciones (p6), Efectos Adversos (p7), Contraindicaciones (p8) e Interacciones (p10)
- ✓ Tercera dimensión (Factor III) = **Objetivo terapéutico**, que engloba la Indicación (p1) y la Efectividad (p9)
- ✓ Cuarta dimensión (Factor IV) = **Conservación**, constituida por el ítem Conservación (p11)

De manera que: las preguntas con más peso son las correspondientes a la dimensión A: **Proceso de Uso**: Posología (p.2), Pauta de administración (p.3), Duración del tratamiento (p.4) y Forma de Administración (p.5). Estas preguntas, junto con la indicación (p.1), constituyen el criterio mínimo de conocimiento del medicamento. Las preguntas correspondientes a la dimensión B: **Objetivo Terapéutico**: Indicación (p.1) y Efectividad (p.9), se sitúan en un nivel más bajo de importancia. Después, se encuentra la dimensión C: **Seguridad del medicamento**: Precauciones (p.6), Efectos secundarios (p.7), Contraindicaciones (p.8) e

Interacciones (p.10). Y el nivel de menor importancia lo constituye la dimensión D: "**Conservación**" (p.11)

Analizado el peso de cada una de las 11 preguntas del cuestionario en función la dimensión del conocimiento a la que perteneciera, la ecuación que resuelve la puntuación final en el **Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación**, lo que García Delgado y col. (2009) denominan **Conocimiento TOTAL (CPM Total)**, es la siguiente:

$$\text{CPM Total} = \frac{[1,2 \sum \text{Pi}^{\text{A}}] + [1,1 \sum \text{Pi}^{\text{B}}] + [0,85 \sum \text{Pi}^{\text{C}}] + [0,6 \sum \text{Pi}^{\text{D}}]}{(1,2 \times 4) + (1,1 \times 2) + (0,85 \times 4) + (0,6)}$$

Figura 3.6: Ecuación para el conocimiento global del paciente acerca de la Medicación (García Delgado y col., 2009)

Donde: Pi^{X} = Puntuación obtenida por el paciente para las preguntas de cada dimensión **X**; siendo:

- Dimensión **A** "Proceso de uso del medicamento": Posología (p.2) Pauta (p.3), Duración del tratamiento (p.4) y Forma de administración (p.5).
- Dimensión **B** "Objetivo terapéutico": Indicación (p.1) y Efectividad del tratamiento (p.9).
- Dimensión **C** "Seguridad del medicamento": Precauciones de uso (p.6) Efectos adversos (p.7), Contraindicaciones (p.8) e Interacciones (p.10).
- Dimensión **D** "Conservación del medicamento": Conservación (p.11).

La **puntuación mínima** de **CPM Total** que puede obtener el paciente es **0**. Si el paciente responde a alguna de las cinco primeras preguntas de manera incorrecta, insuficiente o no responde, es decir, si la puntuación parcial de alguna de las cinco primeras preguntas es -1, 1 o 0, directamente aparece un 0 en el cómputo total, independientemente de las respuestas al resto de preguntas. Se entiende que el paciente no conoce el medicamento, cuando no posee la información necesaria para

el correcto uso del medicamento, dado que desconoce alguno, o todos los ítems correspondientes al proceso de uso del medicamento (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento) o el ítem correspondiente a la dimensión objetivo terapéutico (la indicación). Así pues, en el caso de que $p.1 < 2$, $p.2 < 2$, $p.3 < 2$, $p.4 < 2$ ó $p.5 < 2$, el **CPM** = 0 = El paciente **No conoce el medicamento**.

El siguiente punto de corte se sitúa en el valor de CPM Total = **0,60**. Esta puntuación corresponde a la máxima puntuación (2 puntos) en las cinco primeras preguntas (p.1 a p.5) pero alguna incorrecta (-1) entre la p.6 y la p.11. Esta puntuación total de 0,60 corresponde a un **Conocimiento Insuficiente del medicamento** ($0.60 < 1.27$).

El **Conocimiento Suficiente** del medicamento se alcanzará si el paciente obtiene la máxima puntuación en los ítems correspondientes a las dos dimensiones prioritarias (*proceso de uso* de la p.2 a la p.5 y *objetivo terapéutico* p.1 y p.9) y el resto de las puntuaciones parciales sean como mínimo 0 (no conoce), en este caso el intervalo comenzaría en CPM = **1.27** ($1.27 < 1.61$).

Se considera que el **Conocimiento Óptimo** del medicamento se obtiene si el paciente alcanza la máxima puntuación en las cinco primeras preguntas (p.1 a p.5) y en la p.9, y conoce aunque sea insuficientemente (codificadas con 1 punto) el resto de las preguntas, que serían las correspondiente a la seguridad del medicamento (p.6, p.7, p.8, p.10) y la conservación (p.11). El punto de corte se sitúa en un valor de CPM = **1,61**, hasta CPM = 2 que sería el conocimiento máximo (los 11 ítems del cuestionario con puntuación 2, es decir, contestados correctamente). Quedando el **Conocimiento TOTAL** (o global) del medicamento, *CPM Total*, categorizado en cuatro rangos que son:

- **No conoce** el medicamento: 0 a 0,59 puntos
- Conocimiento **Insuficiente** del medicamento: De 0,60 a 1,26
- Conocimiento **Suficiente** del medicamento: De 1,27 a 1,60
- Conocimiento **Óptimo** del medicamento: De 1,61 a 2.

3.3.2: Variables del estudio

3.3.2.1: Variables INDEPENDIENTES

FARMACIAS PARTICIPANTES

Como se ha comentado anteriormente en el análisis del ámbito espacial, son seis en total las farmacias que participaron en el estudio, todas ellas ubicadas en la Región de Murcia. Se seleccionaron dos farmacias por cada uno de los tres tipos en los que se agruparon: Farmacia **Urbana de Centro/de Paso**, Farmacia **Urbana de Barrio** y Farmacia **Rural**. El tipo de farmacia quedó pues definido por una variable cualitativa tricotómica.

MÉDICO PRESCRIPTOR

En la casilla de la encuesta correspondiente a “médico prescriptor”, se recogió si el médico que había prescrito la receta que presentaba el paciente había sido el médico de **Familia**, el **Especialista** o el médico de **Urgencias**. Esta variable quedó definida como variable cualitativa tricotómica. Aquellos casos en los que no se pudo ver claramente en la receta qué tipo de médico la había prescrito, se preguntó directamente al paciente.

RECETA PRESCRITA

La encuesta recogió también el tipo de receta que presentaba el paciente como variable cualitativa tricotómica, pudiendo tratarse de una receta de la **Seguridad social**, una receta **Privada** o un **Parte de Hospital**.

PACIENTES ENCUESTADOS

USUARIO: ante la pregunta “¿Es para usted el medicamento?” el entrevistador registró si se trataba de un paciente o de alguien a cargo de otra

persona cuya medicación supervisara, o lo que es lo mismo, un cuidador. Quedando esta información recogida en la variable cualitativa dicotómica: **Paciente/Cuidador**.

TIEMPO DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO: la respuesta a la pregunta “¿Es la primera vez que toma el medicamento?” permitió registrar si se trataba de la **primera vez** que el paciente tomaba ese medicamento o, por el contrario, **ya lo había tomado** anteriormente, lo que nos dio otra variable cualitativa dicotómica. La respuesta a esta pregunta condicionó las que le siguen (y se relacionan con el medicamento) “¿Había buscado y/o encontrado antes información sobre este medicamento?” y “¿Ha leído alguna vez el prospecto?”.

NÚMERO DE MEDICAMENTOS: en caso de que el paciente contestase negativamente a la pregunta “¿Toma más medicamentos aparte de este?”, se registró como **Monoterapia** (un único medicamento), si la respuesta era afirmativa, se le preguntó también si eran “¿Cinco o más medicamentos?” los que tomaba. La respuesta a esta segunda pregunta permitió definir los pacientes con **Terapia combinada** si la respuesta era “no” (tomaban de 2 a 4 medicamentos), o los pacientes **Polimedicados** en caso de que la respuesta fuera “sí” (tomaban 5 o más medicamentos). En todos los casos la información quedó definida por una variable cualitativa dicotómica.

La **EDAD** se tomó por el número de años de vida del paciente, medidos a partir del año de nacimiento, considerándose ésta como variable cuantitativa continua.

El **GÉNERO** del paciente quedó recogido como una variable cualitativa dicotómica categorizada en Hombre y Mujer.

La pregunta de **NACIONALIDAD** contempló el lugar de nacimiento del paciente, siendo ésta una variable cualitativa policotómica categorizada en:

- ✓ España
- ✓ Centro y Sudamérica (países hispanoparlantes)

- ✓ Marruecos
- ✓ África Subsahariana
- ✓ Europa (Unión Europea)
- ✓ Países del Este (No Unión europea)
- ✓ Resto de Países

En caso de que el paciente no tuviera nacionalidad española, ni de países hispanoparlantes, se procedió a formular las siguientes dos preguntas “¿Habla español?”, “¿Entiende español?”, con el fin de poder establecer el dominio que éste tenía del idioma, ya que una incapacidad de comprensión de la lengua se consideró que podría ser un motivo de desconocimiento por parte del paciente acerca de la medicación.

En relación a la **ACTIVIDAD LABORAL**, se registró la ocupación actual que desempeñaba el paciente en el momento de contestar la encuesta, y fue recogida mediante una variable cualitativa policotómica categorizada en:

- ✓ Estudiante
- ✓ Paro
- ✓ Jubilado
- ✓ Ama de casa (aunque no sea remunerado también se incluye)
- ✓ Trabajo intelectual (universitarios, clase dirigente y empresarios)
- ✓ Trabajo físico (trabajo manual no cualificado)
- ✓ Baja por enfermedad
- ✓ En excedencia
- ✓ Otros (trabajo manual no cualificado)

El **NIVEL DE ESTUDIOS** se tomó en función de los cursos académicos superados por el paciente, registrados como variable cualitativa policotómica categorizada en:

- ✓ Sin estudios
- ✓ Estudios Primarios
- ✓ Estudios Secundarios Bachillerato/FP
- ✓ Estudios Universitarios

MEDICAMENTO OBJETO DE ESTUDIO

Se registró el **GRUPO TERAPÉUTICO o ATC** del medicamento que había sido prescrito al paciente y sobre el cual se procedió a estudiar el conocimiento. Este dato se trató como una variable cualitativa policotómica categorizada, según la clasificación anatómica de especialidades ATC (Anexo IV), en 14 grupos:

- ✓ A: Sistema digestivo y Metabolismo
- ✓ B: Sangre y Órganos Hematopoyéticos
- ✓ C: Sistema cardiovascular
- ✓ D: Medicamentos Dermatológicos
- ✓ G: Aparato Genitourinario y Hormonas sexuales
- ✓ H: Preparados Hormonales sistémicos (excl. Horm Sexuales)
- ✓ J: Antiinfecciosos en general para uso sistémico
- ✓ L: Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores
- ✓ M: Sistema Musculoesquelético
- ✓ N: Sistema Nervioso
- ✓ P: Productos Antiparasitarios, Insecticidas y Repelentes
- ✓ R: Sistema Respiratorio
- ✓ S: Órganos de los Sentidos
- ✓ V: Varios

Por último, fue registrada la **DENOMINACIÓN** del medicamento, que incluía: nombre comercial, dosis, forma farmacéutica y presentación.

FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Se preguntó a todos aquellos pacientes que ya hubieran tomado el medicamento con anterioridad, si "¿Habían buscado y/o encontrado información acerca de la medicación?" y "¿Dónde?" (alguien le habló del medicamento en cuestión, buscó en internet, lo leyó en el prospecto...). Además, y con el fin de reforzar el registro de las "fuentes de información al paciente", en cada uno de los 11 ítems del **Cuestionario CPM** se volvió a preguntar "¿de dónde obtuvo esta

información?” (Médico de Familia, Médico Especialista, Médico de Urgencias o Farmacéutico en una dispensación anterior).

Con el fin de registrar el uso que el paciente hace del **PROSPECTO**, se le preguntó “*¿Ha leído el prospecto?”* y (en caso de que la respuesta fuera “SÍ”) “*¿Lo entendió bien?”*. Estas dos preguntas definieron las siguientes variables cualitativas dicotómicas:

- ❖ **USO** (Si lo ha leído)
- ❖ **COMPRESIÓN** (Si lo ha comprendido)

Además, se calcularon otras dos variables, también vinculadas a los prospectos, para definir la **LEGIBILIDAD TIPOGRÁFICA** de los mismos. Estas variables fueron:

En primer lugar, el **ÍNDICE DE LEGIBILIDAD FLESCH-SZIGRIST (IFSZ)**, categorizado como variable cuantitativa continua. Para el cálculo de este índice (valor numérico) se procedió a la adquisición del prospecto del medicamento (en formato pdf) que fue descargado de la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Una vez adquiridos los prospectos, éstos fueron sometidos al programa informático INFLESZ 1.0 para calcular el IFSZ.

Y en función del valor de IFSZ obtenido, se determinó el **GRADO EN LA ESCALA INFLESZ**, variable cualitativa policotómica categorizada por Barrio-Cantalejo y col. (2008) en los siguientes cinco tramos:

- ✓ IFSZ <40 = **Grado 1** de legibilidad **Muy Difícil**
- ✓ IFSZ 40-55 = **Grado 2** de legibilidad **Algo Difícil**
- ✓ IFSZ 55-65 = **Grado 3** de legibilidad **Normal**
- ✓ IFSZ 65-80 = **Grado 4** de legibilidad **Bastante Fácil**
- ✓ IFSZ >80 = **Grado 5** de legibilidad **Muy Fácil**

Cada grado en la escala Inflesz, se corresponde a su vez con un tipo de publicación (*Barrio-Cantalejo y col., 2008*):

- ✓ **Grado 1:** Universitaria, Científica.
- ✓ **Grado 2:** Bachillerato, Divulgación científica, Prensa especializada.
- ✓ **Grado 3:** E.S.O, Prensa general, Prensa deportiva.
- ✓ **Grado 4:** Educación primaria, Prensa del corazón, Novelas de éxito.
- ✓ **Grado 5:** Educación Primaria, Tebeos, Cómics.

3.3.2.2: Variable **CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN**

Definimos el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)* como: “El conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento, necesaria para un correcto uso de éste, que incluye el objetivo terapéutico (indicación y efectividad), el proceso de uso (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la seguridad (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y su conservación (*García Delgado y col., 2009*).

El **CPM TOTAL** se trató como variable cualitativa **policotómica** ordinal, categorizada en:

- ✓ **No conoce** el medicamento (CPM de 0 a 0,59)
- ✓ Conocimiento **Insuficiente** (CPM de 0,60 a 1,26)
- ✓ Conocimiento **Suficiente** (CPM de 1,27 a 1,60)
- ✓ Conocimiento **Óptimo** (CPM de 1,61 a 2)

Si bien, para el análisis descriptivo de los posibles factores asociados al CPM, fue considerado variable cualitativa **dicotómica**:

- ✓ **NO CONOCE** el medicamento: que engloba las categorías de CPM Total = “no conoce el medicamento” + “conocimiento Insuficiente sobre el medicamento”.

- ✓ **CONOCE** el medicamento: que engloba las categorías de CPM Total = “conocimiento suficiente” + “conocimiento óptimo”.

También se consideró como variable cualitativa **dicotómica**, a la información que tenía el paciente acerca de cada una de las cuatro dimensiones del conocimiento (Proceso de Uso, Objetivo Terapéutico, Seguridad y Conservación), lo que denominamos **CPM POR DIMENSIONES**:

- ✓ **NO CONOCE** la dimensión: cuando en al menos una de las preguntas que formaban esa dimensión, la respuesta tuvo un puntuación fue < 2, es decir, no la conocía.

- ✓ **CONOCE** la dimensión: cuando todas las preguntas que constituían esa dimensión fueron contestadas correctamente, es decir, la puntuación en todas ellas fue 2.

3.4: TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

La herramienta empleada para el análisis estadístico fue el paquete **SPSS 19.0** para Windows. Tras la recogida y clasificación de los datos, se procedió al análisis **descriptivo** de la muestra, atendiendo a las medidas de distribución de las distintas variables cualitativas y cuantitativas objeto de nuestro estudio, empleando, cuando fue pertinente, medidas básicas de resumen como la media, mediana o desviación típica.

Determinada la distribución de la muestra, se llevó a cabo el estudio estadístico de tipo **inferencial** con la estimación de parámetros y contraste de hipótesis, todo ello con la finalidad de dar respuesta a los objetivos propuestos.

3.4.1: Análisis univariante. Distribución simple de frecuencias

Se realizó un análisis descriptivo univariante con el fin de organizar, sintetizar y depurar toda la información obtenida, así como las pérdidas producidas durante el trabajo de campo. Las variables cualitativas fueron descritas a través de porcentajes en tablas de **frecuencias absolutas y relativas**. Para las variables cuantitativas, fueron empleadas **medidas de tendencia central** (media) y **dispersión** (desviación estándar).

3.4.2: Análisis bivariante y multivariante. Asociación entre variables

Para tratar de averiguar la fuerza y dirección de la asociación **bivariante** entre el CPM y cada variable de nuestro estudio, se empleó el estadístico **Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)** y el **test de Fischer**. Las variables se relacionaron significativamente, cuando la probabilidad de error obtenida (p) fue igual o menor a 0,05: **$p \leq 0,05$** . En las ocasiones en las que no se cumplieron las premisas en relación a los valores empleados, debido a una distribución inadecuada de las marcas entre sí, se eliminaron aquellas cuyo contenido era escaso o no tenía interés, procediendo, una vez reestructurada cada variable, a aplicar de nuevo el programa para el análisis bivariante.

En la comparación de dos medias independientes (variables dicotómicas y cuantitativas), se utilizó el estadístico de contraste **T de Student**.

Con el objetivo de expresar la concordancia entre las variables cualitativas **Médico Prescriptor/Médico Informador**, se observó el porcentaje de mediciones concordantes entre éstas. Sin embargo, dado que una parte de esa concordancia

puede deberse al azar, era necesario emplear otros métodos que tuvieran en cuenta este hecho, como lo es el *Índice de concordancia interobservadores* o **Índice Kappa (K)**, que resume la concordancia entre dos medidas de una variable, eliminando la fracción de concordancia debida al azar, es decir, la que se obtendría si las dos medidas no estuvieran relacionadas. Para interpretar el valor de K, se planteó la siguiente escala cualitativa de **Fuerza de concordancia** (Cerdá y Villarroel, 2008):

- $K < 0,01$ (*Pobre*)
- $K = 0,01-0,20$ (*Leve*)
- $K = 0,21-0,40$ (*Aceptable*)
- $K = 0,41-0,60$ (*Moderada*)
- $K = 0,61-0,80$ (*Considerable-Buena*)
- $K = 0,81-1,00$ (*Muy buena- Casi perfecta*).

Con el fin de estudiar factores asociados al CPM (conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos), se realizó un modelo de **regresión logística binaria multivariante**. Como variable dependiente se empleó el CPM Total como variable dicotómica (*Conoce/No conoce*) y como variables independientes se introdujeron las que obtuvieron significación estadística en el análisis bivariante, así como las que se consideró necesario incluir en base al argumento teórico.

3.4.3: Análisis gráfico

Para poder visualizar e interpretar más fácilmente los resultados estadísticos obtenidos, se realizaron gráficos de barras y de sectores para las variables cualitativas, e histogramas y gráficos de cajas para las variables cuantitativas.

4. RESULTADOS

4.1: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se llevaron a cabo 503 ofrecimientos de inclusión en el estudio, 53 de los cuales fueron “no válidos” al tratarse de usuarios que no participaron, bien por deseo expreso de no hacerlo (registrados como “rechazo”) o bien porque, aun dispuestos a participar, no eran pacientes ni cuidadores (registrados como “no paciente/no cuidador”).

Como puede observarse en la Tabla 4.1, dentro de este grupo de **No Válidos** (que supuso un **10,5%** del total de ofrecimientos) un 62,3% no pudo participar al no tratarse de pacientes ni cuidadores. Sólo un **4%** del total de personas a las que se ofreció participar en el estudio **rechazaron** hacerlo, lo que supone una **tasa de respuesta del 96%**.

Tabla 4.1: Distribución de “no válidos” respecto al total de ofrecimientos de participación.

NO VÁLIDOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Rechazo	20	4,0	37,7
No paciente/No cuidador	33	6,6	62,3
Total	53	10,5	100,0
Sistema	450	89,5	
Total	503	100,0	

4.1.1: Tipo de FARMACIA

El 55,3% de los 503 ofrecimientos de participación en el estudio, se llevaron a cabo en farmacias de barrio, un 29,6% en farmacias rurales, y un 15,1% en farmacias de centro. Descartando los casos “no válidos”, nos encontramos con que un **56,7%**, 255 participantes (de los 450), fueron encuestados en **farmacias de barrio**, un 29,3% en farmacia rural y un 14% en farmacia de centro (Figura 4.1).

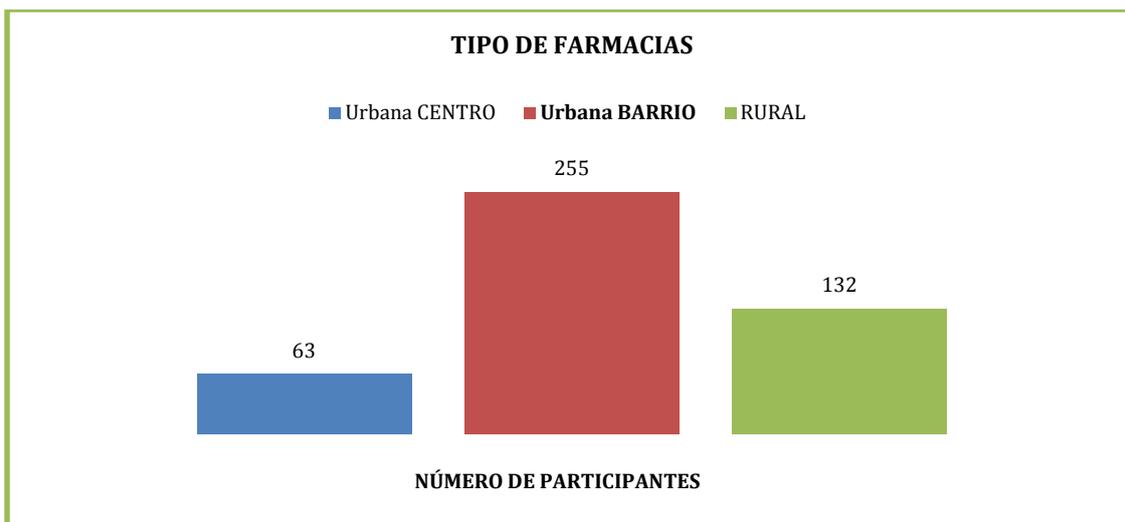


Figura 4.1 Distribución de la muestra por Tipo de Farmacia.

4.1.2.: Tipo de MÉDICO PRESCRIPTOR

Las 450 encuestas objeto de nuestro estudio, fueron contestadas por pacientes o cuidadores que acudieron a la oficina de farmacia solicitando un medicamento que les había sido prescrito por un médico. Se observó que en el **78,7%** de los casos, fueron los **médicos de familia** los que habían prescrito esas recetas. Los médicos especialistas prescribieron en un 19,8% de los casos y sólo un 1,6% de las recetas registradas (7 en total) venían firmadas por médicos de un servicio de urgencias. La distribución del total de recetas objeto de nuestro estudio, según el médico prescriptor, puede observarse en la Figura 4.2.

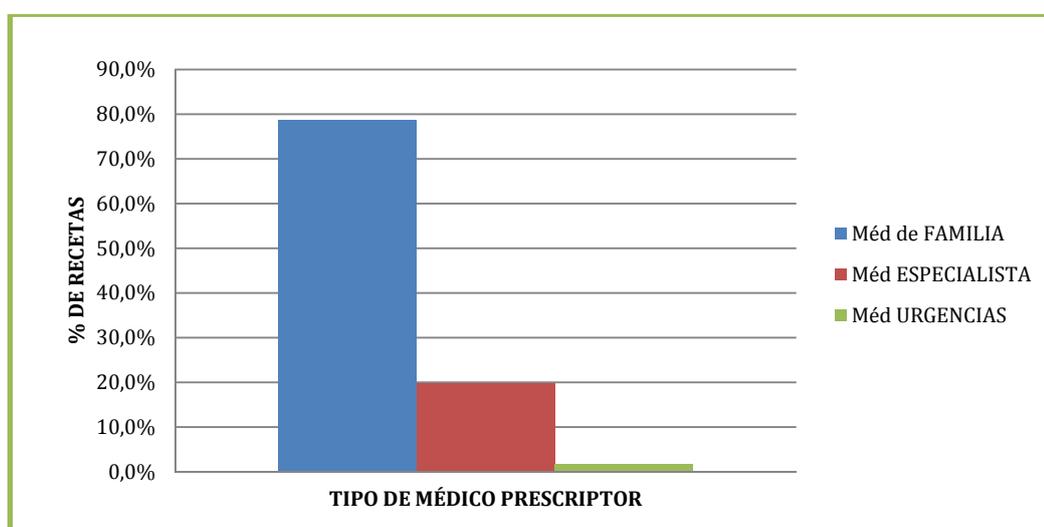


Figura 4.2: Distribución de las recetas de la muestra según el Tipo de Médico Prescriptor.

4.1.3: Tipo de RECETA

Un **90,2%** de las recetas analizadas fueron de la **Seguridad Social**. En un 5,8% de los casos, se trató de recetas de mutuas, un 2,4% fueron partes de hospital, y un 1,6% fueron recetas privadas (Figura 4.3).

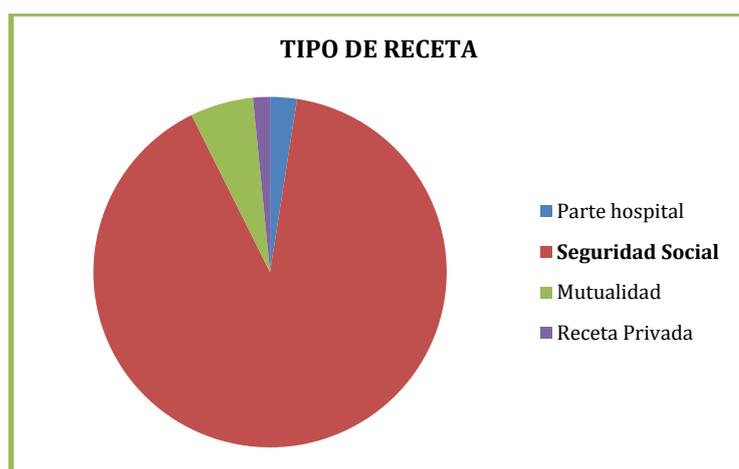


Figura 4.3: Distribución de la muestra por Tipo de Receta.

En el 83,8% de las recetas manuales registradas, se apreció la ausencia de la “pauta de administración” y/o la “duración de del tratamiento”.

4.1.4: Características del PACIENTE

4.1.4.1: Paciente / Cuidador

En el **81,1%** de los casos fueron los propios **pacientes** los que participaron en el estudio, tratándose de encuestados que contestaron “sí” a la pregunta *¿Es para usted el medicamento?*.

4.1.4.2: Edad / Género

La media de **EDAD** de la muestra se situó en **54,21 años**, con una desviación típica de 16,86. La edad mínima registrada fue de 15 años y la máxima de 88. Podemos observar en la distribución de edades que nos muestra el

histograma (Figura 4.4), como existe una mayor concentración de pacientes con edades comprendidas entre los 55 años y los 75 años.

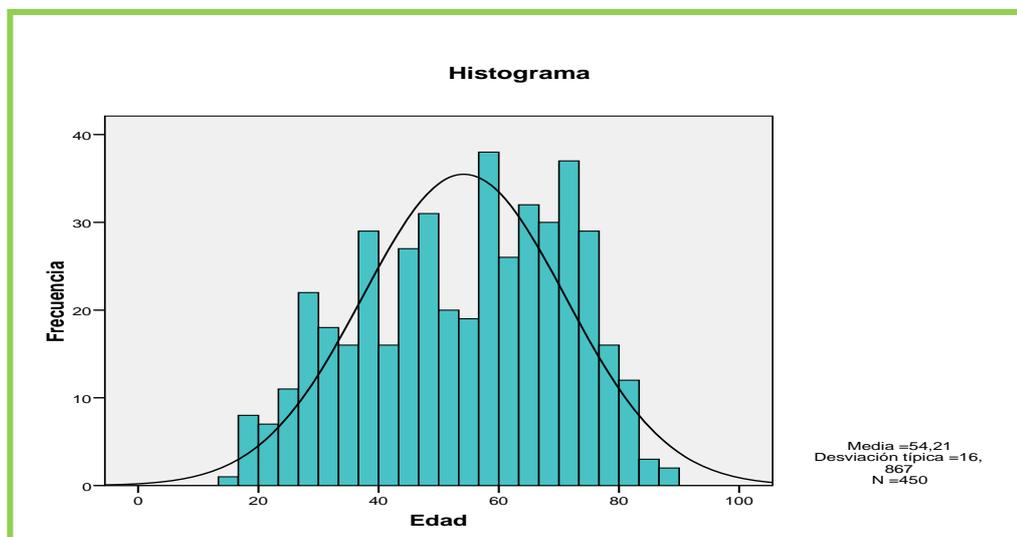


Figura 4.4: Distribución de la muestra por edades.

Respecto al **GÉNERO**, las **mujeres** supusieron dos tercios de los encuestados, el **66%** concretamente, frente a un tercio que fueron hombres (Figura 4.5).

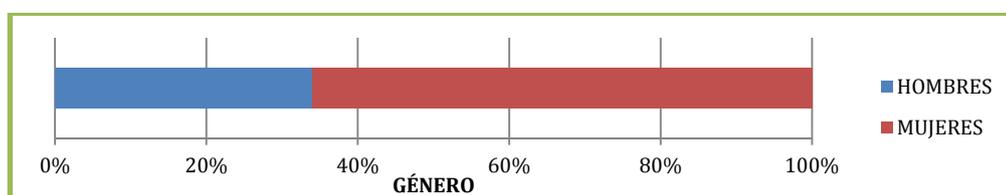


Figura 4.5: Distribución de la muestra por género.

4.1.4.3: Nacionalidad

El **92,9%** de la muestra correspondió a pacientes de **nacionalidad española**. De los 32 pacientes encuestados no españoles, el grupo mayoritario fue el de los sudamericanos hispano-parlantes, que supusieron un 4,7% del total, seguido por pacientes pertenecientes a otros países miembros de la Unión Europea, en un 1,6%. Los pacientes de nacionalidad marroquí, así como los de Países del Este, estuvieron débilmente representados, sumando entre los dos el 0,8% de la muestra.

Se comprobó también que un **91,7%** de los pacientes encuestados que provenían de países no hispano-parlantes, hablaba, entendía y escribía nuestro idioma (Tabla 4.2).

Tabla 4.2: Distribución de pacientes provenientes de países no hispano-parlantes, en función del dominio del español.

¿Habla español?		Frecuencia	%	% válido
	Sí	10	2,4	91,7
	No	1	,2	8,3
	Total	11	2,7	100,0
Perdidos	Pacientes españoles	439	97,3	
Total		450	100,0	

¿Entiende español?		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Sí	10	2,4	91,7
	No	1	,2	8,3
	Total	11	2,7	100,0
Perdidos	Pacientes españoles	439	97,3	
Total		450	100,0	

4.1.4.4: Nivel de estudios

Un **35,6%** de la muestra tenía **estudios primarios**, un 32,0% estudios secundarios, un 24% estudios superiores y el 8,4% no tenían estudios (Figura 4.6). Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios de los pacientes y la zona de la farmacia en la que se realizaron las encuestas, siendo el porcentaje de pacientes con estudios universitarios del 31% en las farmacias de centro, el 27% en las de barrio y solamente el 13% en las farmacias rurales

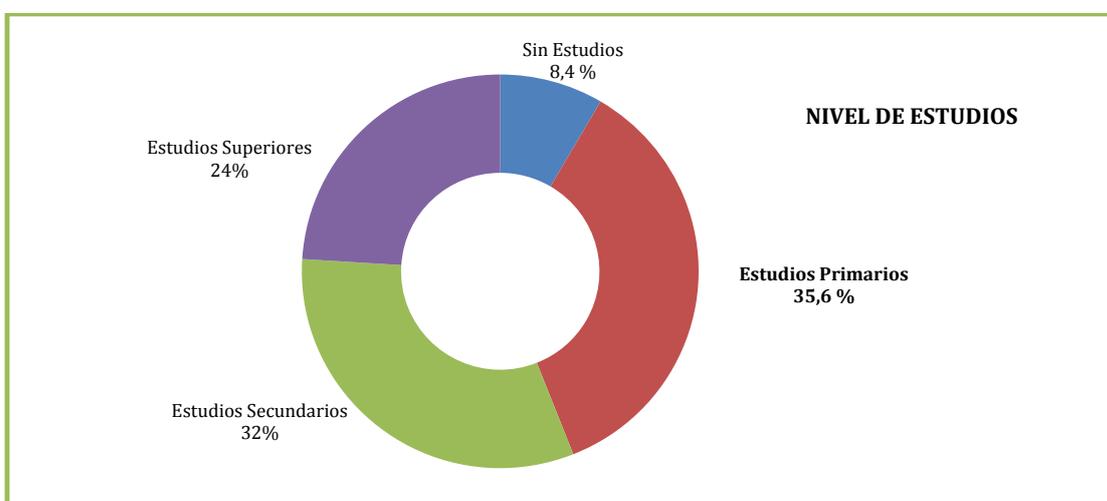


Figura 4.6: Distribución de la muestra por Nivel de Estudios.

4.1.4.5: Actividad laboral

Más de una cuarta parte de la muestra, un **26,9%**, estaba constituida por **jubilados**, seguidos por pacientes que desempeñaban trabajos de tipo intelectual (un 25,1%) y por amas de casa (un 23,6%). Los pacientes en paro supusieron un 9,6% del total y los pacientes que desarrollaban trabajos de tipo manual no cualificados un 8,7%. Casi un 65% de los pacientes encuestados se encuadró en el apartado “no trabaja” (incluyendo en este grupo a los pacientes en excedencia, de baja, amas de casa, jubilados, en paro y estudiantes) (Figura 4.7).

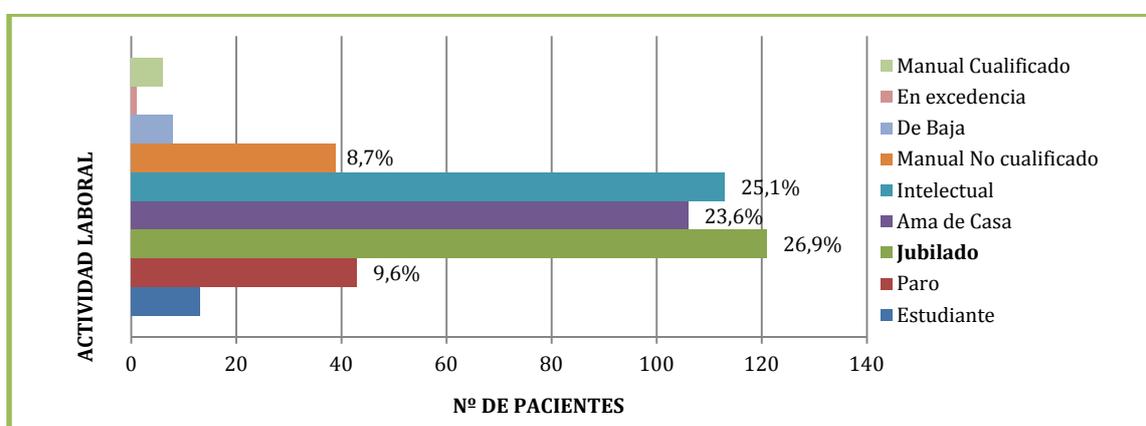


Figura 4.7: Distribución de los encuestados según la Actividad laboral que desempeñan.

4.1.4.6: Duración del tratamiento

Un total de 331 pacientes, el **73,6%**, **había tomado ya el medicamento** con anterioridad, es decir, repetían la medicación. La frecuencia de lectura del prospecto (analizada más adelante) se estudió sobre este grupo de pacientes.

4.1.4.7: Número de Medicamentos

El **81,3% de los encuestados tomaba más de un medicamento**, de los cuales, una tercera parte afirmó que se trataba de cinco o más, lo que se traduce en que un **27,3%** del total de la muestra **estaban polimedicados** (Figura 4.8).

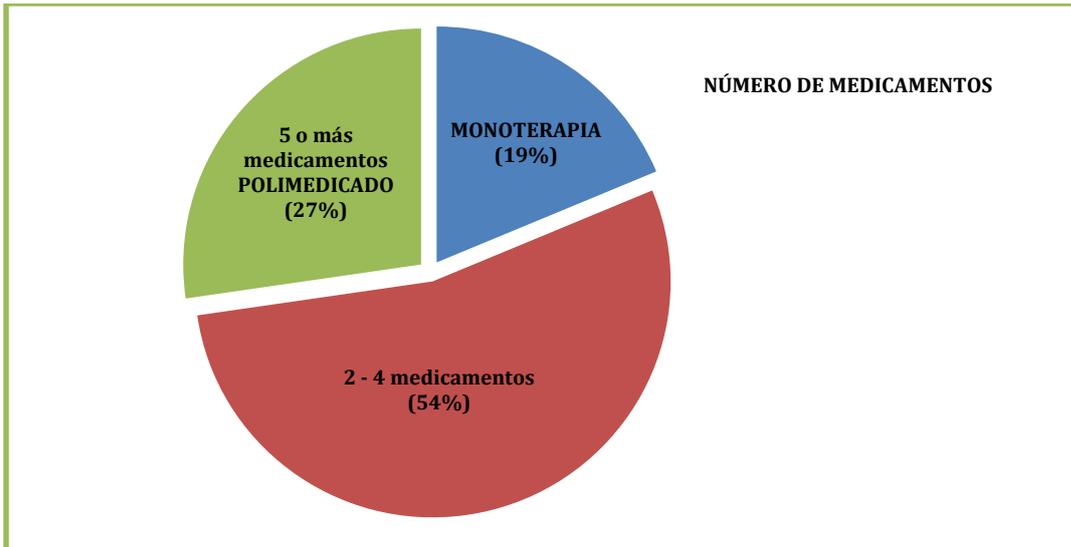


Figura 4.8: Distribución de la muestra en función del número de medicamentos que tomaba cada paciente.

4.1.5: Tipo de MEDICAMENTO

Todos los medicamentos registrados, fueron agrupados según los niveles anatómicos del código ATC (Anexo IV). El grupo terapéutico en mayor porcentaje representado fue el de medicamentos para el **Sistema nervioso** (19,6%), seguido del Sistema cardiovascular (16,9%), Sistema digestivo y metabolismo (14%) y Sistema Respiratorio (13%) (Figura 4.9).

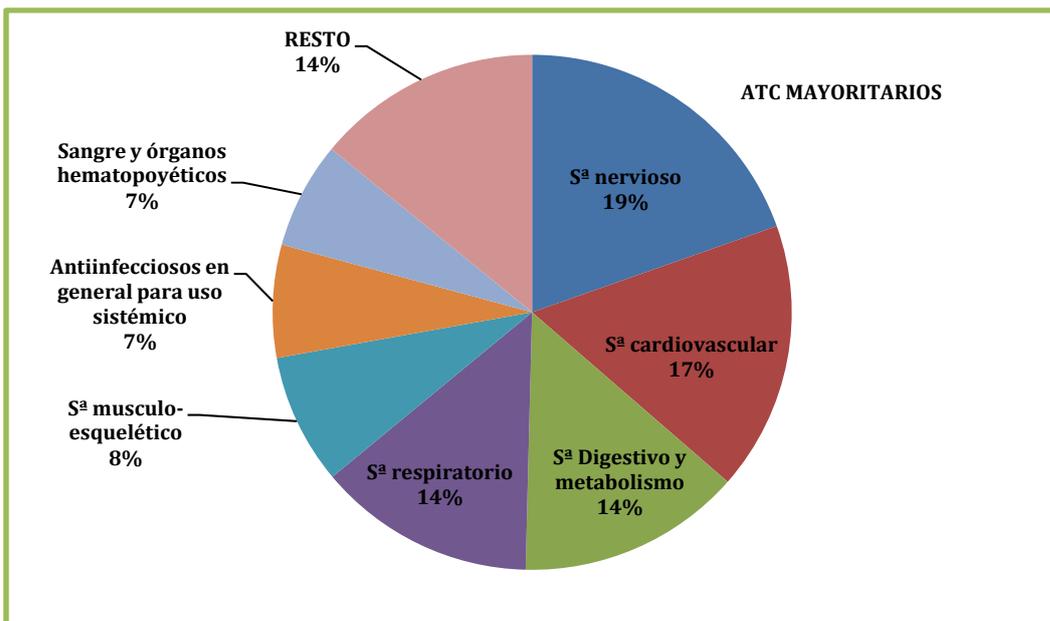


Figura 4.9: Distribución de medicamentos prescritos según el ATC al que pertenecían.

4.1.6: LABORATORIO

Atendiendo a los laboratorios de las especialidades prescritas y analizadas en nuestro estudio, se observó un reparto entre 89 distintos, siendo los mayoritarios (con 15 o más recetas): Ratio S.A (22 recetas, 4,8%), Pfizer S.L (21 recetas, 4,6%), Sanofi Adventis S.A (20 recetas, 4,4%), GlaxoSmithKlein S.A (19 recetas, 4,2%), Novartis Farmacéutica S.A (17 recetas, 3,7%), Doctor Esteve S.A (16 recetas, 3,5%), Merck (16 recetas, 3,5%), y Almirall S.A (15 recetas, 3,3%).

4.2: FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

4.2.1: EN EL ENTORNO ASISTENCIAL

Como se comentó anteriormente, a todos y cada uno de los 11 ítems del cuestionario CPM se les incorporó la pregunta “¿Quién le facilitó esa información?”, siendo el **médico de familia** (independientemente de haber prescrito o no la receta), el profesional que los pacientes refirieron como principal informador. Considerando 4950 el total de ítems analizados (11 ítems x 450 pacientes), la distribución de las fuentes de información referidas por los pacientes encuestados, quedó como muestra la Figura 4.10.

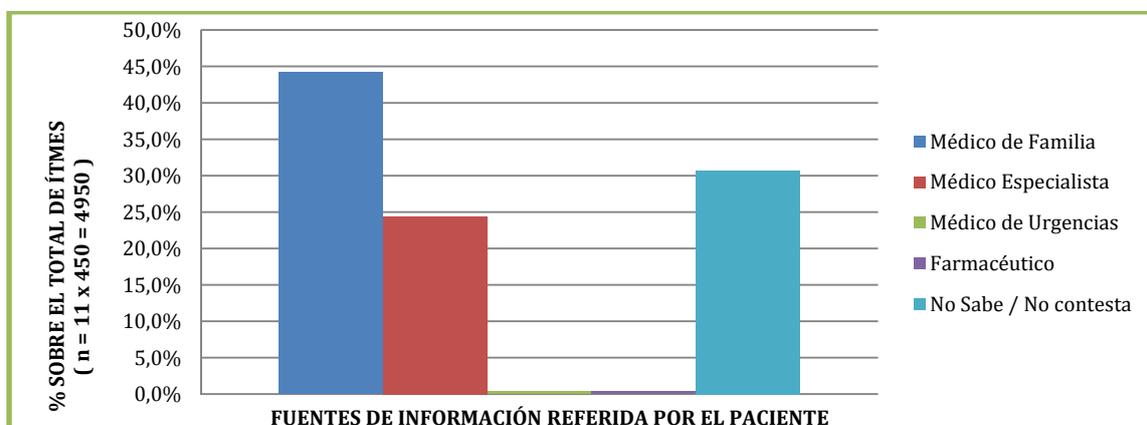


Figura 4.10: Distribución de las distintas fuentes de información referidas por el total de pacientes para los ítems del cuestionario de CPM.

El **médico especialista** por su parte, es la segunda fuente de información más importante para el paciente. El porcentaje de ítems en el que los pacientes señalaron al **médico de urgencias** o al **farmacéutico** como fuente de información, no llegó a superar en ninguno de los dos casos el 1%. Un 30,7% del total de ítems, se registró como **no sabe/no contesta**, al corresponderse con cuestiones que o bien no fueron contestadas, o el paciente manifestó desconocer.

4.2.1.1: Concordancia Médico Informador / Médico Prescriptor

Durante el trabajo de campo de recogida de datos se observó que, en algunos casos, el médico de familia informaba acerca de una medicación que había sido prescrita por el médico especialista. Con el fin de evaluar la significación de esta discordancia entre médico prescriptor e informador, se estudió el porcentaje de acuerdo (%) entre ambos, así como el índice de concordancia interobservadores o Índice Kappa, para cada una de las 11 preguntas del *Cuestionario del CPM*. Considerando perdidos los casos NS/NC, los resultados (Tabla 4.3), fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) para todos los ítems excepto para la pregunta 08 ($p=0,125$) relativa a las contraindicaciones, debido al elevado número de No sabe/No contesta que registró ésta.

Tabla 4.3: Índice Kappa de concordancia (K) y Porcentaje de acuerdo (%) entre médico prescriptor y médico informador.

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	p	K	% de acuerdo
p.01 - indicación	<0,0001	0,548	80,2
p.02 - posología	<0,0001	0,543	80,1
p.03 - pauta	<0,0001	0,541	80,1
p.04 - duración	<0,0001	0,537	80,4
p.05 - forma de administración	<0,0001	0,554	81,2
p.06 - precauciones	0,01	0,368	68,8
p.07 - efectos adversos	0,05	*	69,6
p.08 - contraindicaciones	0,125	0,280	68,1
p.09 - efecto terapéutico	<0,0001	*	83,8
p.10 - interacciones	0,021	0,334	68,8
p.11 - conservación	<0,0001	0,536	81,2

El **Índice Kappa** (o índice de concordancia interobservadores) **K**, fue débil ($K= 0,21-0,40$) para las cuatro preguntas de la dimensión *Seguridad (precauciones, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones)* y moderado ($K = 0,41-0,60$) para el resto de preguntas del *Cuestionario CPM*. Respecto al **porcentaje de acuerdo (%)** entre el médico prescriptor y el informador, éste fue superior al 80% en todas las preguntas excepto en aquellas que conforman la dimensión *Seguridad (precauciones, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones)* en las que este porcentaje se situó entre el 68-69% (Tabla 4.3).

4.2.2: FUERA DEL ENTORNO ASISTENCIAL

Se preguntó a los 450 pacientes del estudio, si *habían buscado y/o encontrado información acerca de la medicación que les había sido prescrita*, y el 51,3% de la muestra contestó afirmativamente. Un porcentaje que asciende hasta el **69,8%** si no se tienen en cuenta aquellos pacientes que tomaban la medicación por primera vez y que, por ello, no habían tenido oportunidad de buscar información acerca del medicamento en cuestión. Podemos decir, por tanto, que casi un 70% de los pacientes que repetían la medicación **había buscado información** (más allá del médico prescriptor o informador) sobre el medicamento prescrito. Respecto a las fuentes fuera del entorno asistencial a las que acudieron los pacientes, se observa una predominancia del **prospecto**, con un 62,2% de los casos, seguido de internet (5,4%) y el consejo de un familiar o conocido (2,2%) (Figura 4.11).

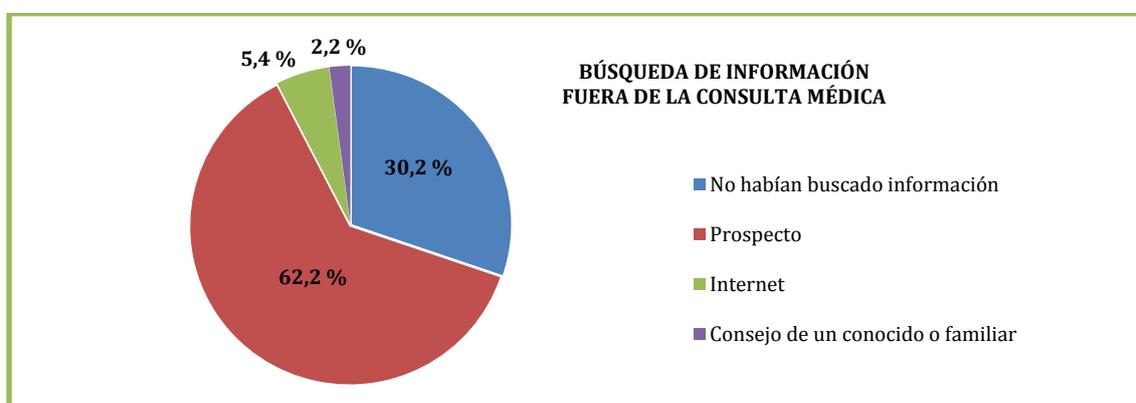


Figura 4.11: Distribución de la búsqueda de información por parte de los 331 pacientes que repetían la medicación.

Analizando la distribución del total de **encuestados que afirmaron haber buscado información fuera del entorno asistencial** (231 pacientes), se observó que un **89,1% acudió al prospecto**, un 7,9% buscó en internet y un 3% manifestó haber sido informado por un conocido o familiar (Figura 4.12).

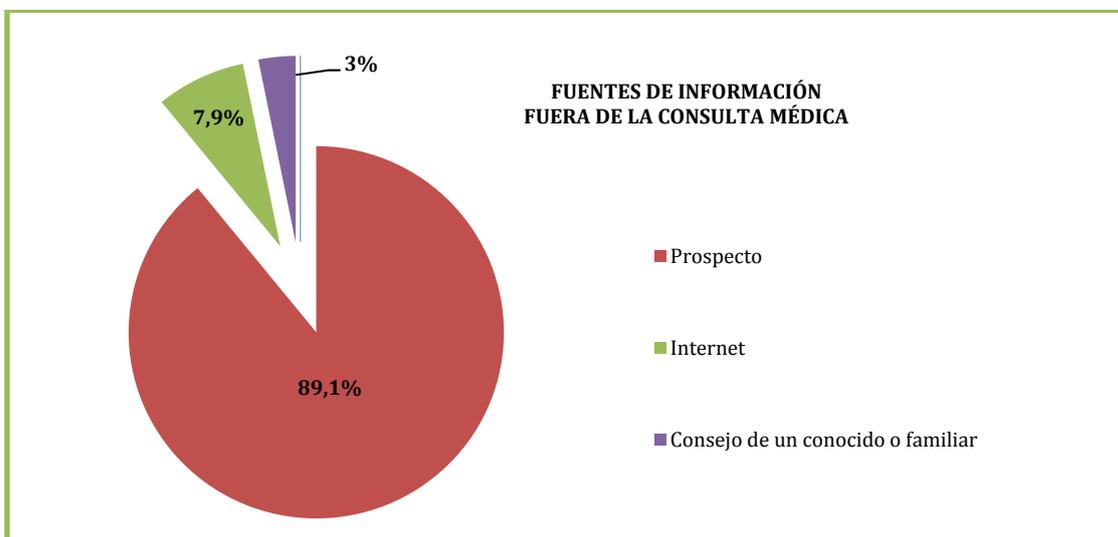


Figura 4.12: Fuentes de información referidas por los 231 pacientes que buscaron información fuera del entorno asistencial.

4.2.2.1: Prospectos: uso, legibilidad y comprensión

Se evaluó el **USO que se hizo** de los prospectos de los medicamentos, preguntando a los 331 pacientes que repetían la medicación. Un total de 206 pacientes (el 62,2% de los que repetían la medicación) manifestaron haber leído el prospecto, de los cuales un 88,8% afirmó haberlo comprendido (Figura 4.13).

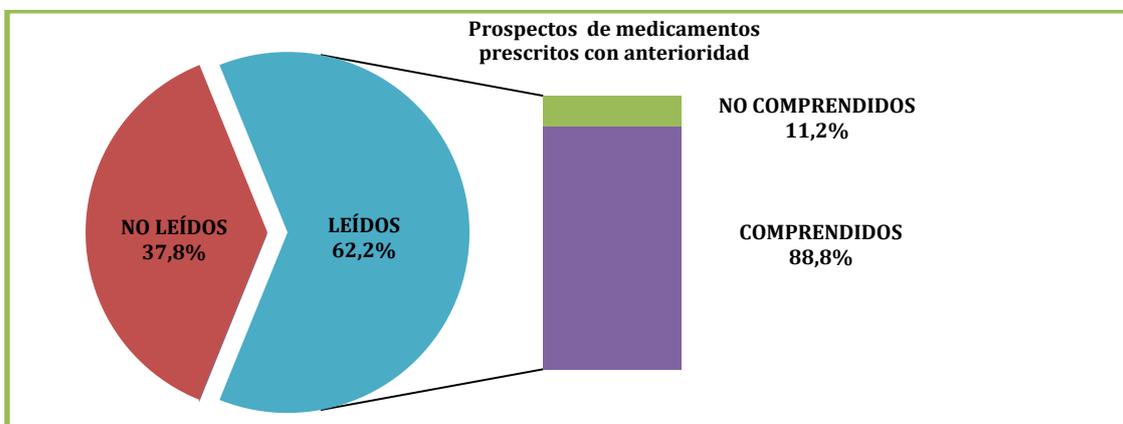


Figura 4.13: Distribución de los 331 prospectos de medicamentos que ya habían sido prescritos con anterioridad.

Todos los prospectos de la muestra, fueron descargados en formato pdf de la web de la Agencia del Medicamento y sometidos posteriormente a una prueba de **LEGIBILIDAD** mediante el programa informático INFLESZ. La media del **Índice de Flesch-Szigriszt (IFSZ)** de los prospectos analizados (364 en total) fue **57,38**, con una desviación típica de 4,93. A mayor puntuación del IFSZ se considera que existe una mayor legibilidad, estando en 55 el valor mínimo de IFSZ a partir del cual se considera que existe una legibilidad normal. Según Barrio-Cantalejo y col. (2008), los textos sobre salud tendrán mayor probabilidad de ser leídos y comprendidos si superan la puntuación de 55 en el IFSZ. El menor valor hallado del IFSZ fue **38,94**, y el mayor **70,89** (Figura 4.14).

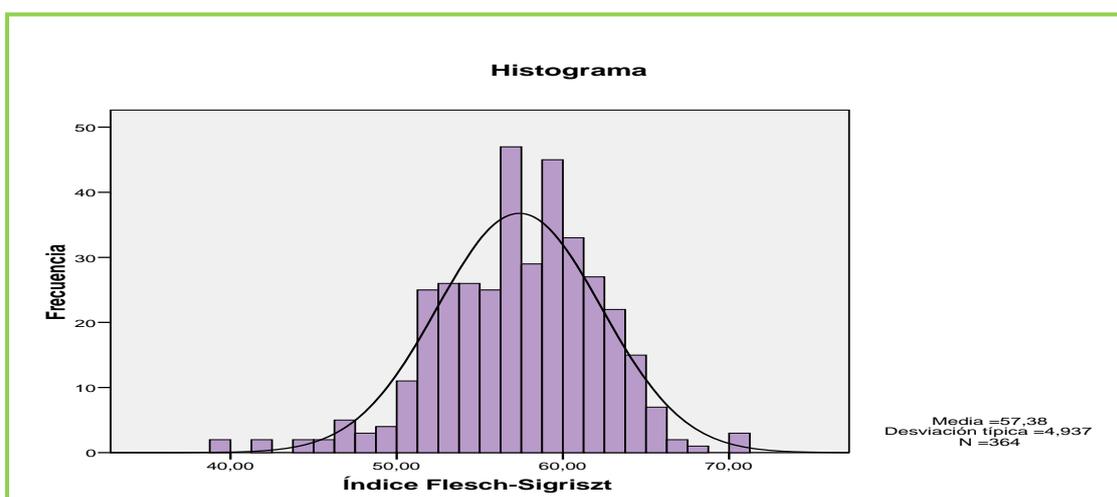


Figura 4.14: Distribución de los valores obtenidos del IFSZ para los 364 prospectos analizados.

También en relación a la legibilidad de los prospectos analizados, y en función del IFSZ obtenido, se calculó el **Grado en la Escala Inflesz** (Barrio Cantalejo y col., 2008) para todos ellos. El **66,8%** de los prospectos, se situó en el **grado 3** o de **legibilidad normal** (IFSZ 55-65), que según Barrio Cantalejo y col. (2008) se corresponde con publicaciones de tipo “E.S.O, prensa general y prensa deportiva”. Un **27,5%** de ellos presentó **grado 4** o de legibilidad **algo difícil**, que se corresponde con publicaciones de tipo “bachillerato, divulgación científica, prensa especializada”. Un **5,2%** de **grado 2** o legibilidad **bastante fácil** (textos de tipo “educación primaria, prensa del corazón, novelas de éxito”), y un **0,5%** de los prospectos era de **grado 5** o legibilidad **muy difícil** (textos de tipo “universitario, científico”). No se halló ninguno prospecto cuyo IFSZ se situase en el **grado 1** = legibilidad **muy fácil** (Figura 4.15).

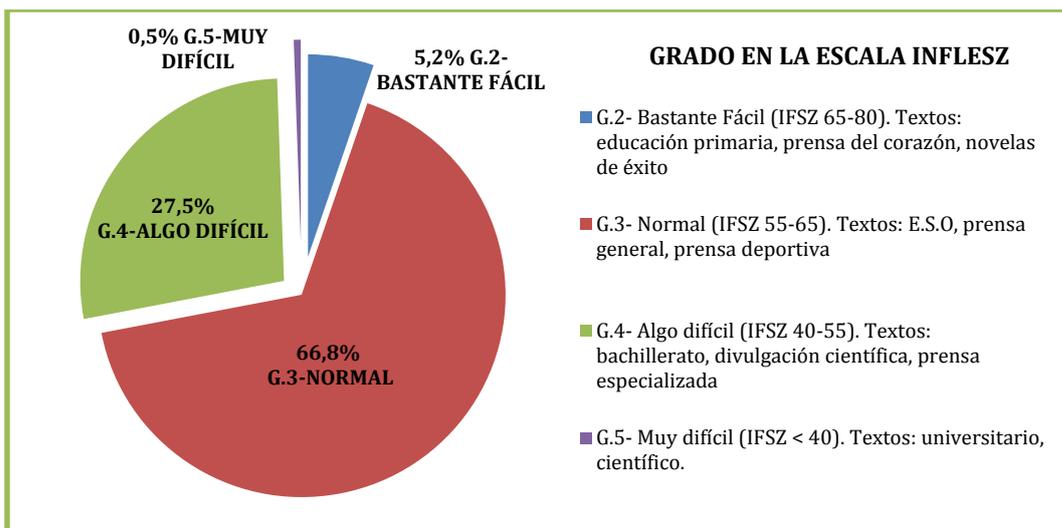


Figura 4.15: Distribución, en función del grado en la escala Inflesz, de los 364 prospectos analizados.

Con el fin de analizar la legibilidad de los prospectos de la muestra en función del **LABORATORIO FABRICANTE** del medicamento en cuestión, fueron planteados 4 grupos de laboratorios distintos atendiendo al porcentaje mayoritario de legibilidad que hubieran presentado sus prospectos:

- Laboratorios **grupo A:** Conformado por aquellos laboratorios cuyos prospectos analizados presentaron en un **100%** de los casos una legibilidad **normal**. Fueron 37 laboratorios que cumplían este requisito, un 41,5% del total.
- Laboratorios **grupo B:** Aquellos cuyos prospectos analizados presentaron en **más de un 50%** de las ocasiones una legibilidad **normal**. Fueron hallados 17 laboratorios que cumplían este requisito, y suponían el 19,1% del total .
- Laboratorios **grupo C:** Aquellos cuyos prospectos en **más de un 50%** de los casos tenían legibilidad **algo difícil**. En total 11 fueron los laboratorios que constituyeron este grupo, un 12,3% del total.
- Laboratorios **grupo D:** Aquellos cuyos prospectos analizados presentaron en un **100%** de los casos legibilidad **algo difícil**. Este grupo estuvo compuesto por 9 laboratorios, un 10,1% del total.

Las diferencias de legibilidad halladas para cada uno de los prospectos analizados, fueron estadísticamente significativas en función del laboratorio encargado de la redacción de los mismos ($p < 0,001$) (Tabla 4.4).

Tabla 4.4: Agrupación de los laboratorios en función de la legibilidad de sus prospectos.

	Número de laboratorios	% del total de laboratorios	Legibilidad NORMAL	Legibilidad ALGO DIFÍCIL
Lab. Grupo A	37	41,5%	100%	-
Lab. Grupo B	17	19,1%	>50%	-
Lab. Grupo C	11	12,3%	-	>50%
Lab. Grupo D	9	10,1%	-	100%

De forma agrupada podemos afirmar que un total de **20 laboratorios** (el 22,4% de los 89 que fueron registrados en total) presentaron prospectos con legibilidad **algo difícil**, si no en la totalidad, en la mayoría de los casos. De otra parte, observamos que un 41,5% de los laboratorios analizados presentaron el 100% de sus prospectos con legibilidad normal.

Y también con el fin de analizar la legibilidad de los prospectos, pero esta vez en función del **GRUPO ATC** al que pertenecieran los medicamentos en cuestión, se procedió a reagrupar todos ellos función del grupo terapéutico (ATC) al que pertenecieran, y una vez agrupados todos los prospectos por ATC, se analizó la legibilidad de los mismos

Las diferencias de legibilidad halladas entre los distintos prospectos, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en función del grupo ATC del medicamento al que éstos pertenecieran, quedando los distintos ATC ordenados según la legibilidad de sus prospectos, tal y como muestra la Tabla 4.5:

Tabla 4.5: Ordenación de los grupos ATC en función de la legibilidad de sus prospectos.

	Orden	ATC DENOMINACIÓN Por orden de LEGIBILIDAD	% Legibilidad BASTANTE FÁCIL	% Legibilidad NORMAL	% Legibilidad ALGO DIFÍCIL	% Legibilidad MUY DIFÍCIL
ATC tipo 1	1	S- Órganos de los sentidos	54,5%	45,5%	-	-
	2	D- Medicamentos dermatológicos	-	88,9%	11,1%	-
	3	R- Sistema respiratorio	-	84,9%	15,1%	-
	4	G- Aparato genitourinario y hormonas sexuales	-	81,8%	18,2%	-
	5	A- Sistema digestivo y metabolismo	-	80,6%	19,4%	-
	6	H- Preparados hormonales sintéticos	-	80,0%	20,0%	-
ATC tipo 2	7	M- Sistema músculo-esquelético	17,9%	60,7%	21,4%	-
	8	N- Sistema nervioso	1,3%	75,6%	23,1%	-
	9	L- Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	-	75,0%	25,0%	-
	10	C- Sistema cardiovascular	3,0%	59,7%	37,3%	-
ATC tipo 3	11	P- Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	50,0%	-	50,0%	-
	12	J- Antiinfecciosos en general para uso sistémico	6,7%	40%	52,0%	-
	13	B- Sangre y órganos hematopoyéticos	8,0%	33,3%	53,3%	6,7%

- ATCs **tipo 1**: Aquellos ATCs cuyos medicamentos presentaron prospectos en más de un **80%** de los casos con una legibilidad **normal**. Fueron seis en total: Órganos de los sentidos (con un 45,5% de legibilidad normal y un 54,5% de legibilidad bastante fácil),

Medicamentos dermatológicos (88,9% leg. normal), Sistema respiratorio (84,9% leg. normal), Aparato genitourinario y hormonas sexuales (81,8% leg. normal), Sistema digestivo y metabolismo (80,6% leg. normal) y Preparados hormonales sintéticos (80% leg. normal).

- ATCs **tipo 2**: Aquellos ATCs cuyos medicamentos presentaron prospectos en **más de un 50%** de los casos con legibilidad **normal**. Estos ATCs fueron cuatro: Sistema músculo-esquelético (con un 60,7% de legibilidad normal y un 17,9% de legibilidad bastante fácil), Sistema nervioso (75,6% leg. normal), Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (75% leg. normal) y Sistema cardiovascular (59,7% leg. normal),
- ATCs **tipo 3**: Aquellos cuyos medicamentos presentaron prospectos en **más de un 50%** de los casos con legibilidad **algo difícil**. Estos ATCs fueron tres: Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes (con un 50% de legibilidad algo difícil y un 50% de legibilidad bastante fácil), Sangre y órganos hematopoyéticos (52,0% leg. algo difícil) y Antiinfecciosos en general para uso sistémico (53,3% leg algo difícil).

Respecto a la **COMPRENSIÓN** referida por el paciente, se observó (como comentamos anteriormente) que el **88,8%** de los pacientes que habían leído el prospecto, afirmaron haberlo **comprendido** (ver de nuevo Figura 4.13). Se buscó la relación entre esta *comprensión* (referida por el paciente) y la *legibilidad* (calculada con el programa INFLESZ), no hallándose diferencias estadísticamente significativas del Índice de Flesch-Szigriszt (IFSZ) entre los prospectos “comprendidos” y los “no comprendidos”, si bien (comparando los dos grupos de prospectos mayoritarios según la legibilidad), se comprobó que el porcentaje de prospectos no comprendidos en el grupo *grado 4 de legibilidad algo difícil* fue superior (12,2%) que el hallado en el grupo *grado 3 de legibilidad normal* (9,6%) (Figura 4.16).

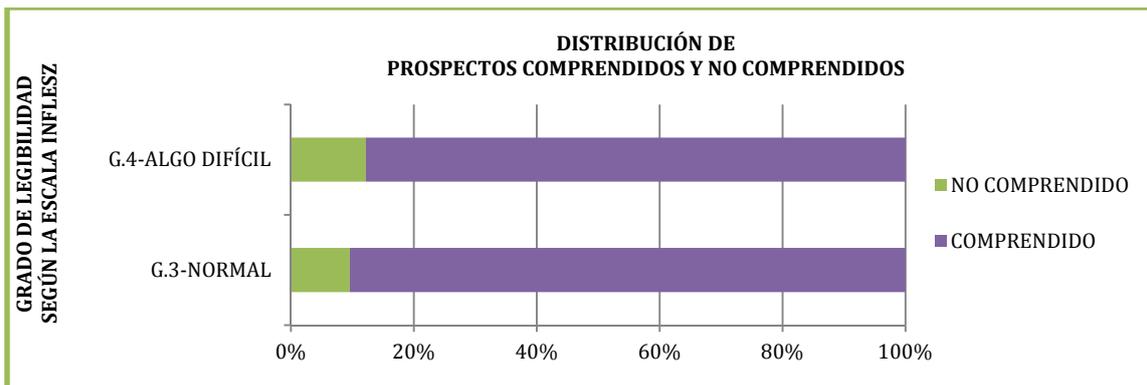


Figura 4.16: Porcentajes de prospectos comprendidos y no comprendidos según el grado de legibilidad al que pertenezcan.

4.3: CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN (CPM)

4.3.1: Conocimiento TOTAL (CPM Total)

Tras la aplicación de la fórmula para el cálculo del **Conocimiento Total (CPM Total)** validada por García Delgado y col. (2009), se observó que el **51,1%** de los encuestados *no conocía* el medicamento que le había sido prescrito, el 25,3% presentaba un *conocimiento insuficiente*, el 23,3% tenía un *conocimiento suficiente*, y un 0,2% (un paciente) presentó un *conocimiento óptimo* acerca de la medicación (Fig 4.17).

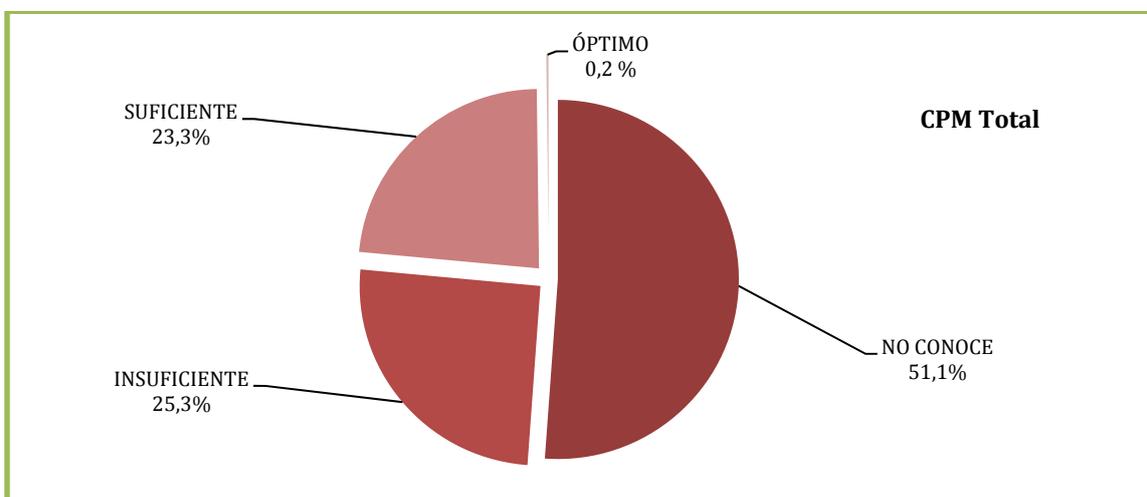


Figura 4.17: Distribución del CPM Total en los 450 pacientes encuestados.

Considerando el *Conocimiento Total (CPM Total)* como **variable dicotómica** que contempla las posibilidades conoce (conocimiento óptimo + conocimiento suficiente) y no conoce (conocimiento insuficiente + no conoce), podemos afirmar, a la luz de los resultados obtenidos, que **3 de cada 4 pacientes no tiene un conocimiento suficiente** que permita asegurar un correcto uso del medicamento, quedando la distribución de la muestra como recoge la Figura 4.18.

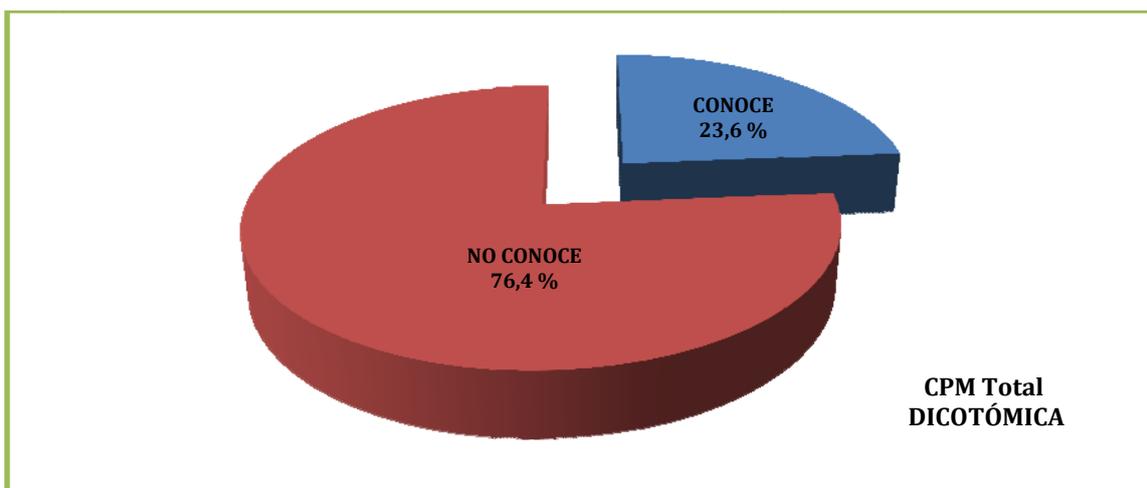


Figura 4.18: Distribución del CPM Total como variable dicotómica (Conoce / No Conoce) en los 450 pacientes encuestados.

4.3.2: Conocimiento POR DIMENSIONES

En relación a las **cuatro dimensiones** del conocimiento, que recordamos eran las siguientes:

Dimensión A: **Proceso de uso** (p.02, p.03, p.04, p.05)

Dimensión B: **Objetivo terapéutico** (p.01, p.09)

Dimensión C: **Seguridad** (p.06, p.07, p.08, p.10)

Dimensión D: **Conservación** (p.11)

Se observa que, en el caso del ***Proceso de Uso***, el porcentaje de pacientes que conocía esta dimensión (que contestó correctamente a todas las preguntas que la componen) es del 64,4%, en la ***Conservación*** del 48% y en el ***Objetivo terapéutico*** del 41,6%. Ninguno de los 450 encuestados contestó correctamente las cuatro preguntas relativas a la ***Seguridad*** del medicamento prescrito, lo que

nos da un porcentaje de pacientes con conocimiento global correcto para esta dimensión igual a 0 (Figura 4.19).

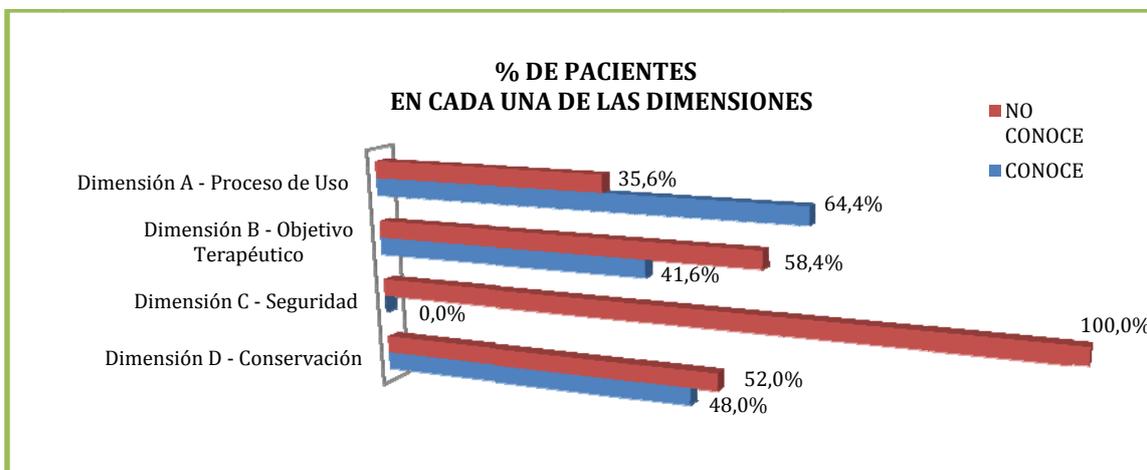


Figura 4.19: Porcentaje de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN cada una de las cuatro dimensiones del *Cuestionario CPM*.

También, de forma más específica, se calculó el conocimiento para cada una de las **11 preguntas** que componen el *Cuestionario de CPM*, agrupadas a su vez en las cuatro dimensiones que acabamos de analizar. Se consideró que un paciente conocía una pregunta cuando la puntuación en ésta era máxima (2 puntos):

PROCESO DE USO DEL MEDICAMENTO (dimensión A): En relación a cada una de las cuatro preguntas que conforman esta dimensión, tal y como muestra la Figura 4.20, nos encontramos con que un 91,1% conocía la **posología** (*p.02*), un 90,2% la **pauta** (*p.03*), el 82% la **duración del tratamiento** (*p.04*), y el 76,9% la **forma de administración** (*p.05*).

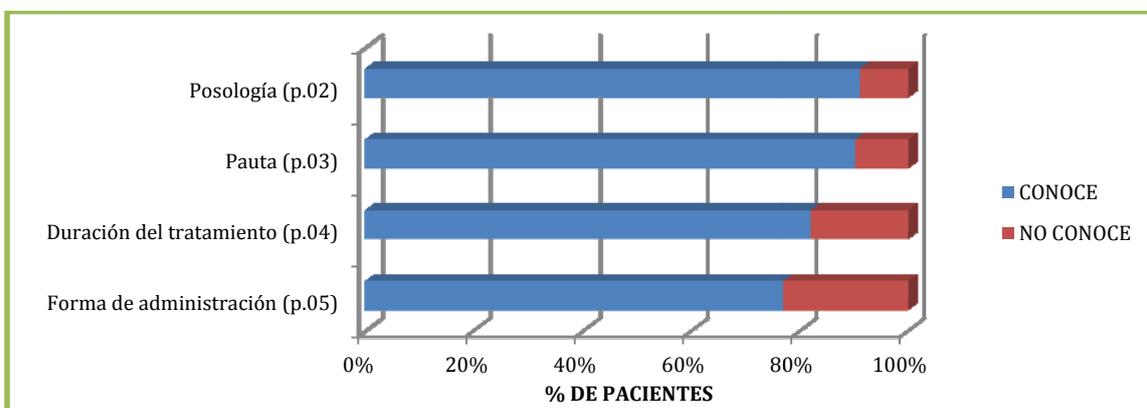


Figura 4.20: Distribución del CPM para cada una de las cuatro preguntas de la dimensión A – PROCESO DE USO.

Por otro lado, respecto a la distribución de las respuestas dadas por los pacientes para cada una de las cuatro preguntas de esta dimensión A, se observa una mayoría de “*respuestas correctas*” en las cuatro preguntas, presentando la *posología* (Figura 4.21) y la *pauta* (Figura 4.22) los porcentajes más elevados, con un 91% y un 90% respectivamente.

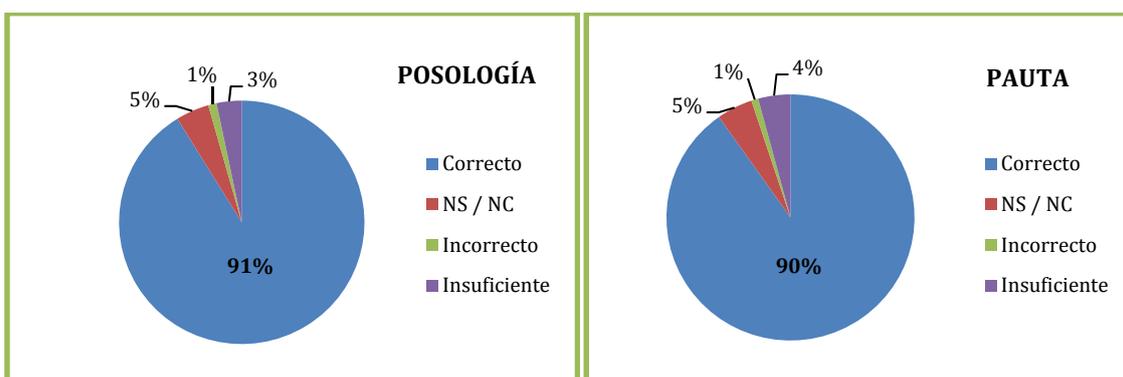


Figura 4.21: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la POSOLOGÍA (p.02).

Figura 4.22: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la PAUTA (p.03).

En la pregunta acerca de la *duración* del tratamiento, se aprecia un ligero incremento (8%) de las “*respuestas insuficientes*” (Figura 4.23), que aumentan aún más significativamente hasta un 12%, cuando se pregunta acerca de la *forma de administración* (Figura 4.24).

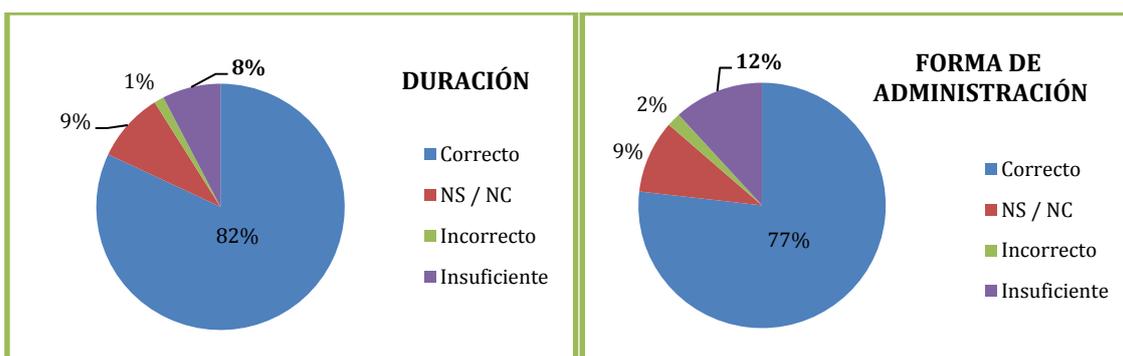


Figura 4.23: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (p.04).

Figura 4.24: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la FORMA DE ADMINISTRACIÓN (p.05).

Respecto al **OBJETIVO TERAPÉUTICO** (dimensión B), un 74,2% contestó correctamente acerca de la *indicación* (p.01), y el porcentaje de pacientes que conocían el *efecto terapéutico* (p.09) se situó en el 46,9% (Figura 4.25).

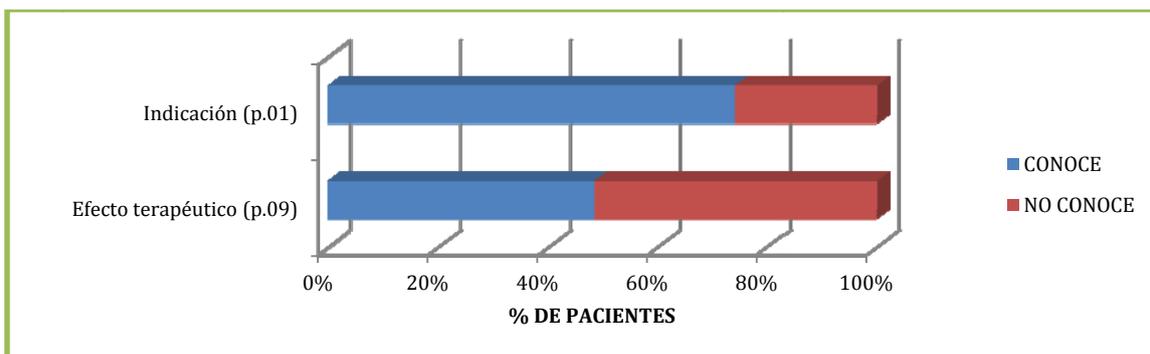


Figura 4.25: Distribución del CPM para las dos preguntas de la dimensión B – OBJETIVO TERAPÉUTICO.

En relación a la distribución de las respuestas dadas por los pacientes para las dos preguntas de la dimensión B, puede observarse como en el caso de la *indicación*, el porcentaje de “respuestas incorrectas” se eleva hasta un 6% (Fig. 4.26). Por otro lado, cabe destacar el porcentaje del 24% correspondiente al total de “respuestas insuficientes” dadas a la pregunta del *efecto terapéutico* (Fig. 4.27).

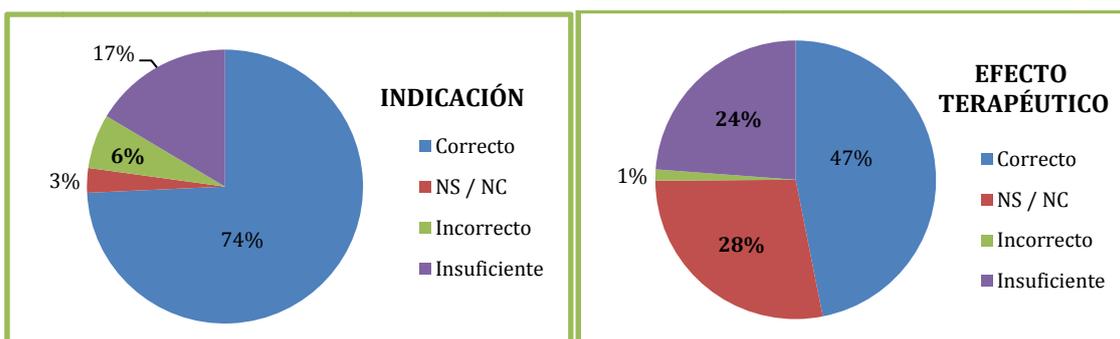


Figura 4.26: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la INDICACIÓN (p.01).

Figura 4.27: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca del EFECTO TERAPÉUTICO (p.09).

En lo que respecta a la dimensión C, **SEGURIDAD** del medicamento prescrito, no hubo ningún encuestado (de los 450 del total de la muestra) que contestara correctamente a las cuatro preguntas que la conforman, de las cuales, el mayor desconocimiento se observó en la pregunta acerca de las *contraindicaciones*, seguida de los *efectos adversos*, las *interacciones* y las *precauciones* (Figura 4.28).

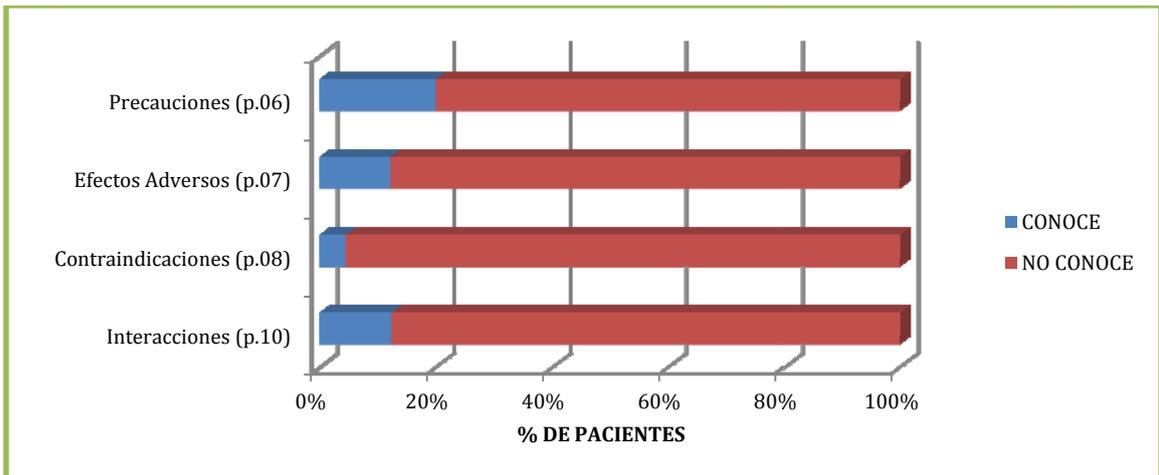


Figura 4.28: Distribución del CPM para las cuatro preguntas de la dimensión C – SEGURIDAD.

Analizando cada una de las cuatro cuestiones que constituyen esta dimensión C (seguridad) se observó que la pregunta acerca de las *precauciones*, con un 80% de no sabe/no contesta, fue la que registró un mayor número de respuestas incorrectas, un 4% concretamente (Figura 4.29). En el caso de los *efectos adversos* la tendencia fue similar, si bien el número de NS/NC se incrementaba hasta un 88% (Figura 4.30).

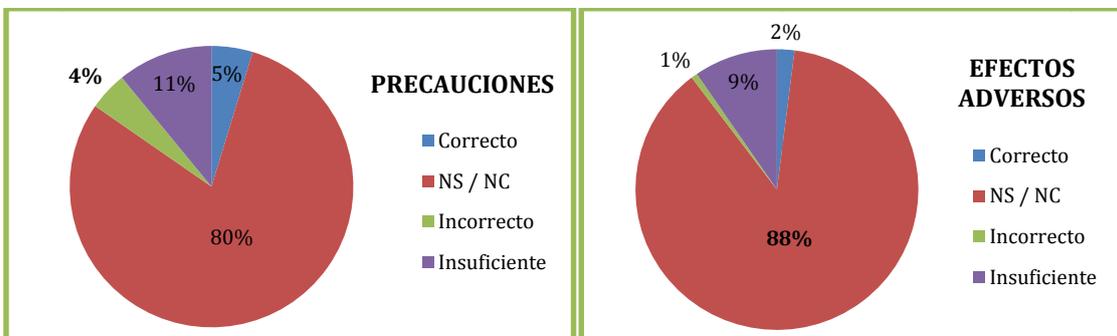


Figura 4.29: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de las PRECAUCIONES (p.06).

Figura 4.30: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de los EFECTOS ADVERSOS (p.07).

El mayor índice de desconocimiento de todo el cuestionario, lo obtuvo la pregunta acerca de las *contraindicaciones*, situándose en un 95% el porcentaje de pacientes que manifestó no conocer la respuesta (Figura 4.31). Un desconocimiento también significativo, aunque en menor proporción, se observó respecto a las *interacciones* recogidas en la pregunta *p.10* (Figura 4.32).

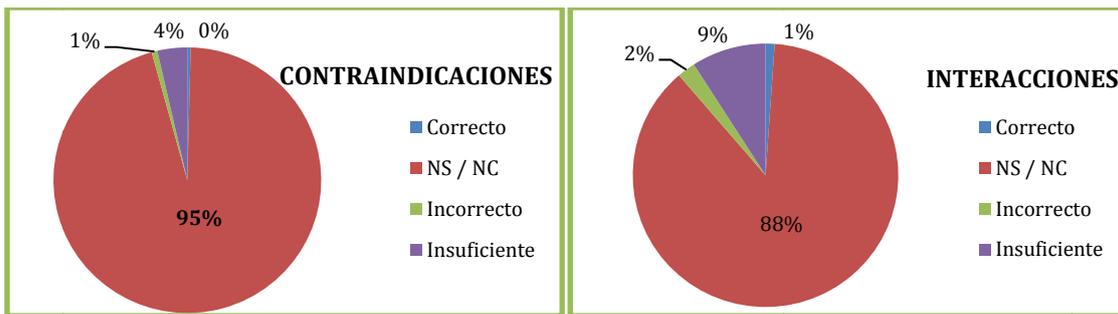


Figura 4.31: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de las CONTRAINDICACIONES (p.08).

Figura 4.32: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de las INTERACCIONES (p.10).

En lo que respecta a la CONSERVACIÓN, **dimensión D** (cuarta y última en la que se divide el cuestionario sobre el CPM), el porcentaje de pacientes con conocimiento óptimo se situó en un 48% (Figura 4.33).

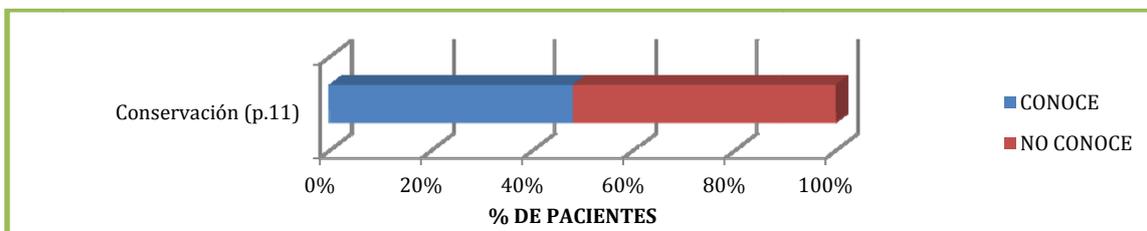


Figura 4.33: Distribución del CPM para la dimensión D - CONSERVACIÓN.

Un 29% de los encuestados contestó incorrectamente a la pregunta *cómo conservar el medicamento (p.11)*, ítem que recogió el mayor índice de respuestas incorrectas de los 11 que componían el cuestionario (Figura 4.34).

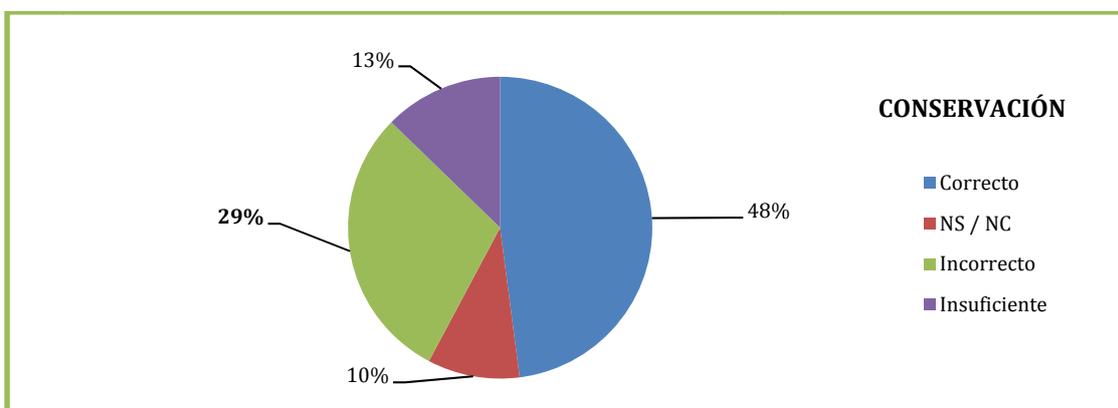


Figura 4.34: Distribución de las respuestas para la pregunta acerca de la CONSERVACIÓN (p.11).

En la Figura. 4.35 pueden observarse los distintos porcentajes de pacientes

que conocen cada uno de los 11 ítems del *Cuestionario CPM*. En el caso de la **indicación, posología, pauta, duración del tratamiento y forma de administración**, el porcentaje de pacientes que conocían era mayor del 60%. Los ítems correspondientes al **efecto terapéutico** y a la **conservación**, registraron un porcentaje de conocimiento entre el 40% y el 50%. Y fueron las cuestiones relativas a la seguridad: **precauciones, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones** las que registraron porcentajes de conocimiento inferiores al 5%.

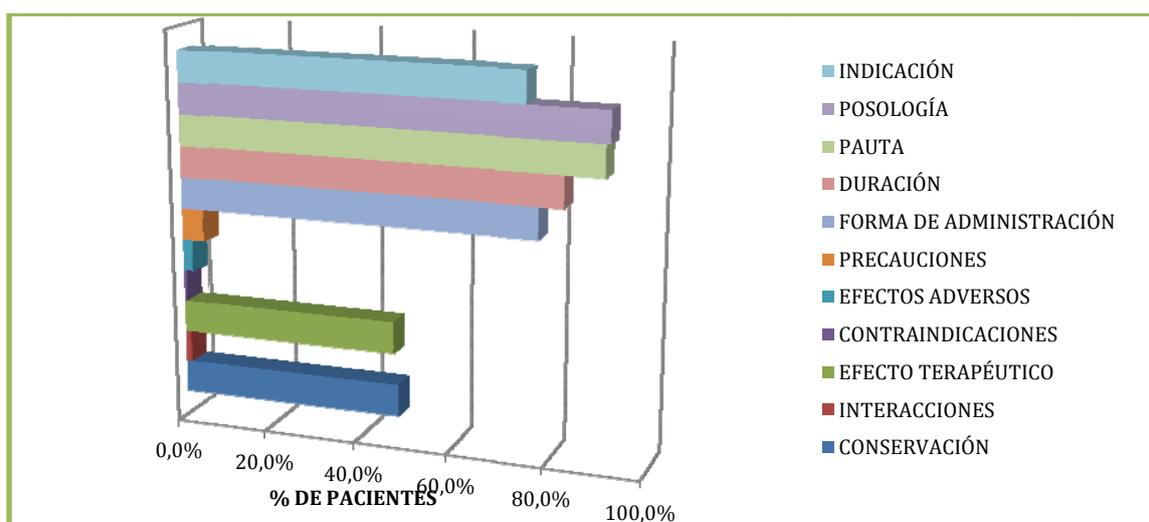


Figura 4.35. Porcentaje pacientes que CONOCEN cada uno de los 11 ítems del cuestionario de conocimiento.

4.4: CPM PARA CADA UNA DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

4.4.1: CPM / Tipo de FARMACIA

Los resultados obtenidos en nuestro estudio no nos mostraron diferencias estadísticamente significativas de **CPM Total** entre los pacientes que acudieron a un tipo u otro de farmacia ($\chi^2=2,211$; $gl=2$; $p=0,331$). Los porcentajes de conocimiento total acerca de la medicación hallados en los sujetos que acudieron a farmacias **Urbanas** de Centro y de Barrio fueron muy similares, un 74,6% y 74,5%, respectivamente, que *no conocían* la medicación suficientemente, y un 25,4% y

25,5% que *sí la conocían*. Sin embargo, en el caso de los pacientes que acudieron a farmacias de tipo **Rural**, si se observó una prevalencia de desconocimiento mayor, situándose en un 81,1% los pacientes que *no conocían* frente a un 18,9% de sujetos que *sí conocían* (Figura 4.36).

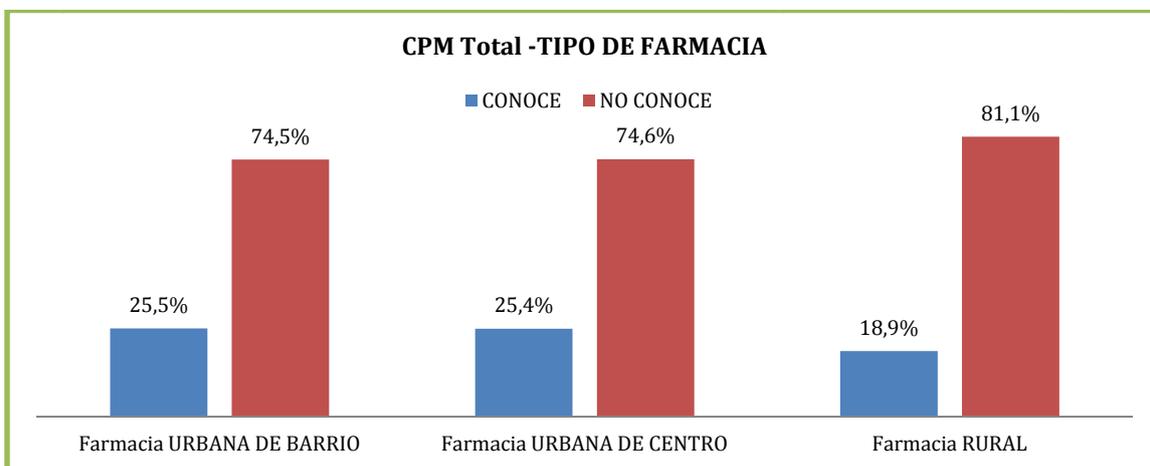


Figura 4.36: Prevalencia de CPM Total según el tipo de farmacia.

Sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de farmacia para el **CPM por dimensiones**. Así, tras el análisis separado de las cuatro dimensiones del conocimiento, y considerando que el paciente CONOCE una dimensión cuando contesta correctamente a todas las preguntas que la conforman, se obtuvieron los siguientes resultados (Figura 4.37):

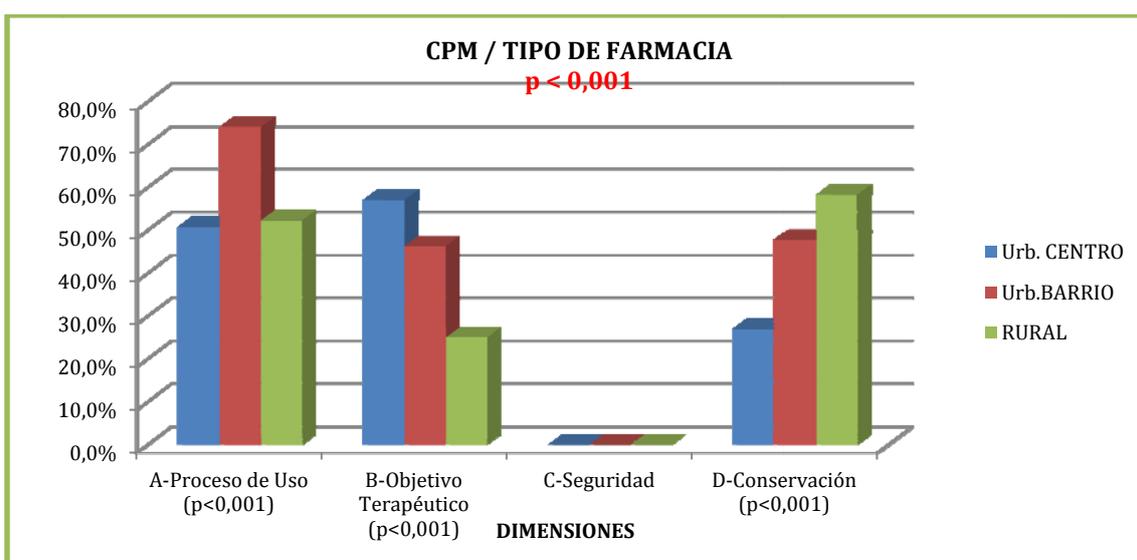


Figura 4.37: Prevalencia de pacientes que CONOCEN según los tres tipos de farmacia y para las cuatro dimensiones de CPM.

En la **dimensión A - Proceso de uso del medicamento**, tal y como muestra la Figura 4.37, los pacientes que acudieron a la farmacia **urbana de barrio** presentaron un mejor conocimiento, un **74,1% conocía**, que los pacientes que acudieron a farmacias de tipo rural o urbana de centro, con porcentajes de *conoce* del 52,3% y 50,8% respectivamente ($\chi^2= 24,071$; gl= 2; $p<0,001$).

Para la **dimensión B - Objetivo terapéutico**, fueron los sujetos encuestados que acudieron a la farmacia **urbana de centro** los que presentaron un mayor conocimiento con un 57,1% que *conocía*. Los pacientes que acudieron a la farmacias de tipo rural por su parte, fueron los que presentaron el peor porcentaje de conocimiento respecto a esta dimensión, con un 25% que *conocía* ($\chi^2= 23,537$; gl= 2; $p<0,001$) (Figura 4.37).

En relación a la **Seguridad**, tal y como se comentó anteriormente, no hubo ningún paciente, de los 450 encuestados, que contestara correctamente a todas las preguntas que conforman esta **dimensión C**. En todos los pacientes se detectó, por tanto, un desconocimiento respecto a la seguridad del medicamento prescrito, por lo que no se pudo establecer ninguna relación entre el conocimiento de esta dimensión y el tipo de farmacia a la que acudió el paciente.

Por último, tras el análisis de la **dimensión D - Conservación**, se observó que los encuestados en farmacia **rural** presentaron el mayor porcentaje de *conoce* (58,3%). El desconocimiento sobre la conservación de la medicación tanto en la farmacia de centro como la de barrio, fue de un 73% y 52,2% respectivamente ($\chi^2= 16,797$; gl= 2; $p<0,001$) (Figura 4.39).

Tras agrupar los tipos de farmacia en RURAL y URBANA, los resultados obtenidos para el CPM según las cuatro dimensiones también fueron estadísticamente significativos. Se encontró un conocimiento superior en pacientes que acuden a farmacias de tipo urbano para las dimensiones de *proceso de uso* (69,5%) y *objetivo terapéutico* (48,4%). Sin embargo, son los usuarios de farmacias rurales los que más conocen acerca de la *conservación* (58,3%) (Figura 4.38).

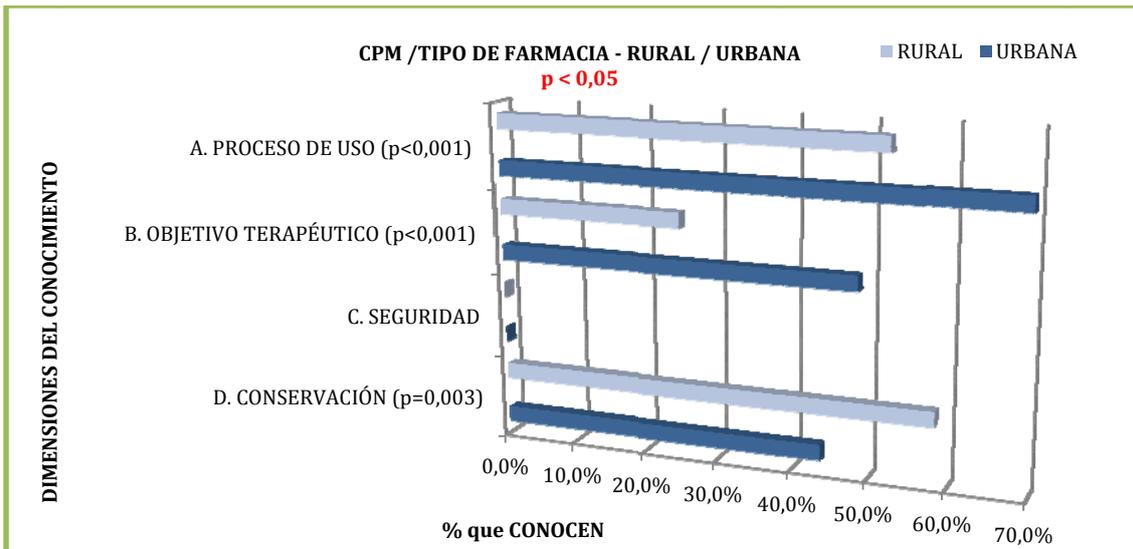


Figura 4.38. Prevalencia de pacientes que CONOCEN las distintas dimensiones, en función del tipo de farmacia RURAL/ URBANA.

Por último, tras analizar específicamente los dos tipos de farmacia URBANA, observamos (Figura 4.39) un mayor conocimiento en los pacientes de farmacia de BARRIO para las dimensiones *proceso de uso* y *conservación*, siendo las diferencias estadísticamente significativas (con valores de $p < 0,001$ y $p = 0,002$ respectivamente). Los usuarios de farmacia urbana de CENTRO conocían mejor los aspectos relativos al *objetivo terapéutico*, si bien las diferencias halladas para esta dimensión no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,080$).

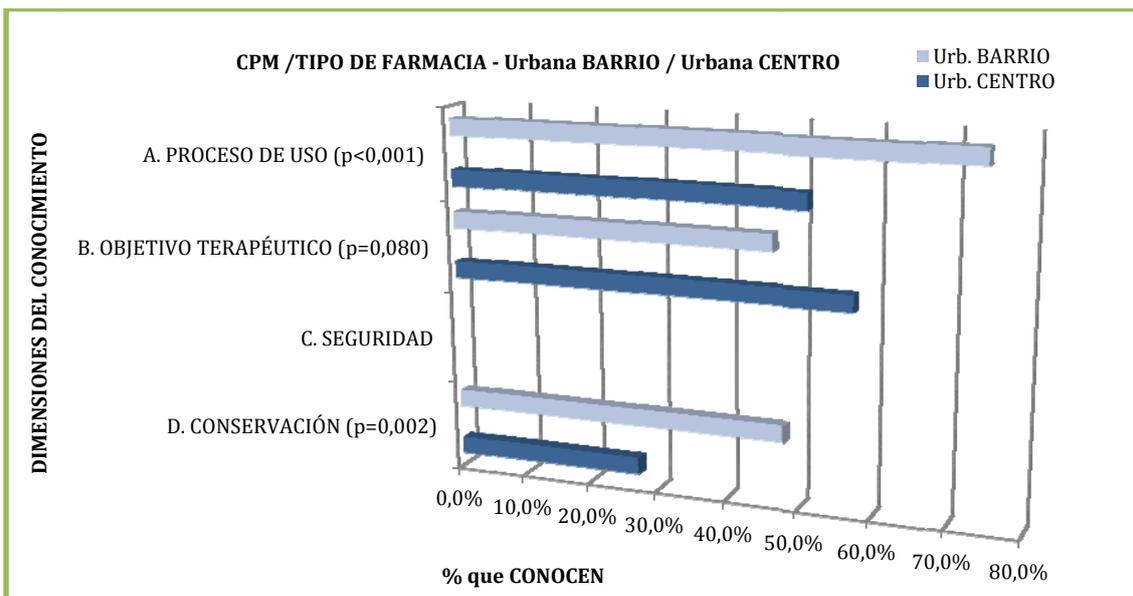


Figura 4.39. Prevalencia de pacientes que CONOCEN las distintas dimensiones, en función del tipo de farmacia Urbana BARRIO / Urbana CENTRO.

4.4.2: CPM / Tipo de MÉDICO PRESCRIPTOR

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas del **CPM Total** en función del tipo de médico prescriptor, si bien se observó una mayor prevalencia de conocimiento en pacientes que presentaban recetas prescritas por el médico de familia o por el especialista (Figura 4.40).

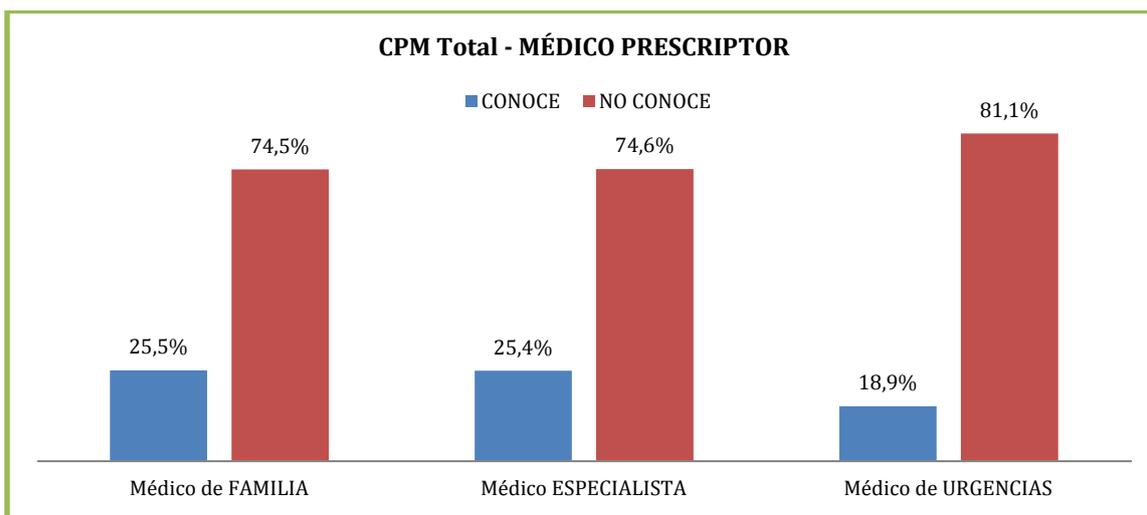


Figura 4.40: Prevalencia del CPM Total según el tipo de médico prescriptor.

En relación al **CPM por dimensiones**, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del médico prescriptor para la **dimensión A - Proceso de Uso**, registrándose la mayor prevalencia de conocimiento acerca de esta dimensión en los casos en los que el médico prescriptor fue el de **Familia**, con un 66,4% casos, seguido del médico especialista con un 60,7% y el de urgencias con un 14,3% ($\chi^2= 8,819$; gl= 2; p=0,012) (Figura 4.41).

Tanto en la **dimensión B - Objetivo Terapéutico** como en **dimensión D - Conservación**, se observó que existía una mayor prevalencia de conocimiento en los casos en los que fue el médico especialista el prescriptor, si bien se trataba de porcentajes muy próximos a los que presentó el médico de familia y los resultados no tuvieron significación estadística.

No pudo establecerse ninguna relación entre el conocimiento de la **dimensión C - Seguridad** y el tipo de médico prescriptor ya que ningún paciente supo contestar correctamente a las cuatro preguntas que la componen.

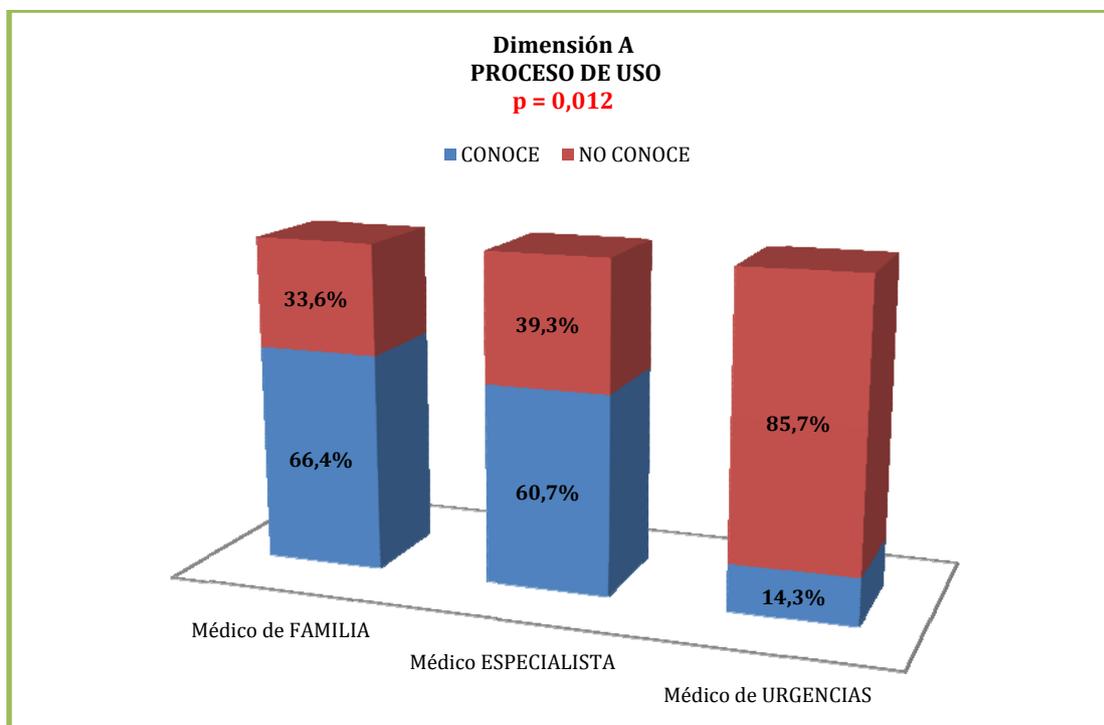


Figura 4.41: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el médico prescriptor y para la dimensión A.

4.4.3: CPM / Tipo de RECETA

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas del conocimiento total del paciente, **CPM Total**, en función del tipo de receta que le hubiera sido prescrita.

El mayor desconocimiento se encontró en pacientes que presentaron partes de urgencias, seguidos por aquellos que traían recetas de la seguridad social, recetas privadas y, en último lugar, recetas de mutuas. Así el porcentaje mayor de pacientes con conocimiento suficiente-óptimo, fue del 30,8% y se encontró en los encuestados que presentaron recetas de mutuas. En lo que respecta a pacientes que aportaron recetas de la seguridad social, y que supuso el 90,2% de los encuestados, el porcentaje de sujetos que conocían la medicación se situó en el 23,2% (Figura 4.42).

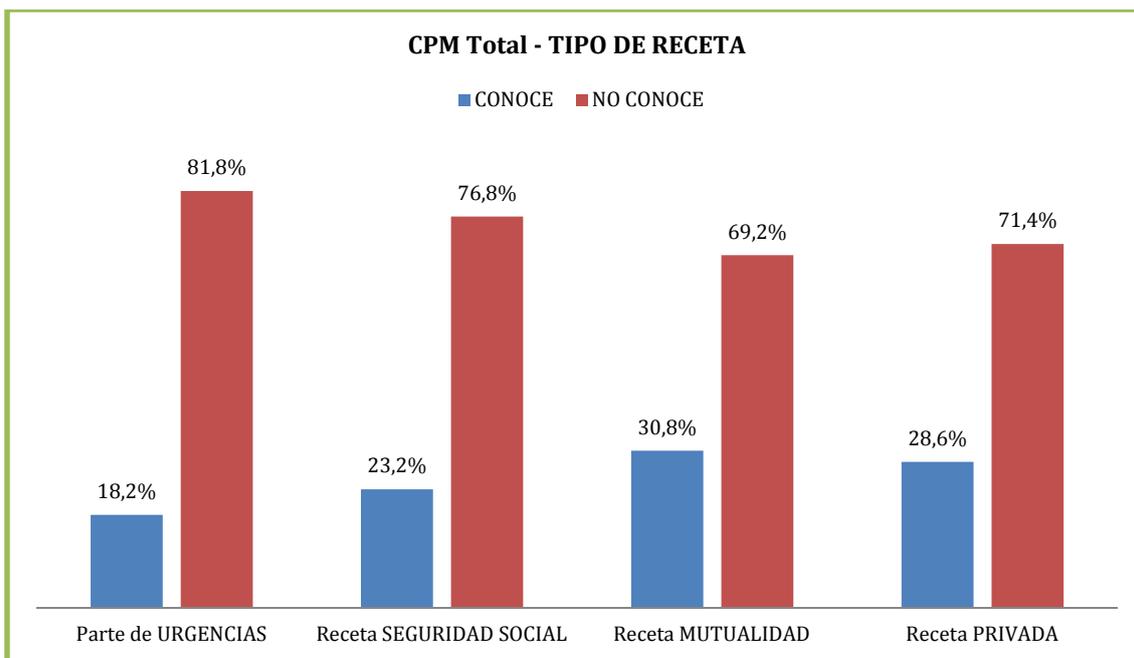


Figura 4.42: Prevalencia del CPM Total según el tipo de receta.

Atendiendo al análisis del **CPM por dimensiones**, se observó una tendencia similar a la encontrada para el conocimiento total (CPM Total) para las **dimensiones A, B y D**. Al igual que para el resto de variables de nuestro estudio, no pudo establecerse ninguna relación entre el conocimiento de la **dimensión C** y el tipo de receta, ya que ningún paciente (independientemente del tipo de receta que le hubiera sido prescrita) supo contestar correctamente a las cuatro preguntas de esta dimensión relativa a la Seguridad.

4.4.4: Características del PACIENTE

4.4.4.1: CPM / Paciente - Cuidador

A nivel global, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas de **CPM Total** entre pacientes y cuidadores, siendo los porcentajes de conocimiento prácticamente los mismos entre ambos grupos, un 23,5% que conocía la medicación frente a un 76,5% que no la conocía (Figura 4.43).

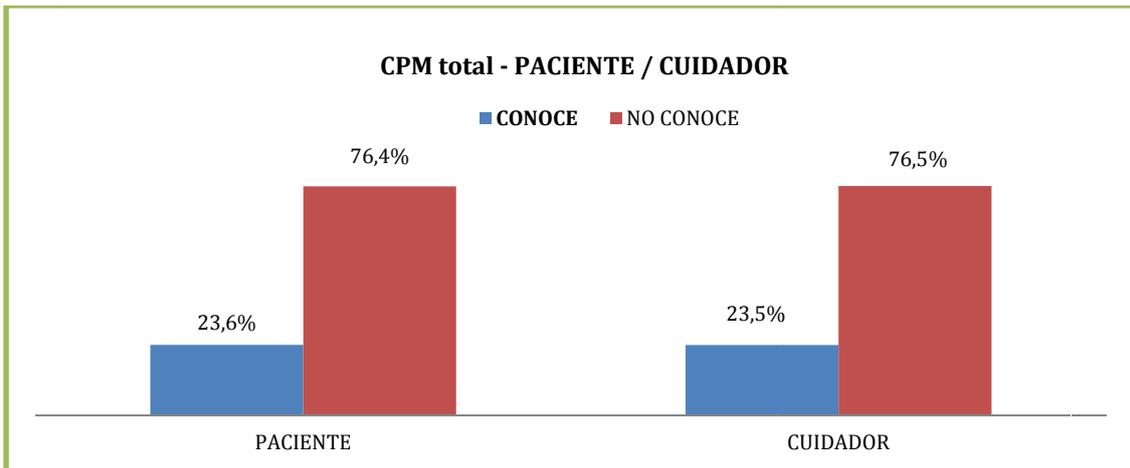


Figura 4.43: Prevalencia del CPM Total según el encuestado sea paciente o cuidador.

Sin embargo, en el estudio del **CPM por dimensiones**, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas del conocimiento entre pacientes y cuidadores en relación a la **dimensión A (proceso de uso)**. Así, dentro del grupo de los pacientes, un 66,6% conocía el **proceso de uso** del medicamento, mientras que en el grupo de los cuidadores este porcentaje se situó en un 55,3% (Figura 4.44). Para las **dimensiones B y D**, la tendencia observada fue similar, si bien, las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas. No pudo establecerse ninguna relación entre el conocimiento de la **dimensión C** y si se trataba de un paciente o cuidador, ya que ningún encuestado supo contestar correctamente a las cuatro preguntas de esta dimensión relativa a la Seguridad.

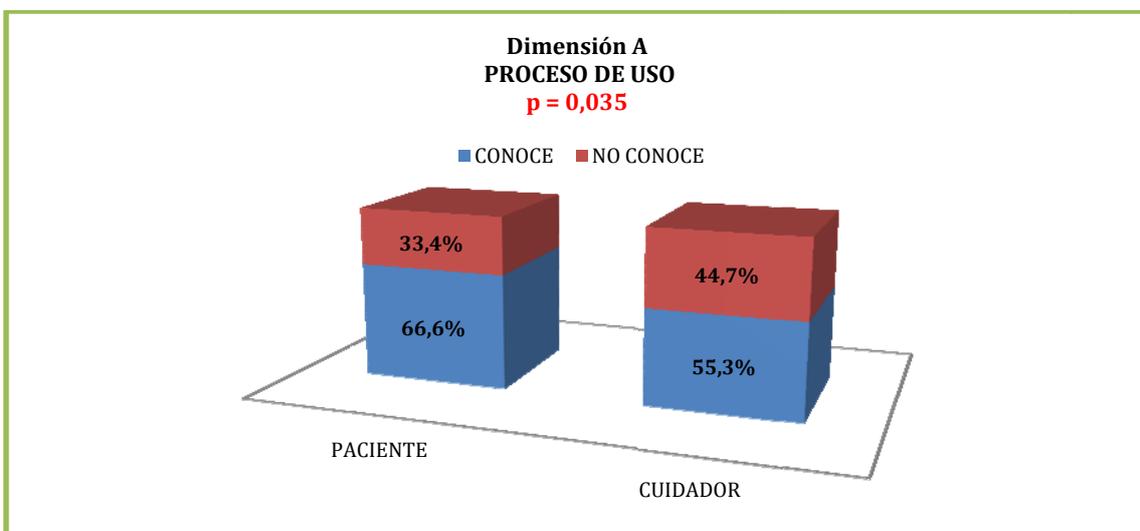


Figura 4.44: Prevalencia de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según sean pacientes o cuidadores, para la dimensión A.

4.4.4.2: CPM / Edad

La **media de edad** de los pacientes que CONOCÍAN la medicación que les había sido prescrita, fue de **55,06 años** con una desviación típica de 16,33, una edad algo superior a la de los pacientes que NO CONOCÍAN la medicación, que se situó en 53,95 años con una desviación típica de 17,04 (Figura 4.45), si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el **CPM total**.

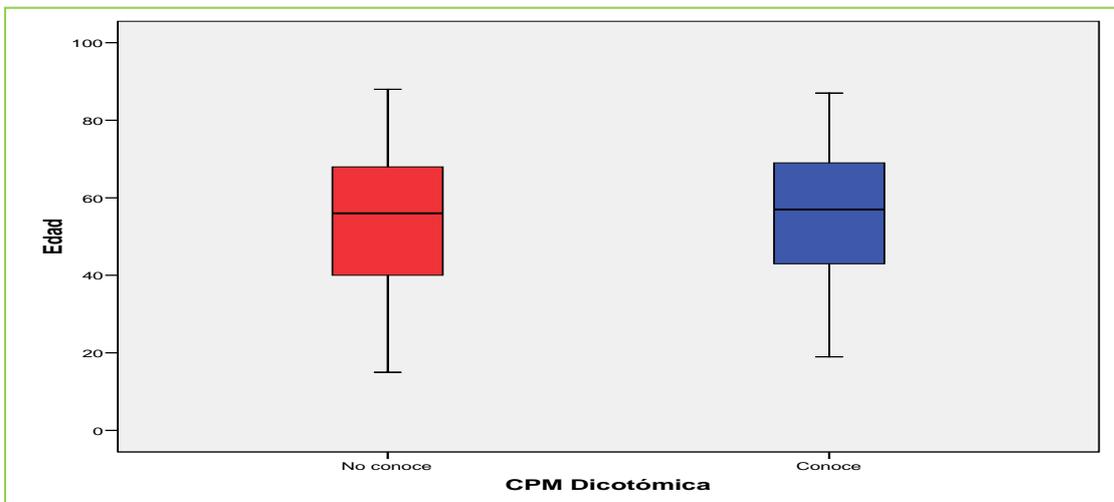


Figura 4.45: Cajas de distribución de edad según el CPM total.

Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas del **CPM por dimensiones** en función de la edad del paciente o cuidador. Se calculó la media de edad de los encuestados que contestaron correctamente a todas las preguntas de cada dimensión, así como la de los que desconocían al menos una de las cuestiones. Tal y como muestra la Figura 4.46, las medias de edad de los que conocían/no conocían cada una de las dimensiones estaban muy próximas: 54,45/53,78 para la dimensión A, 54,03/54,34 para la dimensión B y 54,86/53,62 para la dimensión D. Respecto a la dimensión C ningún paciente de la muestra (que presentó una media de edad de 55,06 años) supo contestar correctamente a todas las cuestiones que la componen.

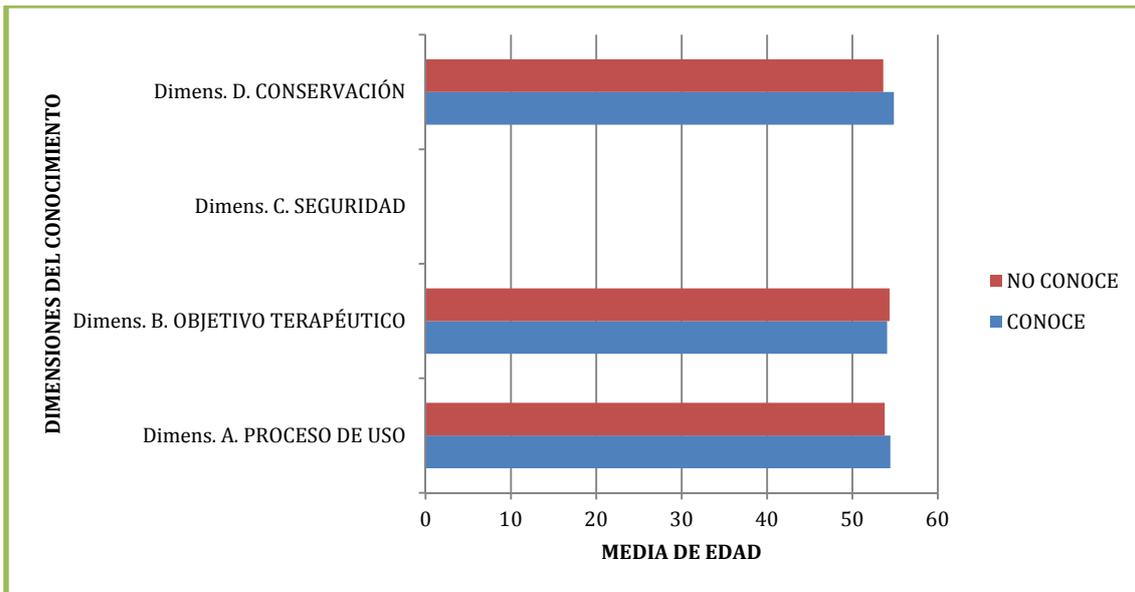


Figura 4.46: Edad media de los encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN cada una de las dimensiones del conocimiento.

Atendiendo a la frecuencia de las distintas edades registradas, se dividió la muestra en los siguientes cuatro grupos (Figura 4.47) que corresponderían a:

- <40: Menores de 40 años (24,2%)
- 40-55: Entre 40 y 55 años (23,8%)
- 56-67: Entre 56 y 67 años (24,9%)
- ≥ 68: Igual o mayores de 68 años (27,1%)

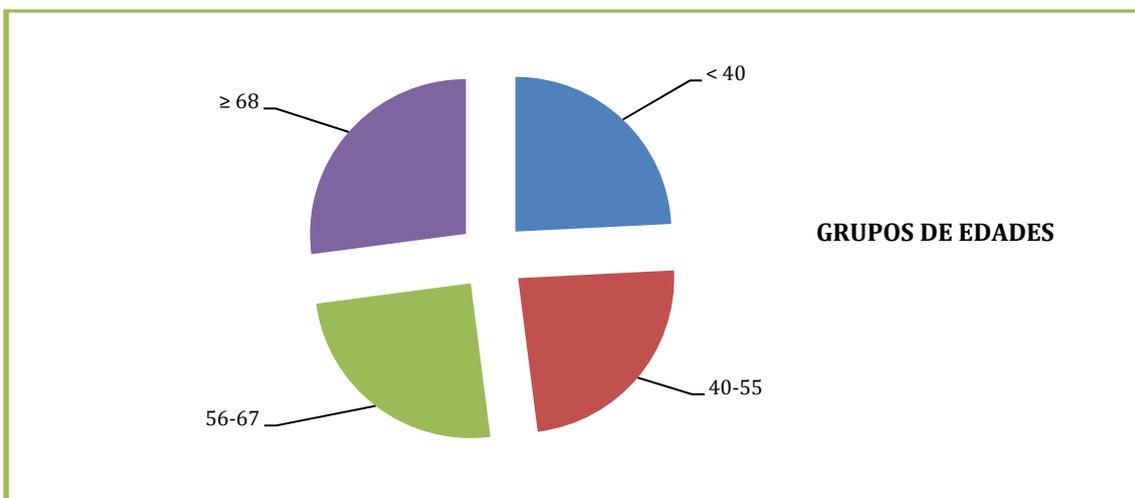


Figura 4.47: Distribución de la muestra por grupos de edad.

No fueron halladas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y el **CPM Total**, si bien al observar las gráficas de distribución de frecuencias de conocimiento, se aprecia un incremento del mismo conforme incrementa la edad (22%, 23,4%, 24,1%, 24,6%) (Figura 4.48).

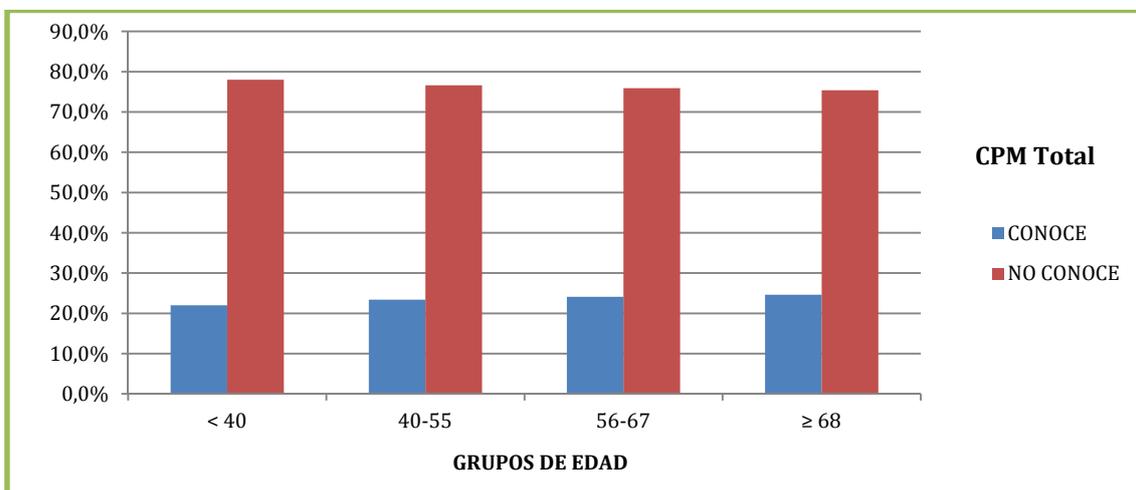


Figura 4.48: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad.

Tras el análisis del **CPM por dimensiones**, no se encontraron tampoco diferencias estadísticamente significativas en función de los cuatro grupos de edad establecidos, aunque en lo que se refiere al *proceso de uso*, se observó una predominancia de conocimiento en el grupo de pacientes con edades comprendidas entre los 40 y los 45 años, seguido del de 56-67 años, de ≥68 años y de <40 años (Figura 4.49).

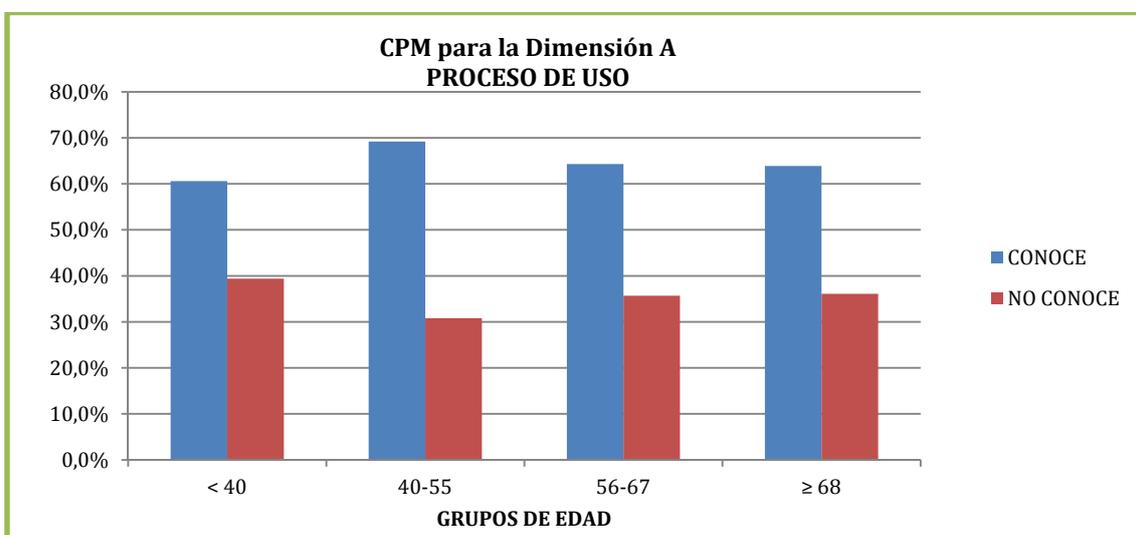


Figura 4.49: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad, para la Dimensión A.

En relación al conocimiento del **objetivo terapéutico**, se pudo observar que, de nuevo, en los grupos de edad 40-55 años y 56-67 años los porcentajes de pacientes que conocen (47,7% y 47,3% respectivamente) son superiores a los de los grupos extremos de menores de 40 y mayores de 68 (36,7% y 35,2%) (Figura 4.50).

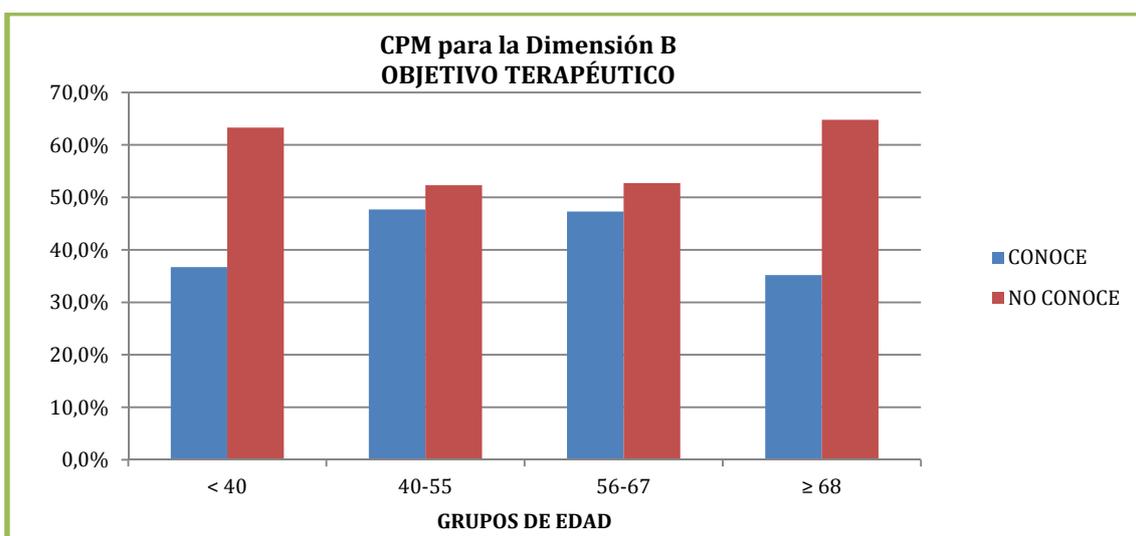


Figura 4.50: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad, para la Dimensión B.

El porcentaje de pacientes que desconocían la dimensión C, **seguridad**, fue del 100% en todos los grupos de edad. Y respecto a la **conservación**, el grupo de edad que conocía mejor esta dimensión D fue el de los encuestados mayores de 67 años (Figura 4.51).

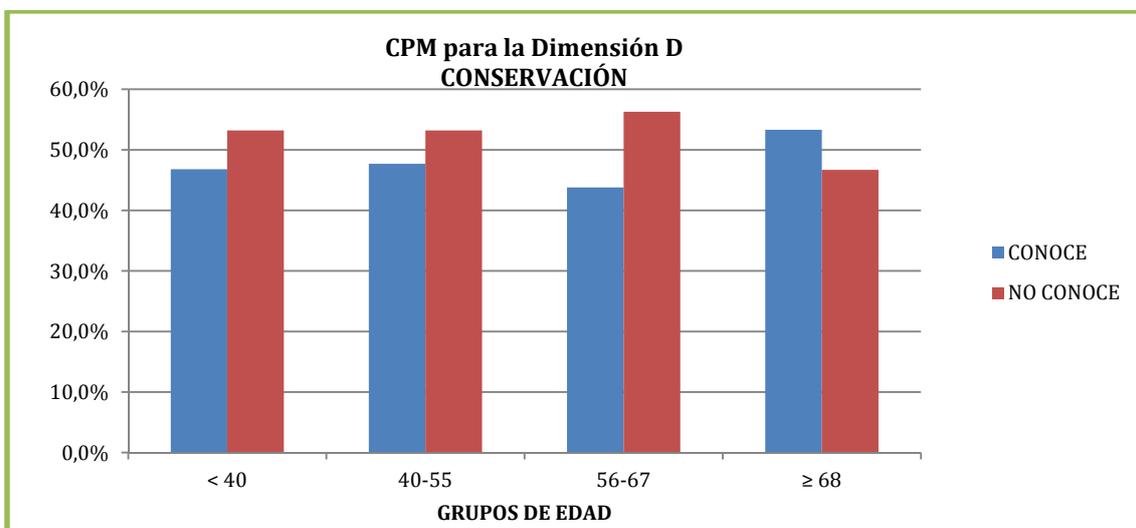


Figura 4.51: Porcentaje de encuestados que CONOCEN y NO CONOCEN, según los grupos de edad, para la Dimensión D.

4.4.4.3: CPM / Género

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas del **CPM total** entre los dos géneros, si bien se observó una prevalencia de conocimiento superior en las **mujeres** respecto a los hombres. Así, un 25,3% de ellas conocía la medicación prescrita, un porcentaje superior al de los hombres, que se situó en el 20,3% (Figura 4.52).

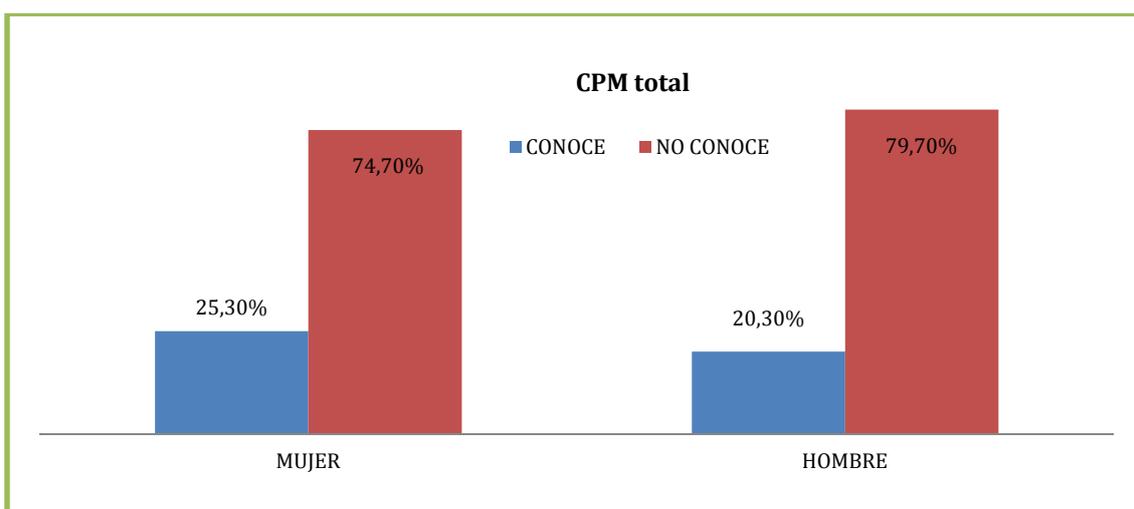


Figura 4.52: Prevalencia del CPM Total según el género.

Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas del **CPM por dimensiones** en función del género, sin embargo, se observó un mayor conocimiento en mujeres que en hombres en relación a la dimensión A - **proceso de uso** (Figura 4.53) y la dimensión B - **objetivo terapéutico** (Figura 4.54).

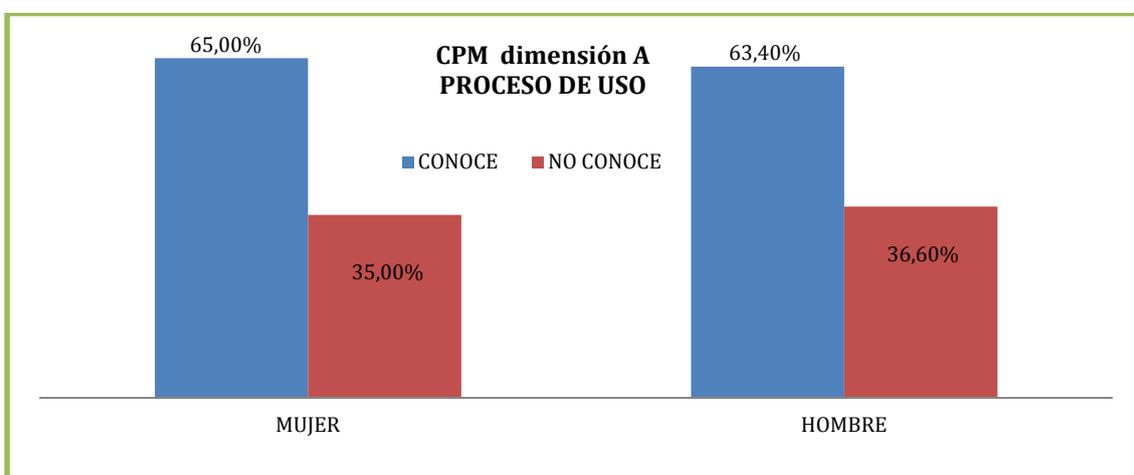


Figura 4.53: Prevalencia del CPM para la dimensión A, en función del género.

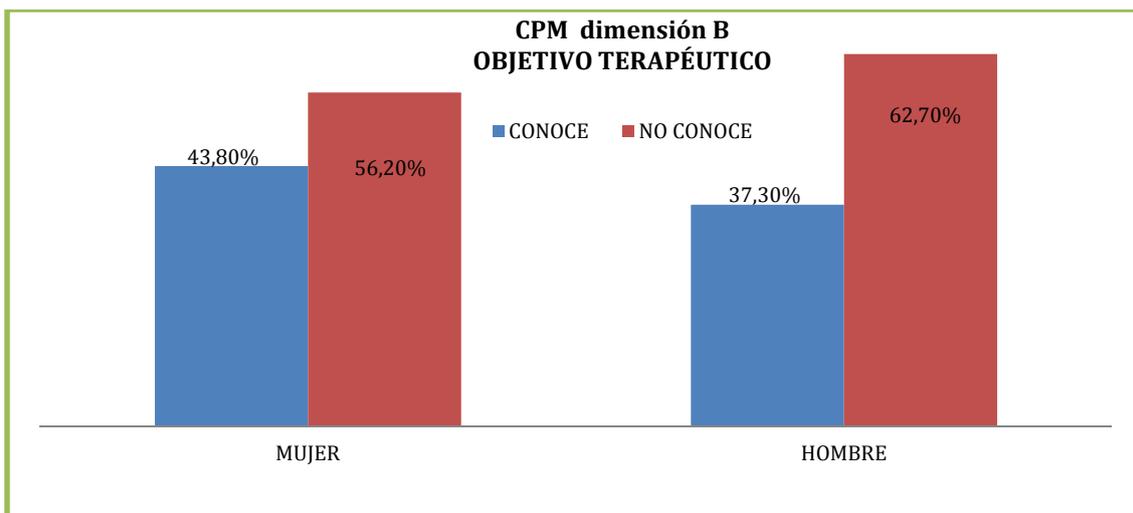


Figura 4.54: Prevalencia del CPM para la dimensión B, en función del género.

En lo que respecta a la dimensión C - *seguridad*, tanto hombres como mujeres presentaron un total desconocimiento, y sólo en la dimensión D - *conservación*, la prevalencia de conocimiento en los hombres (52,3%) superó a la de las mujeres (45,8%) (Figura 4.53).

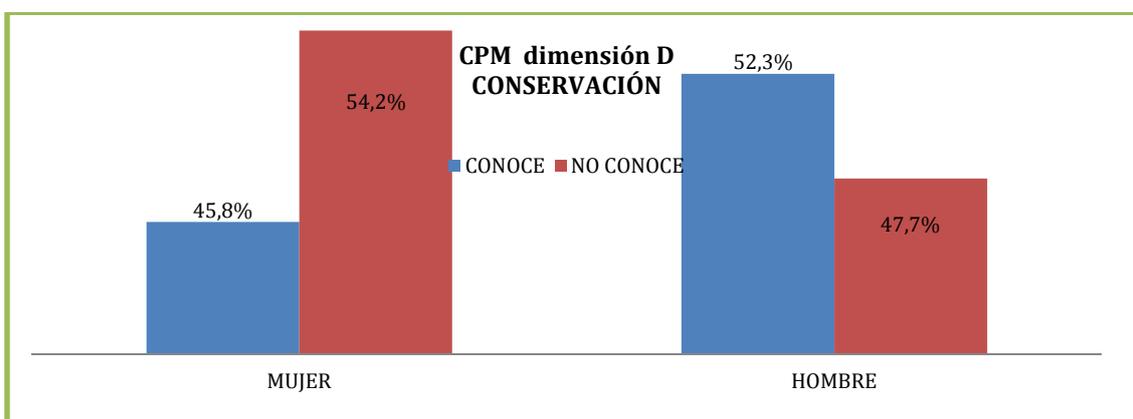


Figura 4.55: Prevalencia del CPM para la dimensión B, en función del género.

4.4.4.4: CPM / Nacionalidad

Los sujetos encuestados y de **nacionalidad española** (el 92,9% de la muestra), presentaron un **CPM Total** superior al de aquellos de otras nacionalidades, siendo las diferencias de conocimiento en función de la nacionalidad estadísticamente significativas ($p=0,006$). Como puede observarse en la Figura 4.56, el 28,3% de los pacientes españoles encuestados conocía la medicación, mientras que ninguno de los pacientes de otras nacionalidades que

fueron encuestados presentaron un conocimiento óptimo o suficiente acerca del medicamento prescrito.

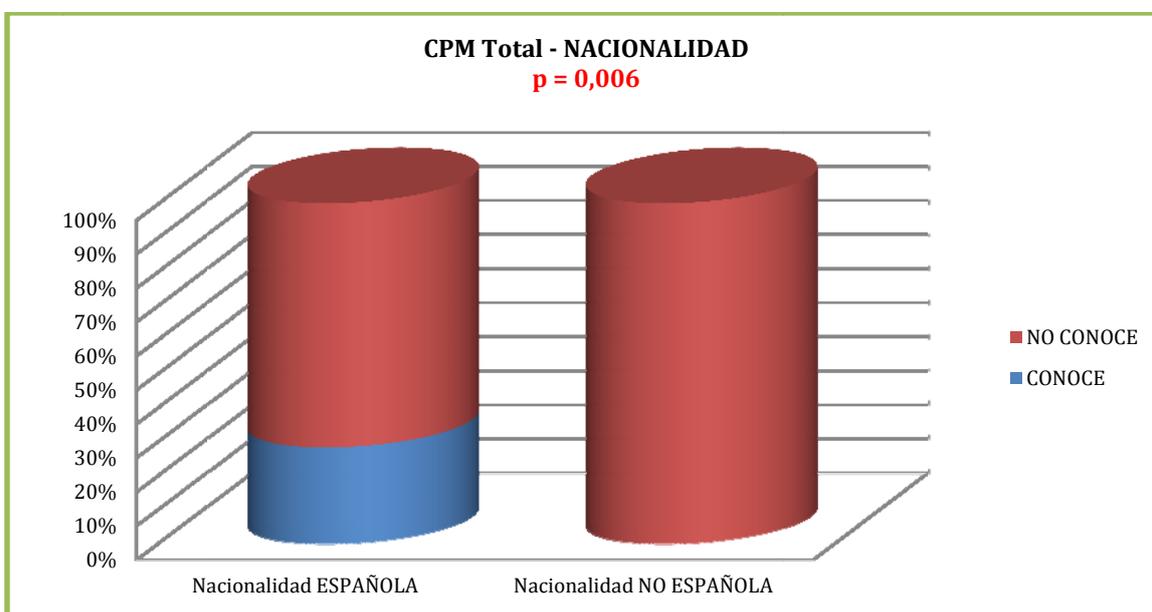


Figura 4.56: Prevalencia del CPM Total según la nacionalidad.

Tras el análisis del **CPM por dimensiones** y la nacionalidad, las diferencias de conocimiento halladas en españoles y no españoles, no fueron estadísticamente significativas. En cualquier caso, la tendencia observada fue similar a la del CPM Total. Los pacientes de nacionalidad española conocen mejor el **proceso de uso** (Figura 4.57), así como el **objetivo terapéutico** (Figura 4.58) o la conservación (Figura 4.59).

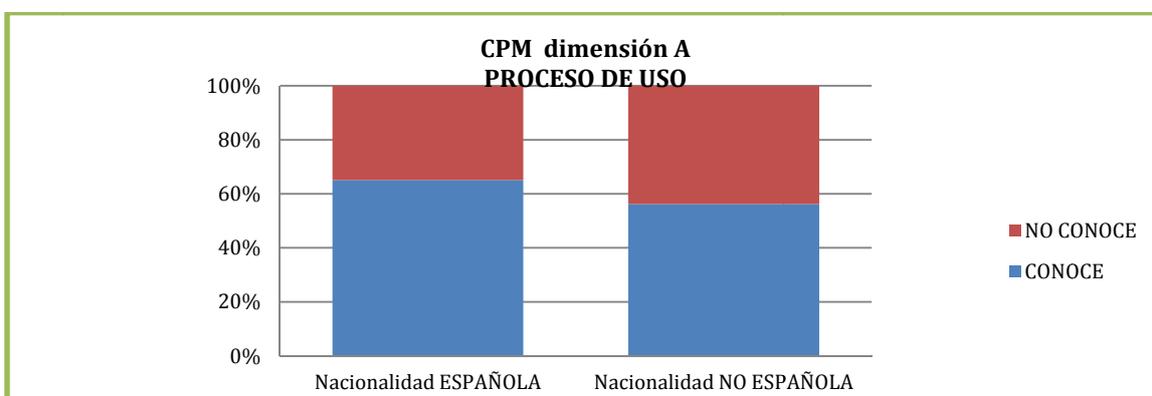


Figura 4.57: Prevalencia del CPM para la dimensión A, según la nacionalidad.

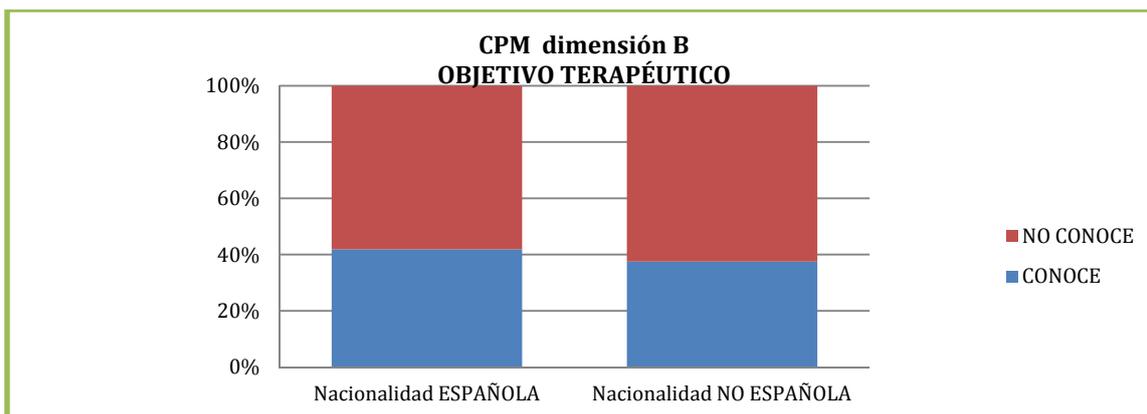


Figura 4.58: Prevalencia del CPM para la dimensión B, según la nacionalidad.

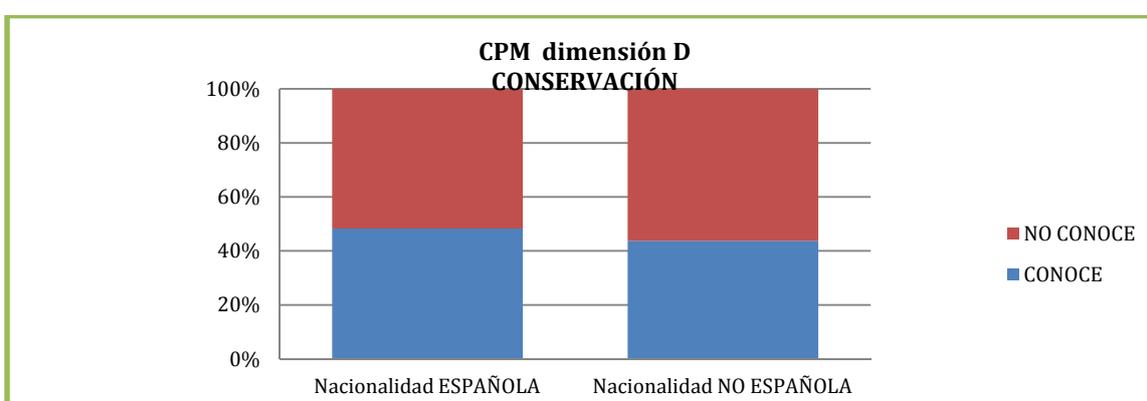


Figura 4.59: Prevalencia del CPM para la dimensión D, según la nacionalidad.

Los encuestados de nacionalidad española presentaron por tanto un mayor conocimiento en todas las dimensiones, excepto en la dimensión C de *seguridad*, que ningún paciente de la muestra supo contestar correctamente en su totalidad.

4.4.4.5: CPM / Nivel de estudios

Los resultados obtenidos tras el tratamiento estadístico de los datos de nuestro estudio, revelaron una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y el **CPM Total** ($\chi^2= 7,696$; $gl= 3$; $p=0,049$), siendo la prevalencia de conocimiento, con un 31,5%, superior en los pacientes que habían cursado **estudios superiores** (y que suponían el 35,6% de la muestra). Así pues, a medida que se eleva el nivel de estudios aumenta el conocimiento acerca de la medicación prescrita y viceversa (Figura 4.60).

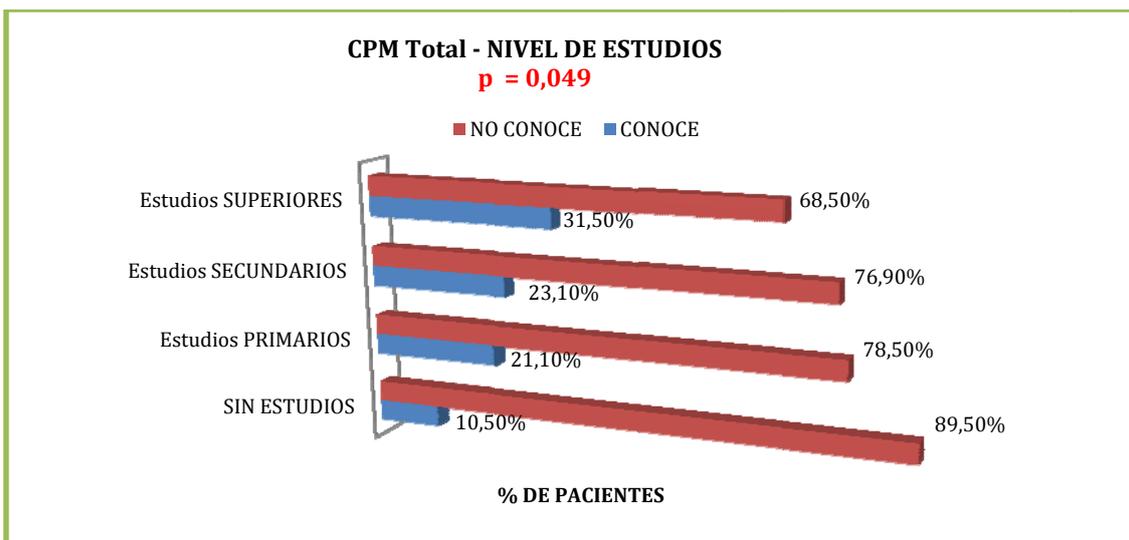


Figura 4.60: Prevalencia del CPM Total según el nivel de estudios.

Los resultados siguieron la misma tendencia al analizar el **CPM Por dimensiones**, observándose un mayor conocimiento a mayor nivel de estudios. Las diferencias de conocimiento en cada una de las dimensiones y en función del nivel de estudios del paciente encuestado, fueron estadísticamente significativas para la **dimensión A - Proceso de uso** ($\chi^2 = 18,078$; gl= 3; $p < 0,0001$), así como para la **dimensión B - Objetivo Terapéutico** ($\chi^2 = 19,153$; gl= 3; $p < 0,0001$), tal y como puede observarse en las Figuras 4.61 y 4.62 respectivamente. También en lo que respecta al conocimiento acerca de la **Conservación**, se observó que el nivel de estudios mejoraba el conocimiento, si bien los resultados para esta **dimensión D** no fueron estadísticamente significativos.

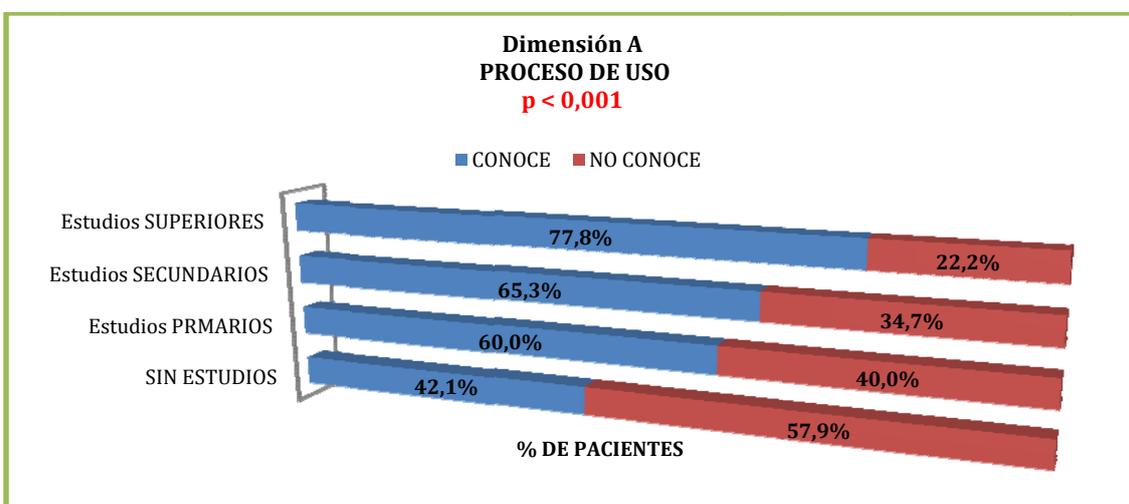


Figura 4.61: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el nivel de estudios y para la dimensión A.

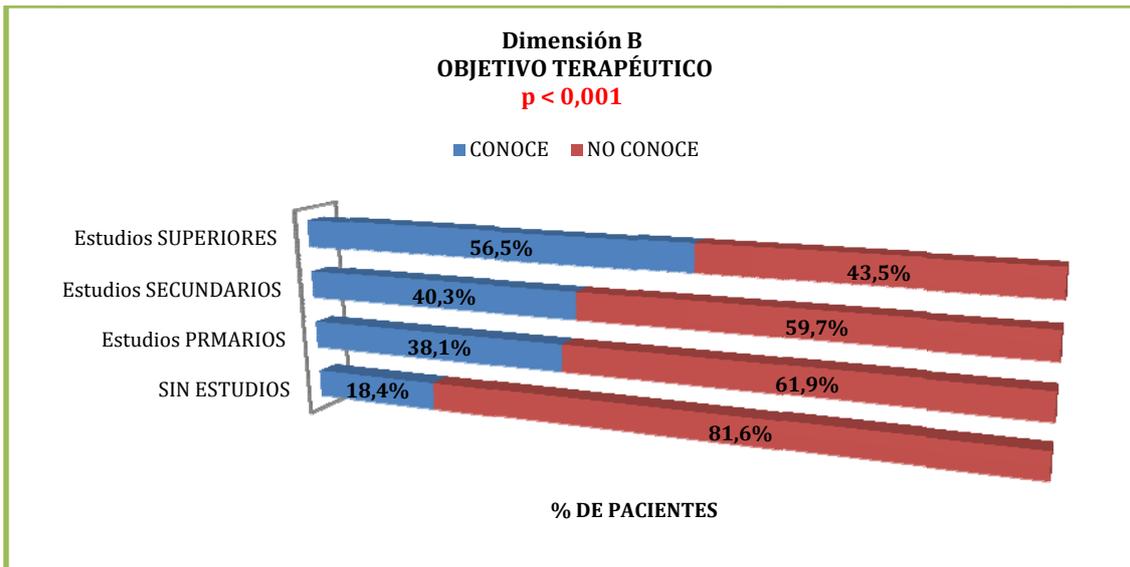


Figura 4.62: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el nivel de estudios y para la dimensión B.

La **dimensión C - Seguridad** no fue conocida en su totalidad por ninguno de los pacientes encuestados, por lo que no se pudo establecer una relación del conocimiento de ésta con el nivel de estudios.

4.4.4.6: CPM / Actividad laboral

Aunque las diferencias halladas de **CPM total** en función de la actividad laboral desempeñada por el paciente no fueron estadísticamente significativas, se observó que aquellos pacientes que desarrollaban trabajos de **tipo intelectual**, eran los que presentaban un mayor conocimiento (Figura 4.63).

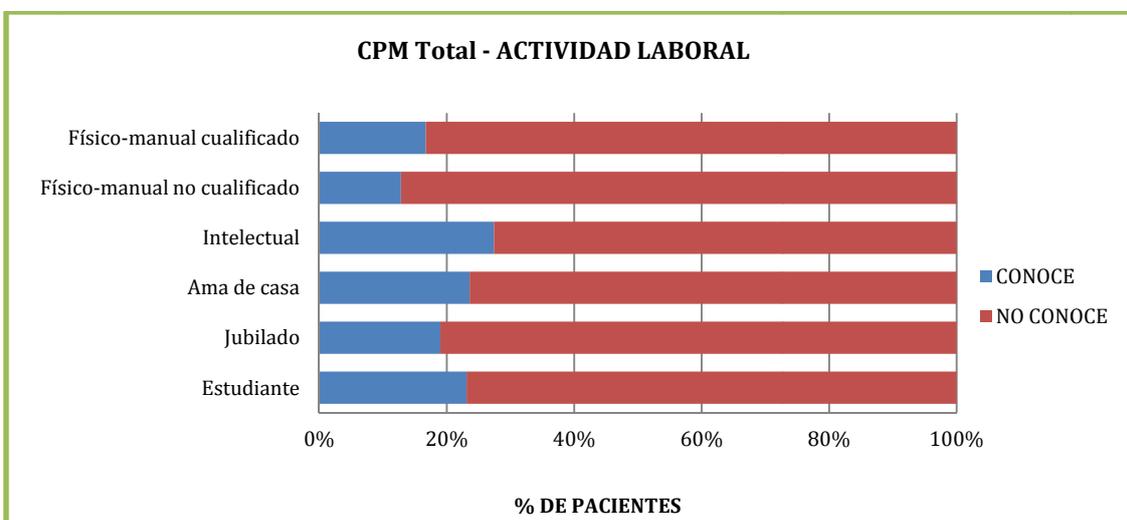


Figura 4.63: Prevalencia del CPM Total según la actividad laboral.

Un 27,4% de los pacientes que desarrollaban trabajos de **tipo intelectual** conocían, seguidos por amas de casa (23,6%), estudiantes (23,10%) y jubilados (19,0%). En relación a los trabajos físico-manuales, se detectó mayor conocimiento en aquellos que era de tipo cualificado frente a los no cualificados.

Atendiendo al **CPM por dimensiones**, las diferencias halladas en función de la actividad laboral desempeñada por el paciente, sólo fueron estadísticamente significativas para la *dimensión B* ($p=0,048$), siendo los encuestados que desarrollaban trabajos de tipo **intelectual**, los que presentaron un mayor conocimiento en lo que respecta al **objetivo terapéutico** (50,4%) (Figura 4.64).

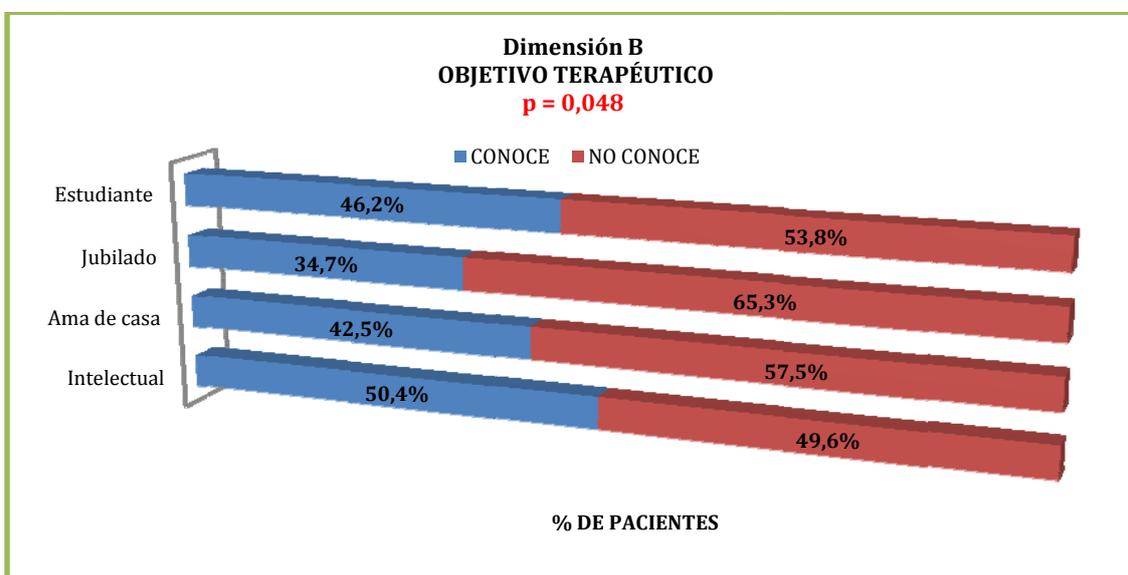


Figura 4.64: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según la actividad laboral y para la dimensión B.

Respecto al **proceso de uso**, la tendencia observada fue similar, siendo los pacientes que desarrollaban trabajos de tipo intelectual los que mejor conocían esta dimensión A, si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,246$). Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,519$) en el caso de la *dimensión D*, si bien se apreció un mayor conocimiento de la **conservación** por parte de los jubilados, seguidos de las amas de casa (Figura 4.65). Ninguno de los encuestados, independientemente de la actividad laboral que tuviera, supo contestar correctamente a todas las cuestiones relativas a la *dimensión C* de **seguridad**, por lo que no pudo establecerse ninguna relación entre ésta y la actividad laboral.

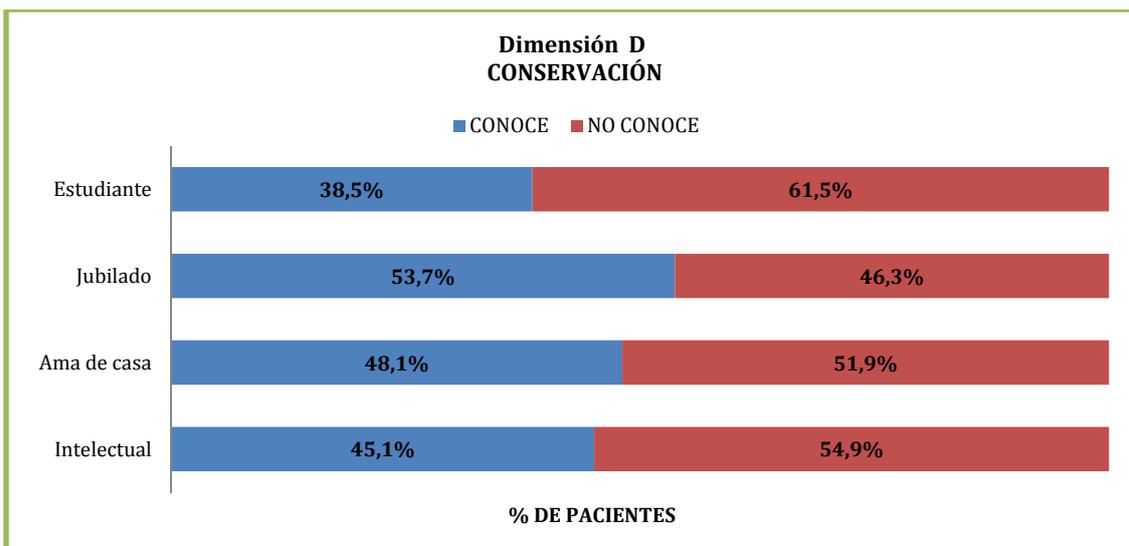


Figura 4.65: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según la actividad laboral y para la dimensión D.

4.4.4.7: CPM / Duración del tratamiento

Se registró un conocimiento, **CPM total**, ligeramente superior en pacientes que **repetían la medicación**, un 23,9%, frente a aquellos que iban a tomar por primera vez el medicamento prescrito, un 22,7%, si bien las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas (Figura 4.66).

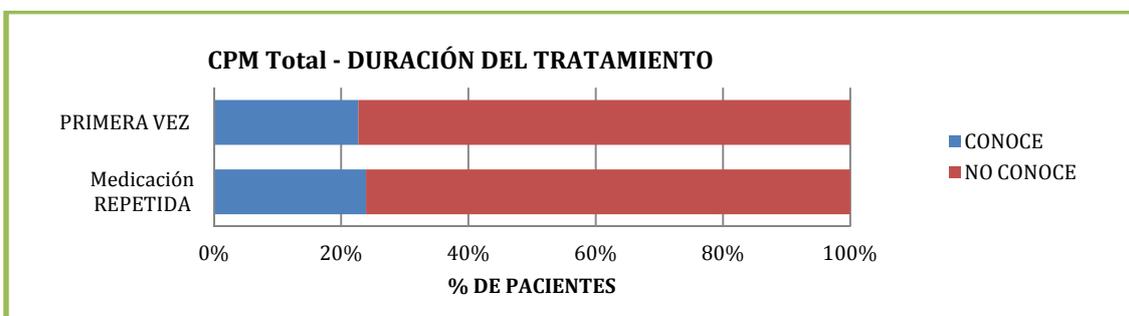


Figura 4.66: Prevalencia del CPM Total según se haya tomado o no el medicamento con anterioridad.

Sin embargo, en el estudio del **CPM por dimensiones** sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función de si el paciente tomaba la medicación por primera vez o no, siendo los porcentajes de pacientes que conocían superiores en el grupo de los que repetían la medicación frente los que la tomaban por primera vez. Un 68,6% de los que repetían la medicación conocía el *proceso de uso* frente a un 52,9% de los que la tomaban por primera vez. En el caso del *objetivo terapéutico* el 44,1% de los que habían tomado la medicación con

anterioridad lo conocían frente al 34,5% de los que la tomaban por primera vez. Y el 50,5% de los que repetían la medicación conocían la *conservación*, frente al 41,2% de los que la tomaban por primera vez. La dimensión de *seguridad*, presentó un desconocimiento total por parte de todos los encuestados, independientemente del tiempo que llevaran tomando la medicación (Figura 4.67).

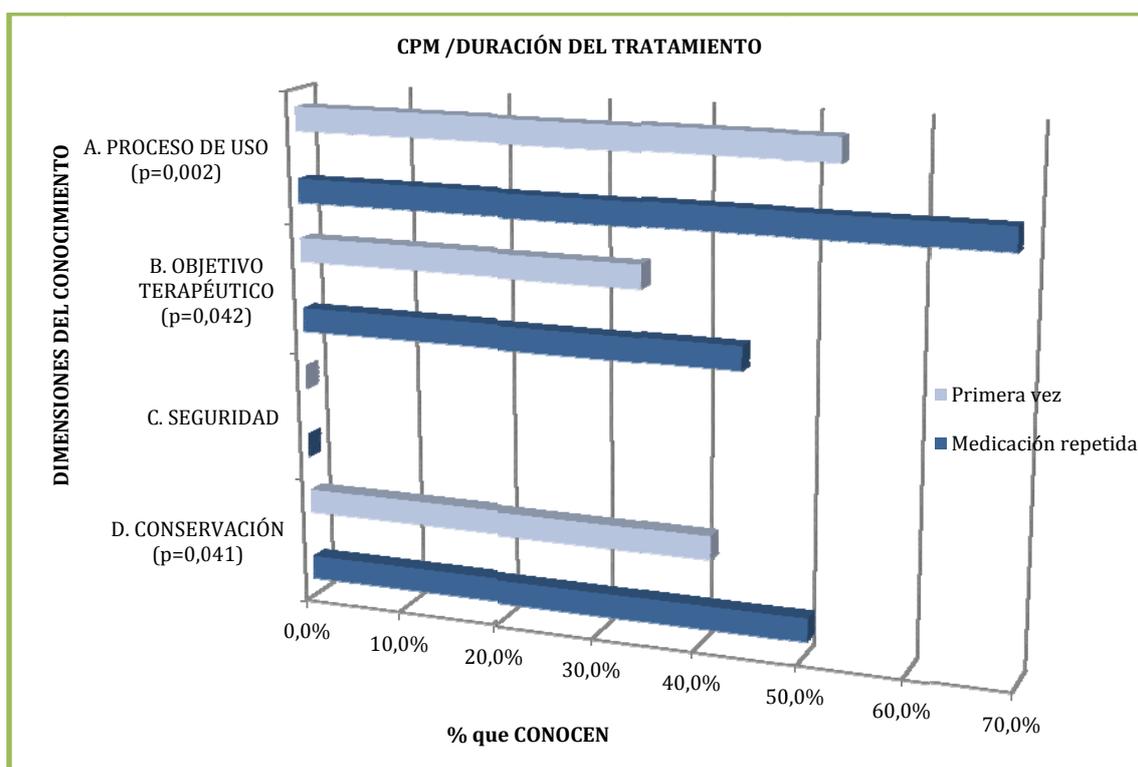


Figura 4.67: Prevalencia de pacientes que CONOCEN las distintas dimensiones, en función de que hayan tomado o no el medicamento con anterioridad.

4.4.4.8: CPM / Número de Medicamentos

No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos que vincularan el número de medicamentos que tomaba el paciente con el conocimiento de éste acerca de la medicación prescrita, lo que definimos como el **CPM total**, aunque se apreció mayor conocimiento en aquellos pacientes que tomaban un único medicamento (monoterapia), que conocían la medicación en un 26,2% de los casos, frente a los que tomaban más de un medicamento que presentaron un conocimiento óptimo en un 23% de los casos (Figura 4.68).

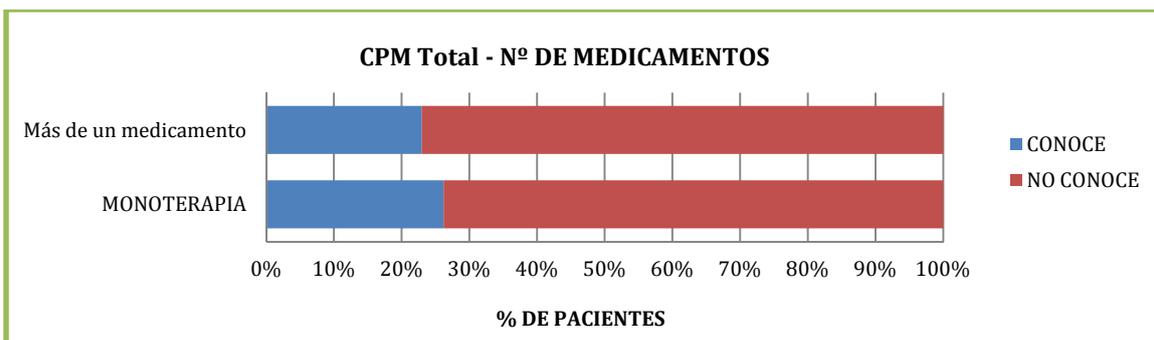


Figura 4.68: Prevalencia del CPM Total según el paciente tome o no más de un medicamento.

Sin embargo, una vez el paciente toma más de un medicamento, el hecho de estar **polimedicado** (tomar cinco o más medicamentos) parece influir positivamente en el **CPM total**. Así, aunque los resultados tampoco fueron en este caso estadísticamente significativos, se observó que un 26,8% de los pacientes polimedicados conocía la medicación, mientras que en el caso de los pacientes que toman más de un medicamento pero menos de cinco, el porcentaje de los que conocían se situaba en el 20,6% (Figura 4.69).

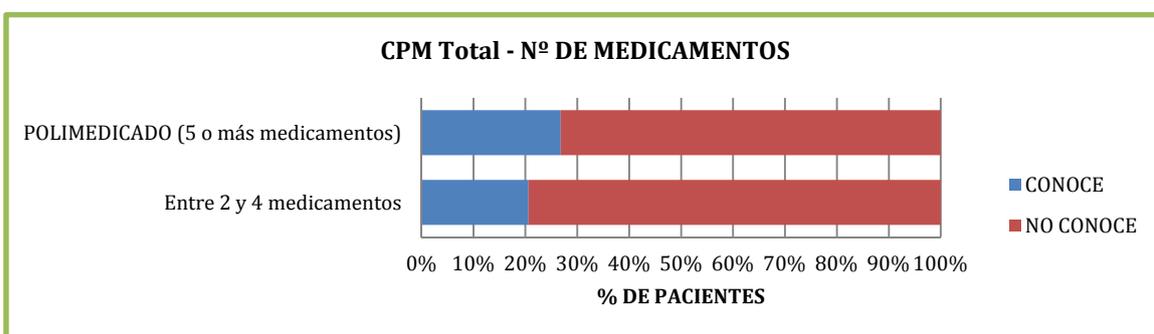


Figura 4.69: Prevalencia del CPM Total en función del número de medicamentos.

Tras el análisis del **CPM por dimensiones**, en función del número de medicamentos que tomaba el paciente, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas. El porcentaje de pacientes **polimedicados** que contestó correctamente a todas las cuestiones de la *dimensión A – Proceso de uso*, fue del **65%**, en el caso de pacientes en monoterapia un 64,3%, y en los pacientes que tomaban entre dos y cuatro medicamentos un 64,2% (Figura 4.70).

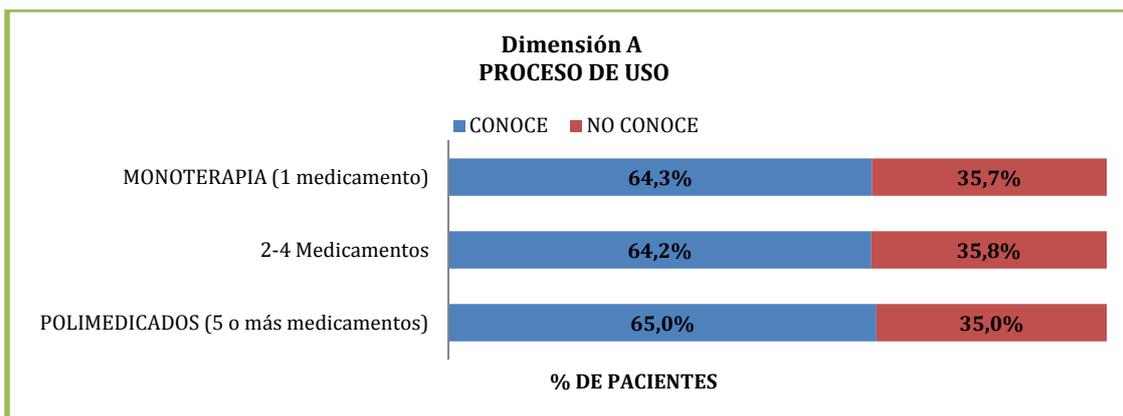


Figura 4.70: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN la dimensión A, según el número de medicamentos que toman.

Por otro lado, los pacientes en **monoterapia** presentaron un conocimiento mayor acerca de la *dimensión B - objetivo terapéutico*. Así, un **48,8%** de los pacientes que tomaban **un único medicamento**, contestó correctamente a todas las preguntas de esta dimensión, frente al 42,2% de los que tomaban entre dos y cuatro medicamentos, o el 39,8% de los polimedicados, que fueron los que mostraron un conocimiento menor (Figura 4.71).

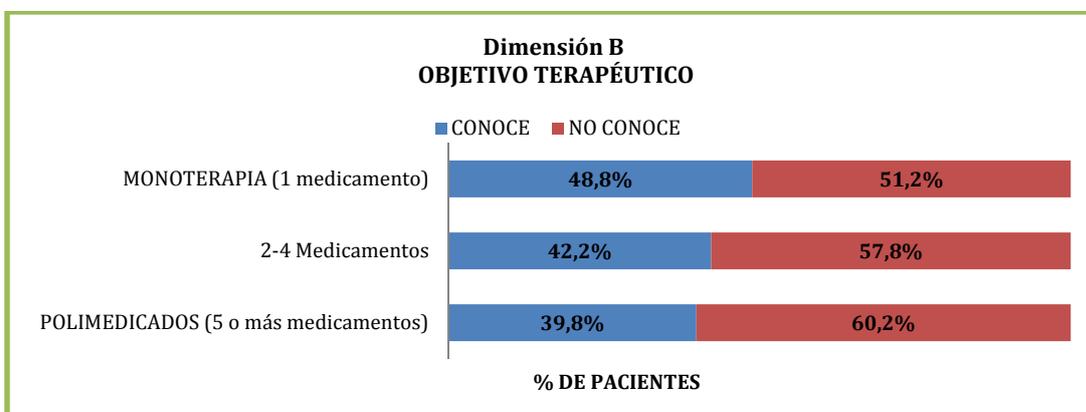


Figura 4.71: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN la dimensión B, según el número de medicamentos que toman.

En el caso de la *dimensión D - Conservación*, fueron los pacientes **polimedicados** los que presentaron un mayor conocimiento de la misma, contestando correctamente a ella un **54,5%** de los pacientes que tomaban 5 o más medicamentos (Figura 4.72).

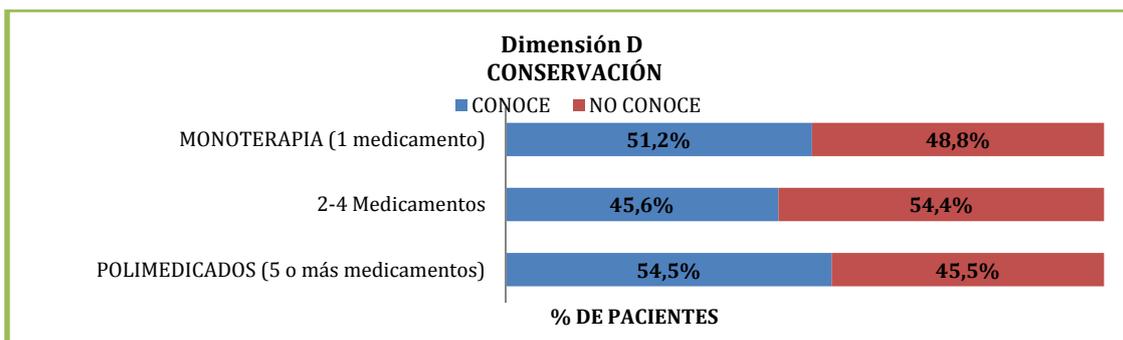


Figura 4.72: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN la dimensión D, según el número de medicamentos que toman.

Ningún paciente de la muestra, independientemente del número de medicamentos que tomara, supo contestar correctamente a la *dimensión C – Seguridad*.

4.4.5 CPM / Tipo de MEDICAMENTO

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas del **CPM total** en función del grupo terapéutico al que pertenecía el medicamento prescrito, sí se observó una prevalencia de conocimiento superior en medicamentos del **sistema nervioso** (29,5%), seguidos del cardiovascular (26,7%), digestivo (22,2%) y respiratorio (21,3%) (Figura 4.73).

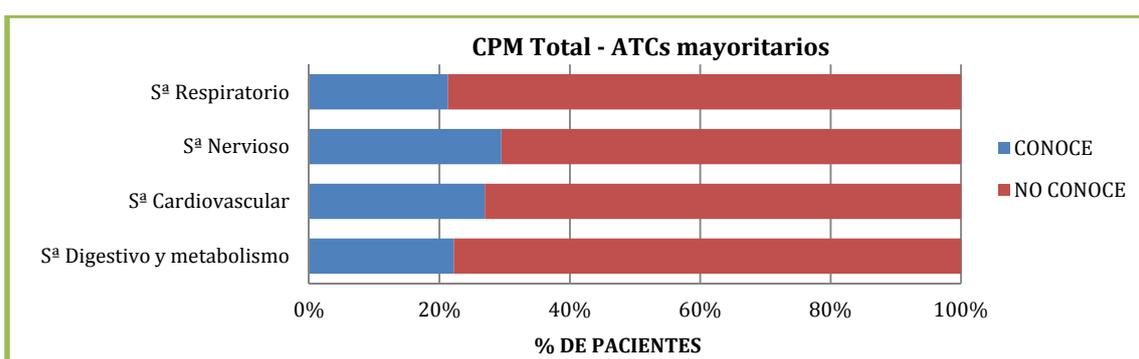


Figura 4.73: Prevalencia del CPM Total en función de los cuatro grupos ATC mayoritarios.

Analizando la distribución de los 450 pacientes de la muestra, diferenciados según su CPM Total (conoce/no conoce) y para cada uno de los distintos grupos terapéuticos ATC, observamos que el porcentaje de pacientes que conocían la medicación en el grupo de medicamentos del sistema nervioso era inferior al de pacientes que no la conocían, y lo mismo sucedía en el segundo grupo que registró

mayor conocimiento, el del sistema cardiovascular. Sin embargo, en los dos siguientes grupos ATC (por orden decreciente de conocimiento): sistema digestivo/metabolismo y sistema respiratorio, esta relación se invierte, siendo mayor el porcentaje de pacientes que conocen frente al que no conocen (Figura 4.74):

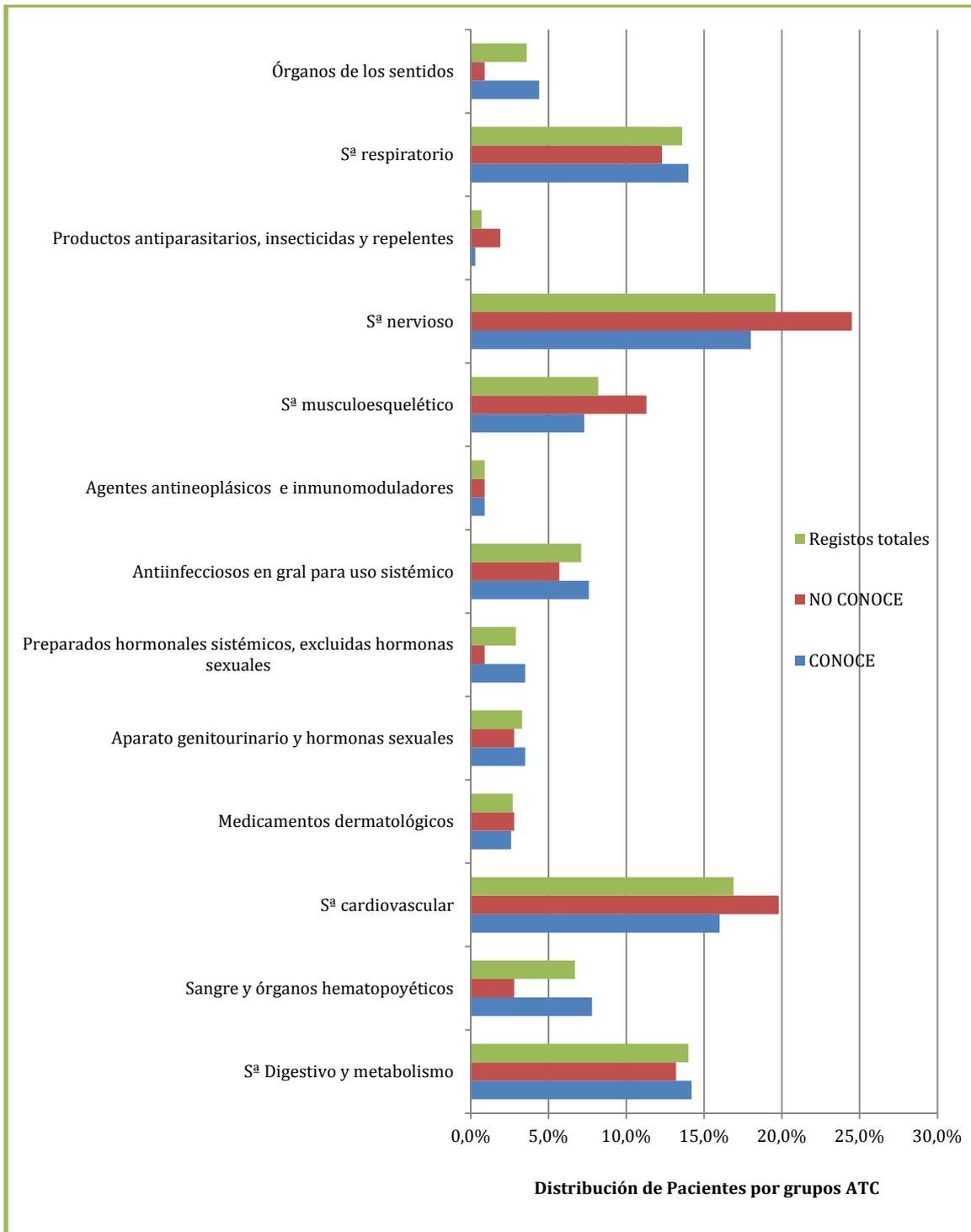


Figura 4.74: Distribución de porcentajes de pacientes que CONOCEN / NO CONOCEN, según los ATCs registrados.

Tras el análisis del **CPM por dimensiones**, sí que se hallaron diferencias estadísticamente significativas de conocimiento por parte del paciente, en función del grupo terapéutico al que perteneciera el medicamento que le había sido prescrito.

Se observó que un **82,9%** de los pacientes a los que les fue prescrito un medicamento para el **sistema cardiovascular**, conocía la *dimensión A – proceso de uso*. En el caso de que el medicamento prescrito fuera para el sistema nervioso, este porcentaje descendía hasta el 60,2%, si el medicamento era para el sistema digestivo y metabolismo era de un 58,7%, y un 52,5% si era para el sistema respiratorio (Figura 4.75).

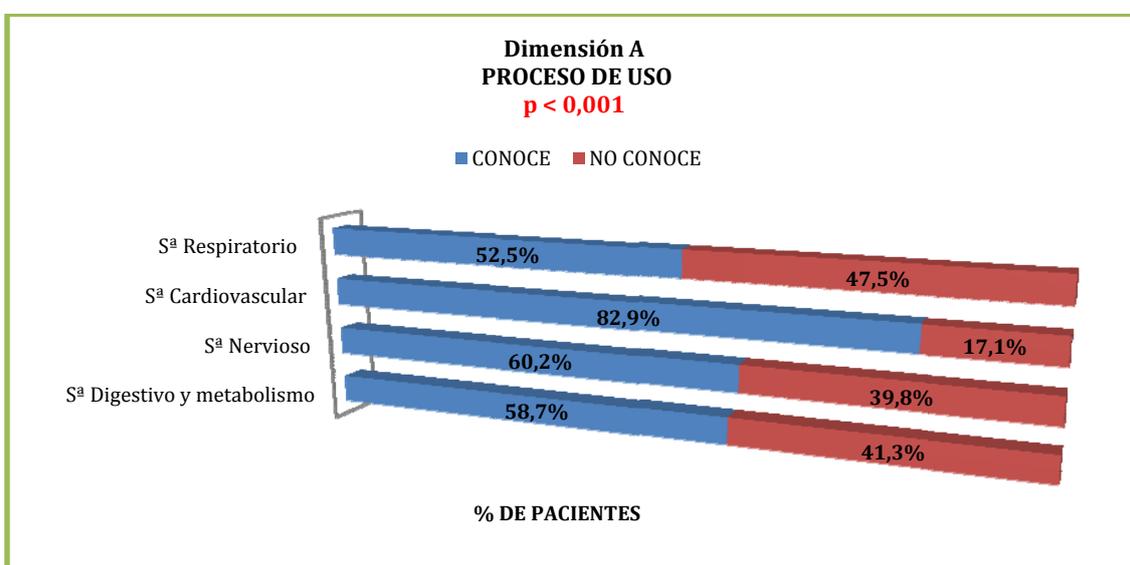


Figura 4.75: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el ATC del medicamento prescrito y para la dimensión A (análisis de los cuatro ATC mayoritarios).

Respecto a la *dimensión B – Objetivo terapéutico*, también los pacientes a los que les habían prescrito medicamentos para el sistema **cardiovascular** fueron los que registraron mayor conocimiento de esta dimensión, conociéndola un **53,9%**. Y, al igual que para la dimensión A, al sistema cardiovascular le siguieron el sistema nervioso (39,35%), el digestivo y metabolismo (44,4%) y el respiratorio (39,9%) (Figura 4.76).

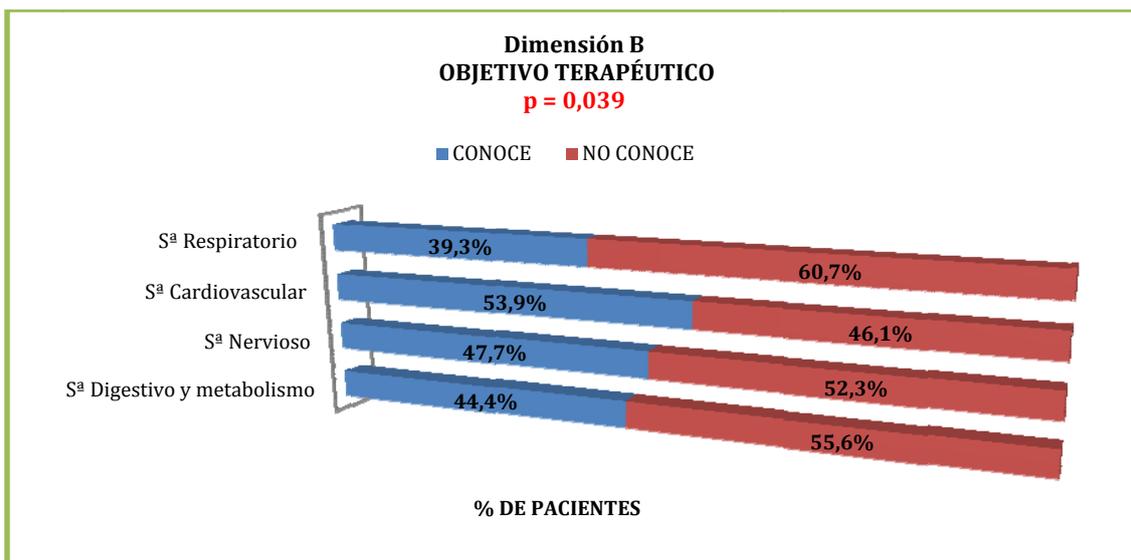


Figura 4.76: Prevalencia de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN según el ATC del medicamento prescrito y para la dimensión B (análisis de los cuatro ATC mayoritarios).

4.4.6: CPM / FUENTES DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

4.4.6.1: CPM / Médico Informador

Como ya comentamos anteriormente, al analizar las fuentes de información referidas para el total de ítems analizados en los 450 *Cuestionarios CPM* ($n = 11\text{ ítems} \times 450\text{ pacientes} = 4950\text{ ítems}$), observamos como es el **médico de familia**, referido en un 44,2% del total de ítems analizados, el profesional que los pacientes refieren como principal fuente de información, seguido del **médico especialista**, con un 24,4%. El porcentaje de preguntas en las cuales los pacientes señalaron al **médico de urgencias** o al **farmacéutico** como fuente de información fue de un 0,4% en ambos casos (volver a la Figura 4.10).

Analizando las cuatro dimensiones del conocimiento, se observó que tanto para la *dimensión A – Proceso de uso*, como la *B – Objetivo terapéutico* y la *D – Conservación*, los resultados señalaban también al **médico de familia** como principal fuente de información, seguido del médico especialista y del de urgencias. En el caso de la *dimensión C – Seguridad*, al existir un elevado desconocimiento, la prevalencia disminuye, aunque sigue siendo el médico de familia la principal

fuente de información referida por el paciente. El paciente apenas indicó al farmacéutico como fuente de información en ninguna de las cuatro dimensiones (ver Figura 4.77):

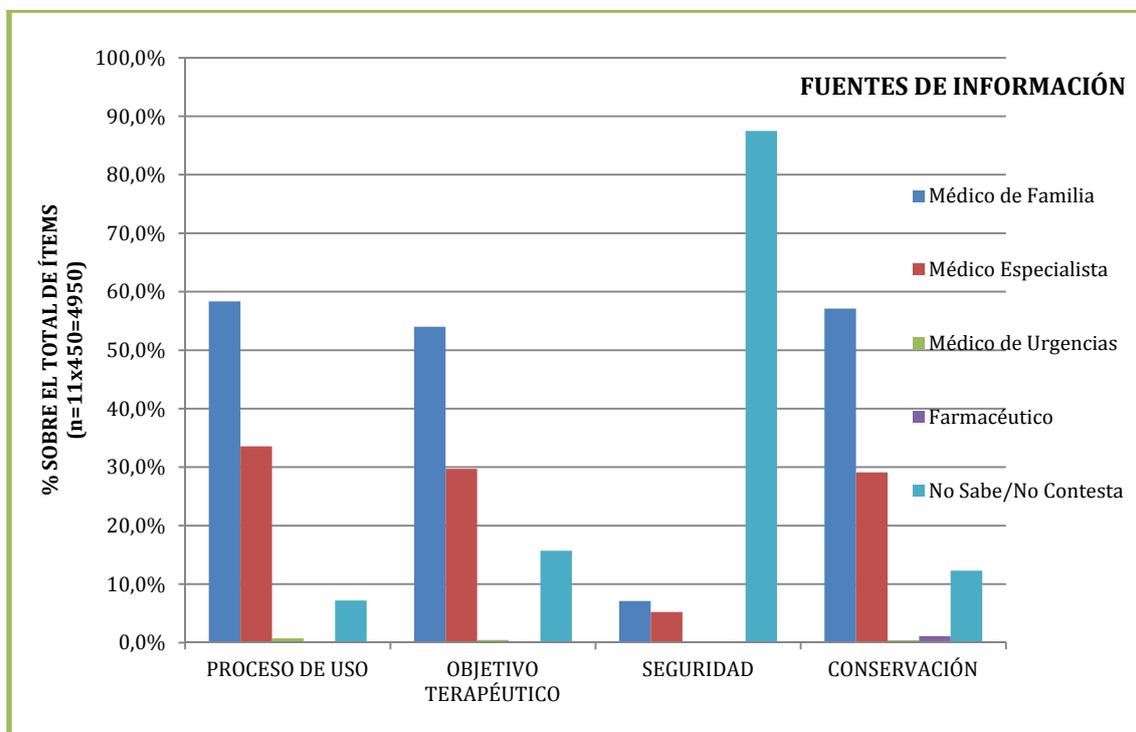


Figura 4.77: Distribución de las distintas fuentes de información referidas por los pacientes encuestados, para cada una de las dimensiones del conocimiento.

Analizando el conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM) y centrándonos en el tipo de médico que informa (descartando los NS/NC), éstos fueron los resultados obtenidos para cada una de las 11 preguntas del *Cuestionario CPM* agrupadas en las cuatro dimensiones del conocimiento:

Dimensión A - Proceso de Uso de los Medicamentos: En relación a las cuatro preguntas p.02, p.03, p.04 y p.05 relacionadas con el proceso de uso de los medicamentos, el **médico de familia** es, con porcentajes superiores al 60% en todas ellas, el profesional que más frecuentemente informa al paciente (Figura 4.78).

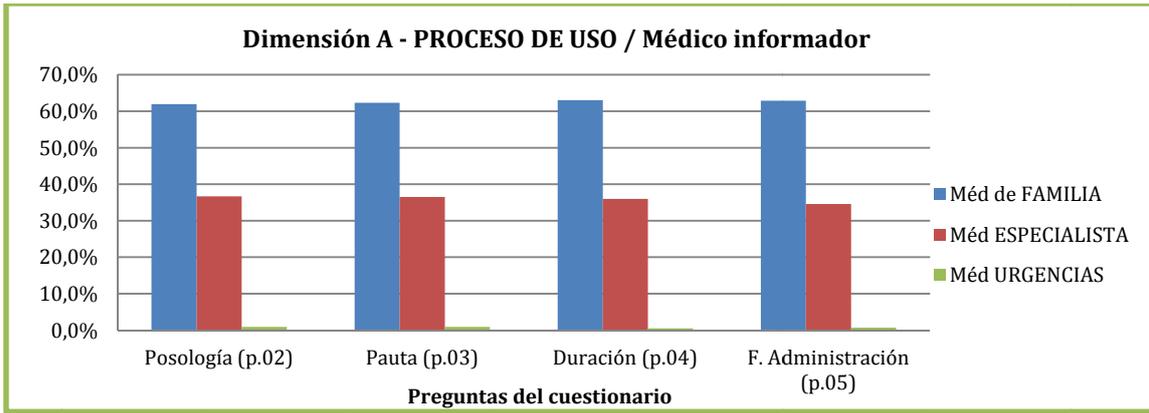


Figura 4.78: Tipo de médico informador referido por el paciente para las cuatro preguntas de la dimensión A – PROCESO DE USO.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas del conocimiento de la **posología**, en función del médico que había proporcionado esta información al paciente, siendo la relación de pacientes que conocen/no conocen de 95,9%/4,1% en el caso del **médico de familia**, 94,9%/5,1% en el especialista y 75%/25% en el médico de urgencias (Figura 4.79). En cuanto a la distribución del total de pacientes de la muestra que conocían la posología, la mayoría (un 62,7%), había recibido la información por parte del médico de familia (Figura 4.80).

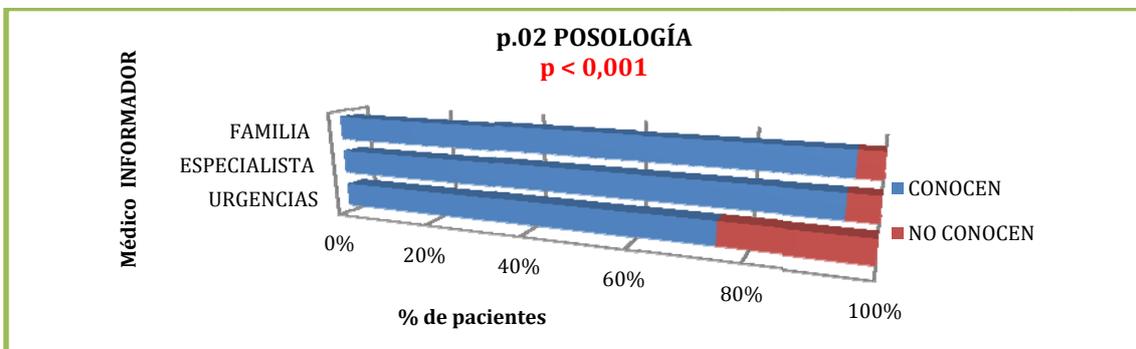


Figura 4.79: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la POSOLOGÍA, en función del médico informador.

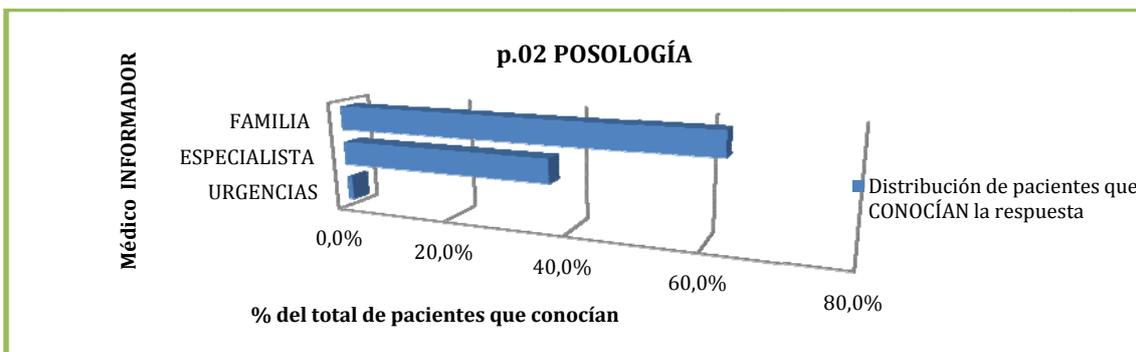


Figura 4.80: Distribución del total de pacientes que CONOCEN LA POSOLOGÍA, en función del médico informador.

En lo que respecta a la **pauta**, la tendencia observada fue la misma que en la posología, registrando el **médico de familia** la relación más favorable de conocen/no conocen (95,9%/4,1%), aunque las diferencias de conocimiento en función del médico informador en este caso no fueron estadísticamente significativas (Figura 4.81). En el caso de la distribución de los pacientes que conocían la pauta, la mayoría (un 62,6%) habían sido informados por el médico de familia (Figura 4.82).

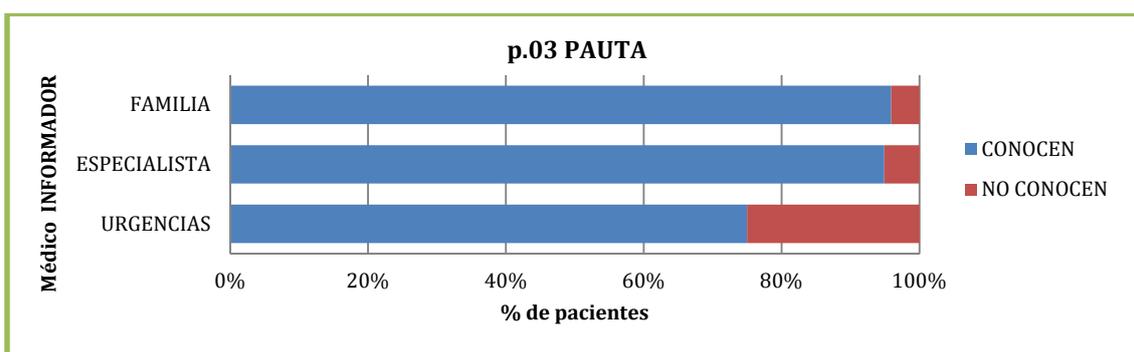


Figura 4.81: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la PAUTA, en función del médico informador.

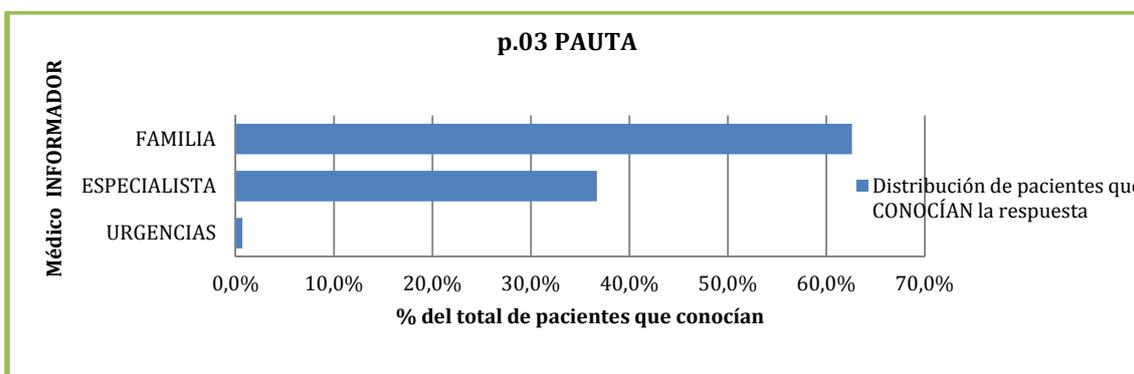


Figura 4.82: Distribución de pacientes que CONOCEN la PAUTA, en función del médico informador.

Tras el análisis de la pregunta relativa a la **duración del tratamiento**, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Se observó (tal y como puede apreciarse en la Figura 4.83), que la relación de pacientes que conocen/no conocen en aquellos casos que refirieron al **médico de familia** como informador, fue de 91,5%/8,5%, en el caso del médico especialista 87,8%/12,2%, y en el caso del médico de urgencias 50%/50%. La distribución de pacientes que contestaron correctamente a esta pregunta se concentró en el médico de familia, con un 64,5% de los casos (Figura 4.84)

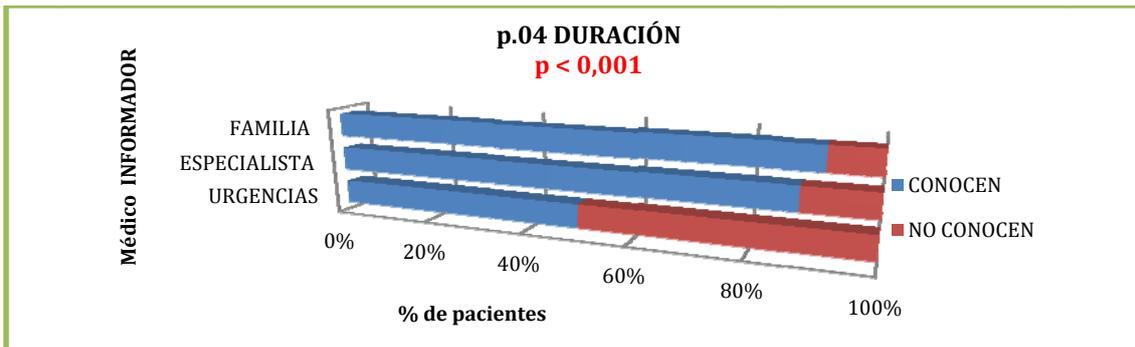


Figura 4.83: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la DURACIÓN, en función del médico informador.

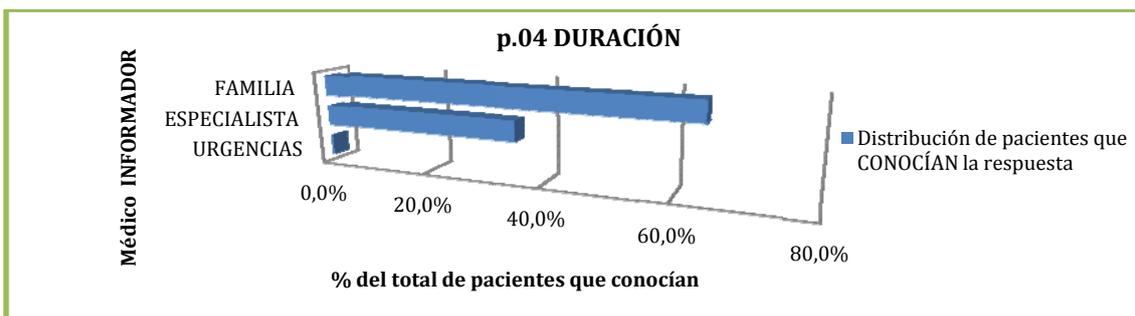


Figura 4.84: Distribución de pacientes que CONOCEN la DURACIÓN del tratamiento, en función del médico informador.

En relación a la **forma de administración**, si bien los resultados hallados no fueron estadísticamente significativos, sí se observó una relación conocen/no conocen de 87,5%/12,5% para el **médico de familia**, de 82,3%/17,7% para el **médico especialista**, y 66,7%/33,3% para el **médico de urgencias** (Figura 4.85).

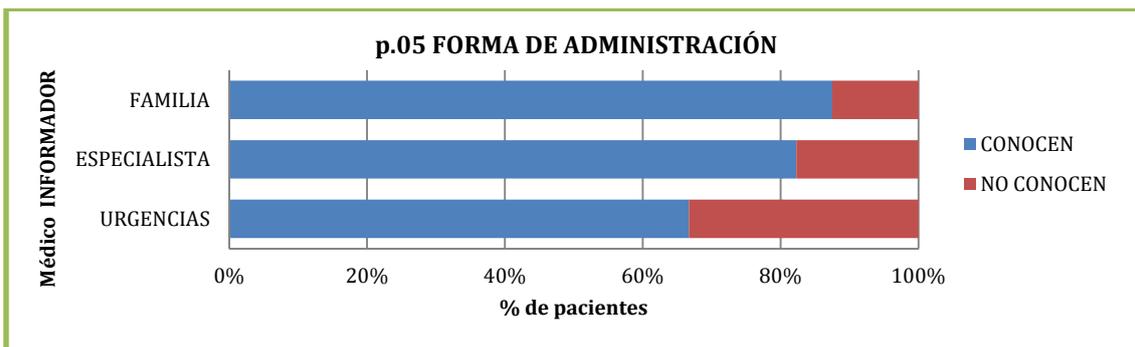


Figura 4.85: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la FORMA DE ADMINISTRACIÓN, en función del médico informador.

En cuanto a la distribución de pacientes que conocían la forma de administración, un 65,9% había sido informado por el médico de familia, un 33,5% por el médico especialista, y un 0,6% por el médico de urgencias (Figura 4.86).

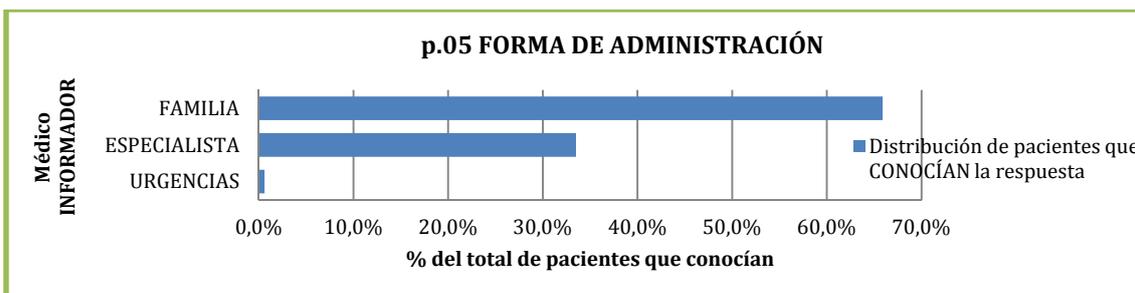


Figura 4.86: Distribución de pacientes que CONOCEN la FORMA DE ADMINISTRACIÓN del medicamento, en función del médico informador.

Dimensión B - Objetivo Terapéutico: Respecto a las dos preguntas del cuestionario relativas al objetivo terapéutico, p.01 y p.09, también fue el **médico de familia** la fuente principal de información referida por la mayoría de pacientes. El 62,2% en el caso de la *indicación* (p.01), y el 66,2 % en el *efecto terapéutico* (p.09) (Figura 4.87).

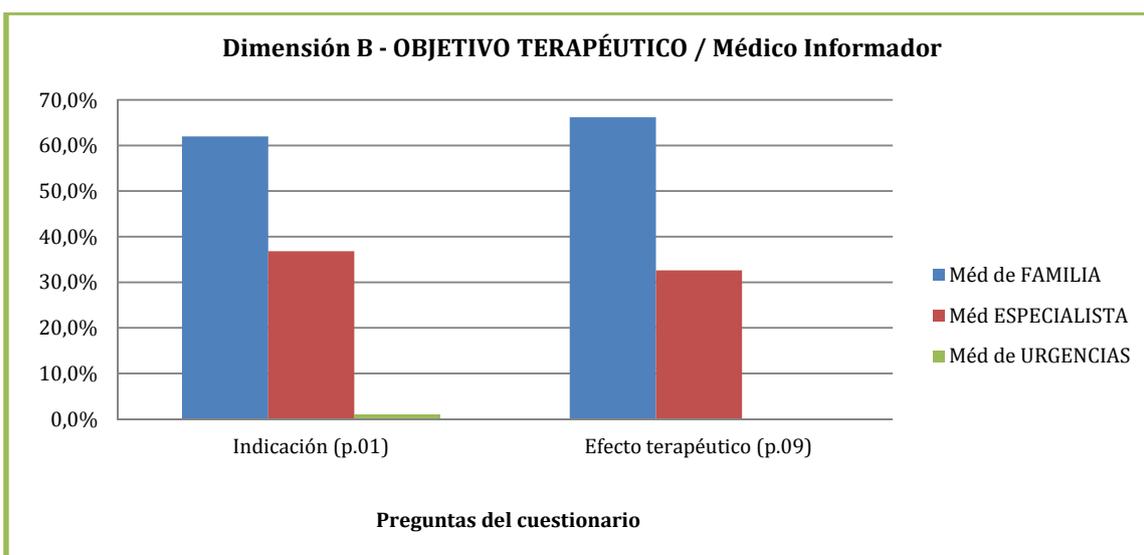


Figura 4.87: Tipo de médico informador referido por el paciente para las dos preguntas de la dimensión B - OBJETIVO TERAPÉUTICO.

La relación de pacientes que conocen/no conocen la cuestión de la **indicación**, es más favorable (como puede observarse en la Fig. 4.88) en el caso del **médico de urgencias** (100%/0%) que el especialista (77%/23%) o el de familia (75,6%/24,4%). Ahora bien, las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas. En la distribución se observa, al igual que para todos los ítems del cuestionario CPM, que el médico de familia concentra la mayoría de pacientes (61,7%) que conocían la medicación (Figura 4.89).

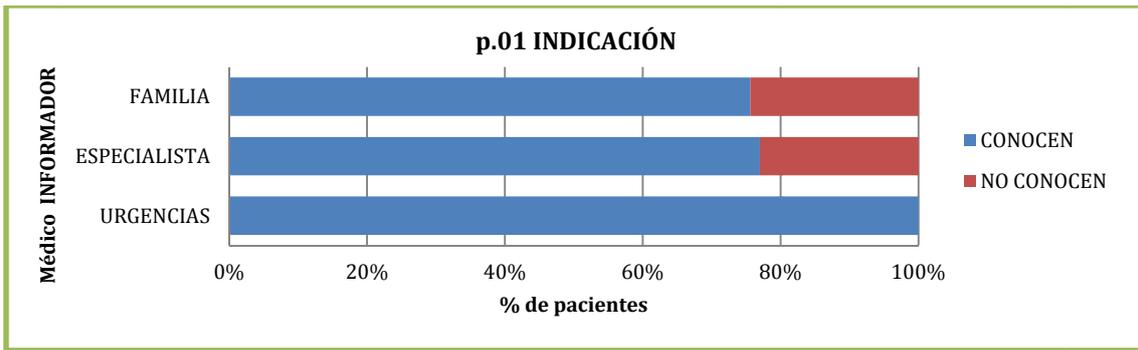


Figura 4.88: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la INDICACIÓN, en función del médico informador.

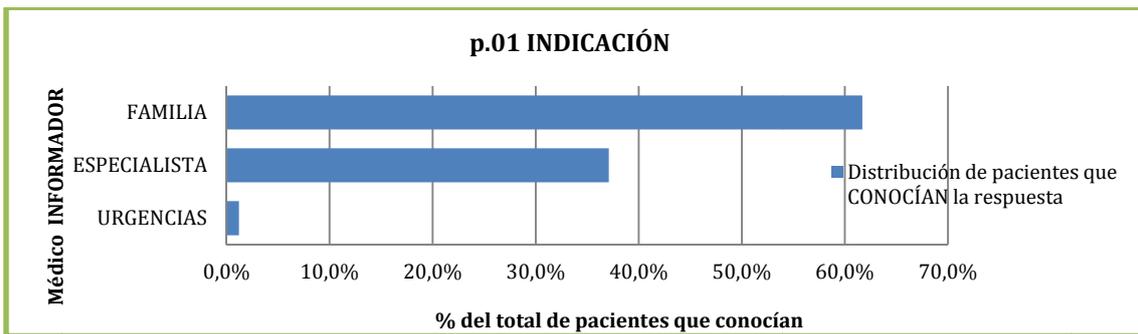


Figura 4.89: Distribución de pacientes que CONOCEN la INDICACIÓN TERAPÉUTICA del medicamento, en función del médico informador.

Respecto a la pregunta del cuestionario del CPM referente al **efecto terapéutico**, se hallaron diferencias estadísticamente significativas de conocimiento en función del médico informador, siendo el **médico especialista** el que registró la mejor relación conocen/no conocen: 68,9%/31,1%. En el caso del médico de familia esta relación fue de 63,3%/36,7%, y no hubo ningún paciente que refiriera al médico de urgencias como fuente de información para este ítem (Figura 4.90).

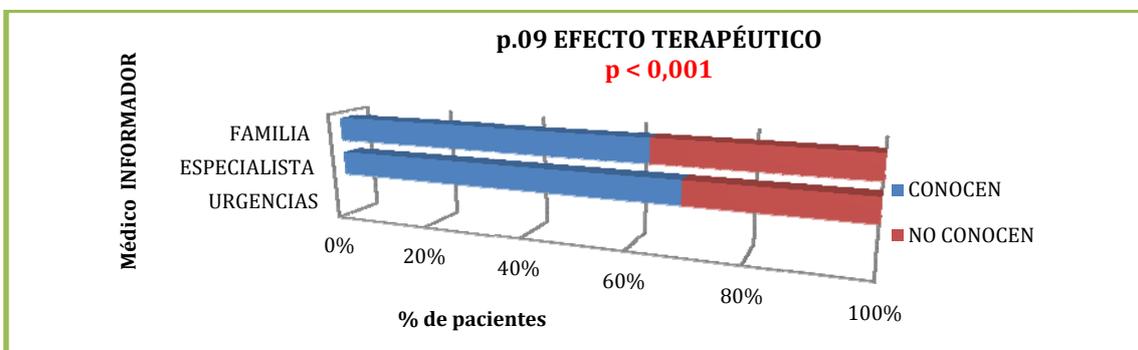


Figura 4.90: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN el EFECTO TERAPÉUTICO, en función del médico informador.

Por otro lado, el 65,4% de aquellos pacientes que conocían el efecto terapéutico, había sido informado por el médico de familia, mientras que en un 34,6% de los casos había sido especialista (Figura 4.91).

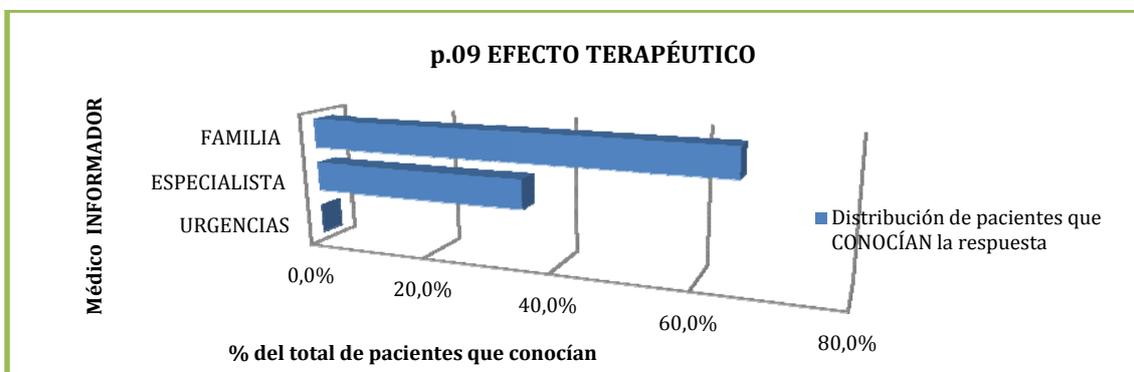


Figura 4.91: Distribución de pacientes que CONOCEN el EFECTO TERAPÉUTICO del medicamento, en función del médico informador.

C- Seguridad: En la dimensión de seguridad, que agrupa las preguntas p.06, p.07, p.08 y p.10, se observa un incremento significativo del número de pacientes que no contestan o dicen no saber la respuesta a la pregunta planteada, los registrados como NS/NC. Aún así, en los pocos casos en los que el paciente contesta a alguno de los 4 ítems de esta dimensión es también el **médico de familia** la fuente principal de información, tal y como refleja la Figura 4.92.

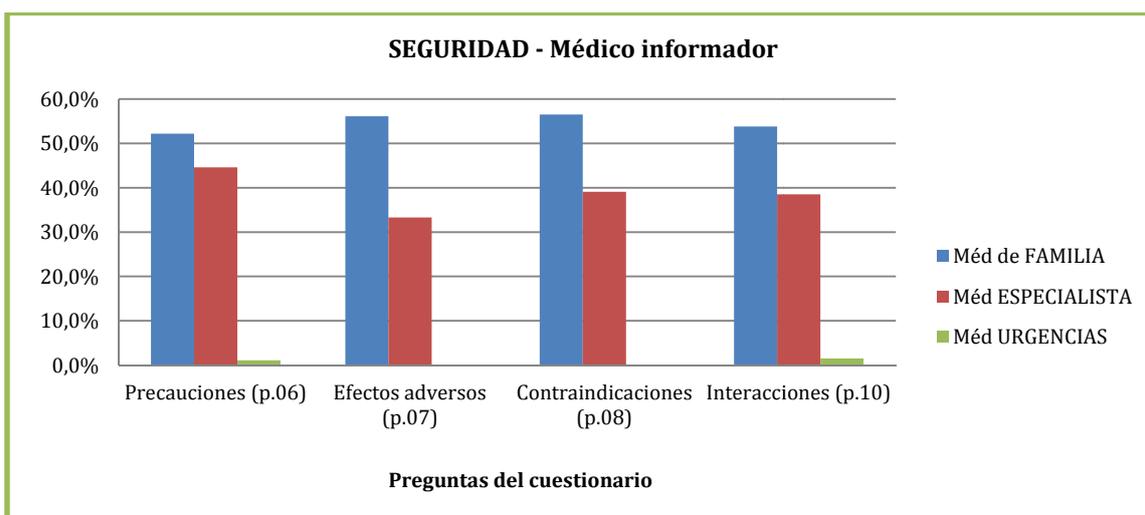


Figura 4.92: Tipo de médico informador referido por el paciente para las cuatro preguntas de la dimensión C - SEGURIDAD.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas del conocimiento del paciente en ninguna de las cuatro cuestiones que conforman la dimensión

seguridad, en función del médico que había facilitado la información, si bien, fueron los pacientes que refirieron al **médico de familia** como médico informador los que mostraron conocer mejor estas cuestiones.

Como puede apreciarse en la Figura 4.93, en lo que se refiere a **precauciones**, la relación conocen/no conocen fue de 25%/75% para el **médico de familia** y de 22%/78% para el médico especialista. El 57,1% de los pacientes que conocían las precauciones habían sido informados por el médico de familia, y el 42,9% por el médico especialista, no refiriendo ninguno de estos pacientes que conocían las precauciones haber recibido la información por parte del médico de urgencias (Figura 4.94).

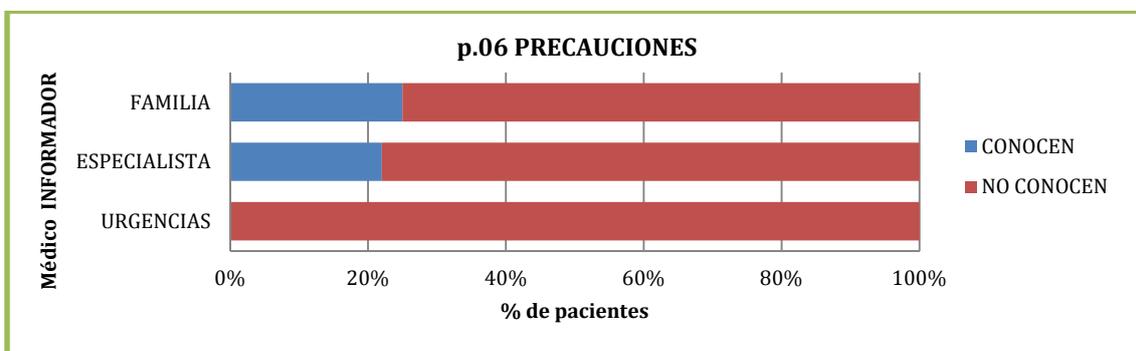


Figura 4.93: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN las PRECAUCIONES, en función del médico informador.

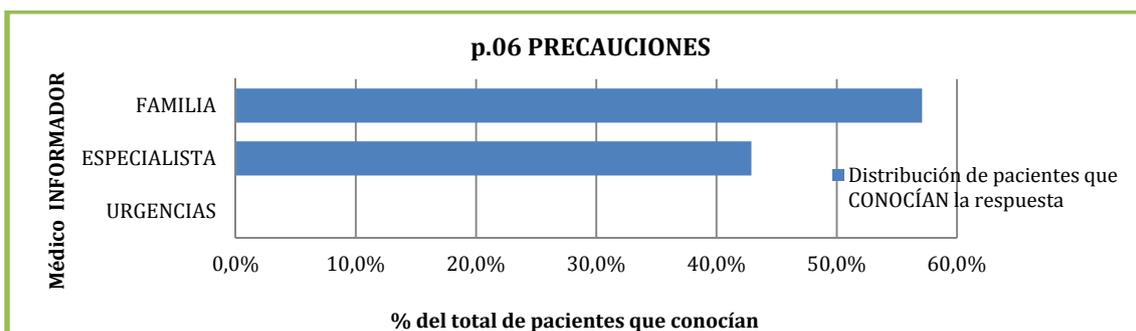


Figura 4.94: Distribución de pacientes que CONOCEN las PRECAUCIONES, en función del médico informador.

La relación conocen/no conocen, en el caso de los **efectos adversos**, fue de 15,6%/84,4% para el **médico de familia** y de 10,5%/89,5% para el médico especialista, no registrándose ningún paciente que hubiera referido al médico de urgencias como fuente de información para esta cuestión (Figura 4.95).

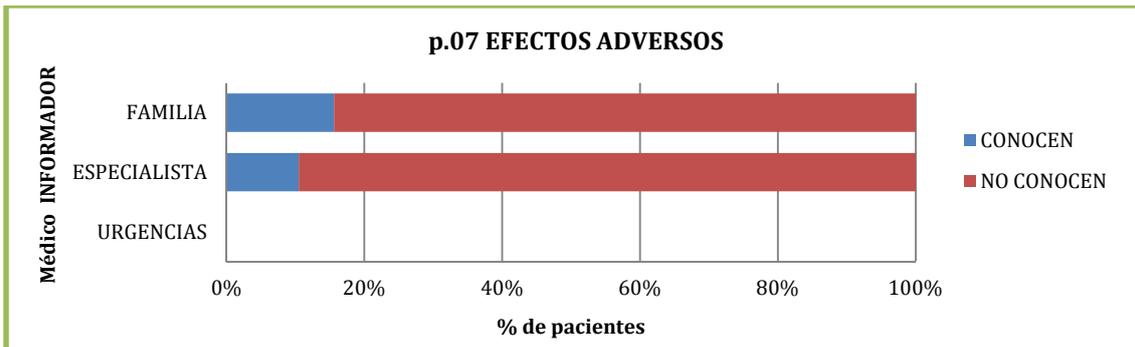


Figura 4.95: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN los EFECTOS ADVERSOS, en función del médico informador.

Una vez más, analizando únicamente aquellos pacientes que conocían la medicación, se observó que la mayoría, el 66,7%, habían sido informados por el médico de familia. El resto, el 33,3%, había sido informado por el médico especialista (Figura 4.96).

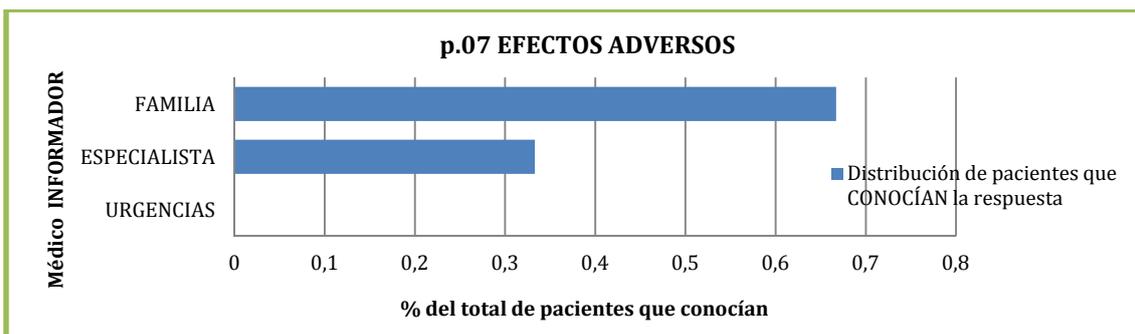


Figura 4.96: Distribución de pacientes que CONOCEN los EFECTOS ADVERSOS, en función del médico informador.

Tras el estudio de las **contraindicaciones**, se observó más pacientes que conocían (un 11,1%) en el caso de que el médico informador hubiera sido el **médico especialista**, frente al de familia (un 7,7% conocía) (Figura 4.97).

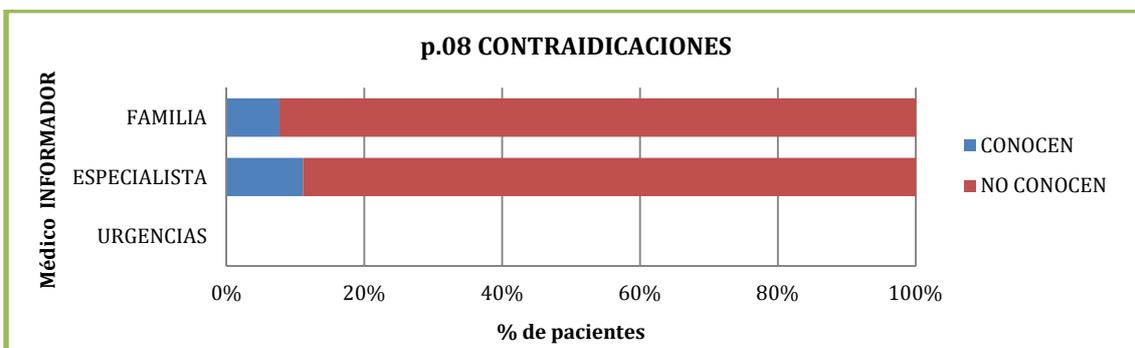


Figura 4.97: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN las CONTRAINDICACIONES, en función del médico informador.

Sólo hubo dos pacientes que contestaron correctamente a esta pregunta, uno había sido informado por el médico de familia y el otro por el médico especialista, lo que hace que la distribución de pacientes que conocían las contraindicaciones se configure al 50% para los dos tipos de médicos informadores, tal y como muestra la Figura 4.98.

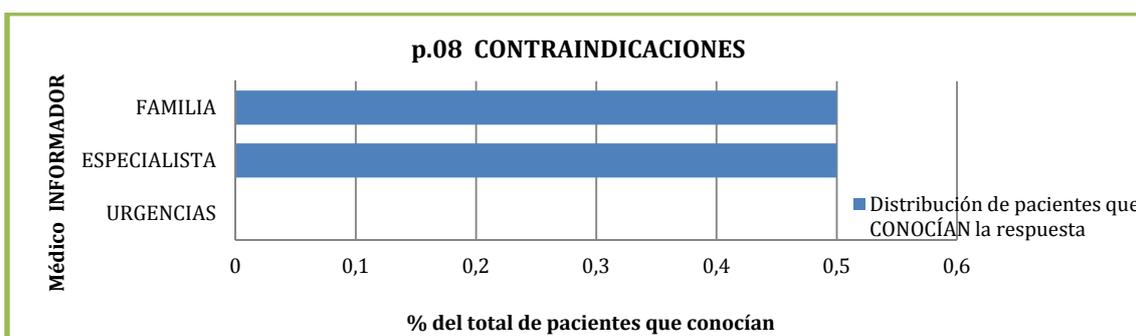


Figura 4.98: Distribución de pacientes que CONOCEN las CONTRAINDICACIONES, en función del médico informador.

Por último, en la pregunta acerca de las **precauciones**, se observó un mayor porcentaje de pacientes que la conocían (11,4%) cuando el médico informador referido era el **de familia**. El porcentaje de pacientes que conocían en el caso de que el médico informador hubiera sido el especialista se situó en el 4% y un único paciente (que no conocía esta cuestión) señaló al médico de urgencias como informador (Figura 4.99).

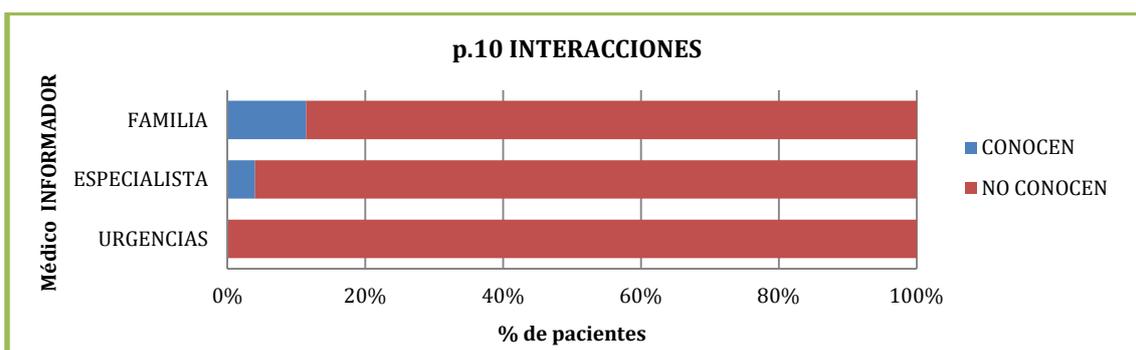


Figura 4.99: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN las INTERACCIONES, en función del médico informador.

La distribución de los pacientes que demostraron conocer las interacciones, y que fueron 5 en total, estuvo en la misma línea que la del resto de ítems del cuestionario, registrando el médico de familia el mayor porcentaje de pacientes que conocían esa cuestión, concretamente 4 de estos 5 pacientes (Figura 4.100).

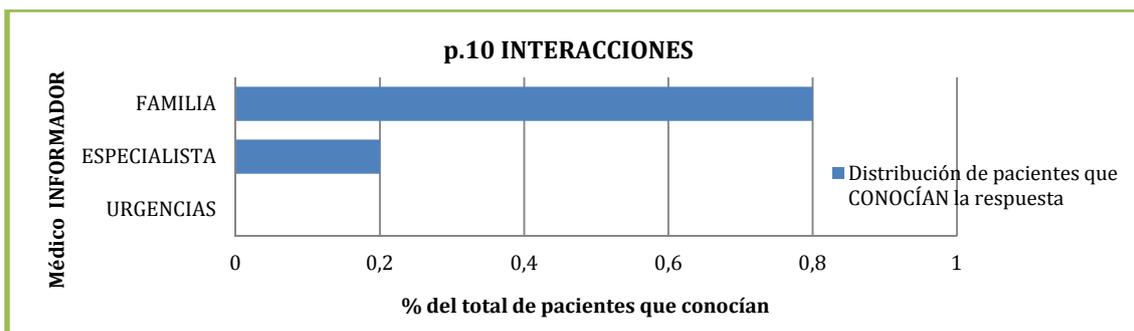


Figura 4.100: Distribución de pacientes que CONOCEN las INTERACCIONES, en función del médico informador.

D- Conservación: En lo que respecta a la información sobre la conservación del medicamento, también es el **médico de familia** (en un 67,2% de los casos) la principal fuente de información que el paciente refiere. En un 32,3% el paciente indicó al médico especialista, y en un 0,5% al médico de urgencias (Figura 4.101).

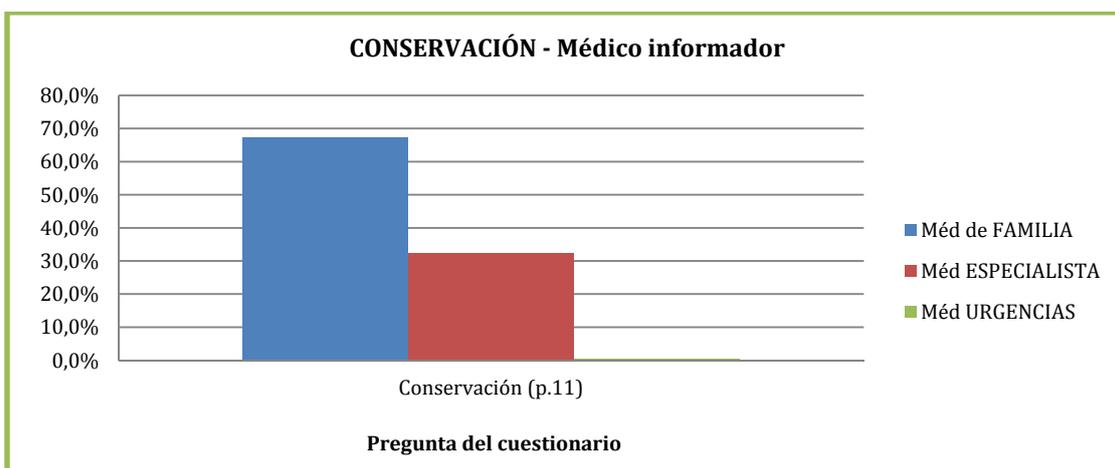


Figura 4.101: Tipo de médico informador referido por el paciente para la pregunta de la dimensión D – CONSERVACIÓN.

Las diferencias de conocimiento por parte del paciente acerca de la conservación, fueron estadísticamente significativas en función del tipo de médico informador, siendo el **especialista** el que registró mayor número de pacientes que conocían, un 58% de los casos (Figura 4.102).

De los pacientes que contestaron correctamente a esta última pregunta del cuestionario acerca de cómo conservar el medicamento, el 64,3% había sido informado por el médico de familia, el 35,2% por el especialista y el 0,5% por el médico de urgencias (Figura 4.103).

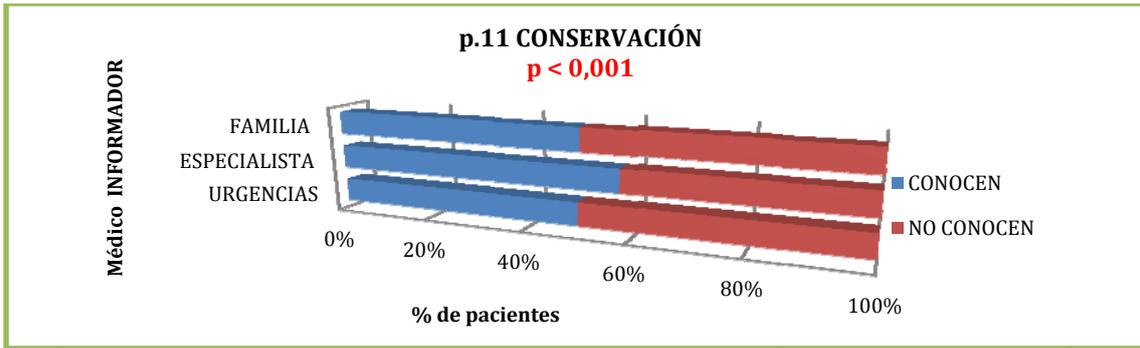


Figura 4.102: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la CONSERVACIÓN, en función del médico informador.

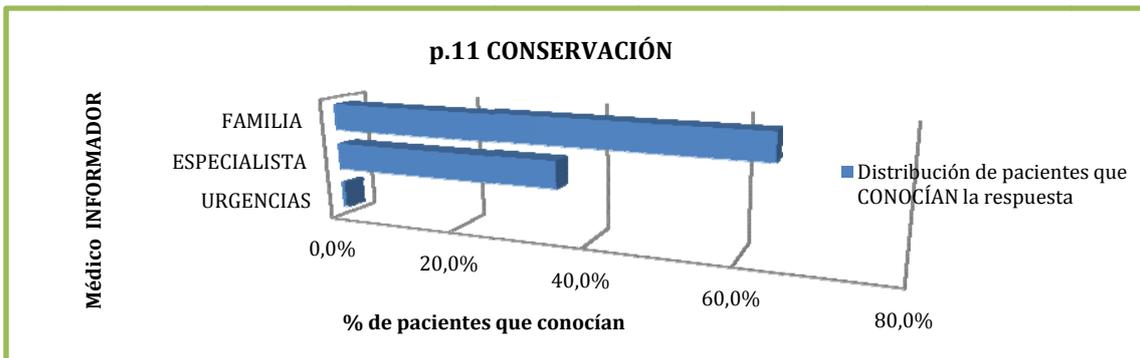


Figura 4.103: Distribución de pacientes que conocen la CONSERVACIÓN del medicamento, en función del médico informador.

4.4.6.2: CPM / Lectura, comprensión y legibilidad de Prospectos

LECTURA DEL PROSPECTO: Tras el análisis del **CPM Total** de los pacientes encuestado según el uso que éstos hubieran hecho del prospecto (si lo leyeron o no), se observaron diferencias estadísticamente significativas (Figura 4.104).

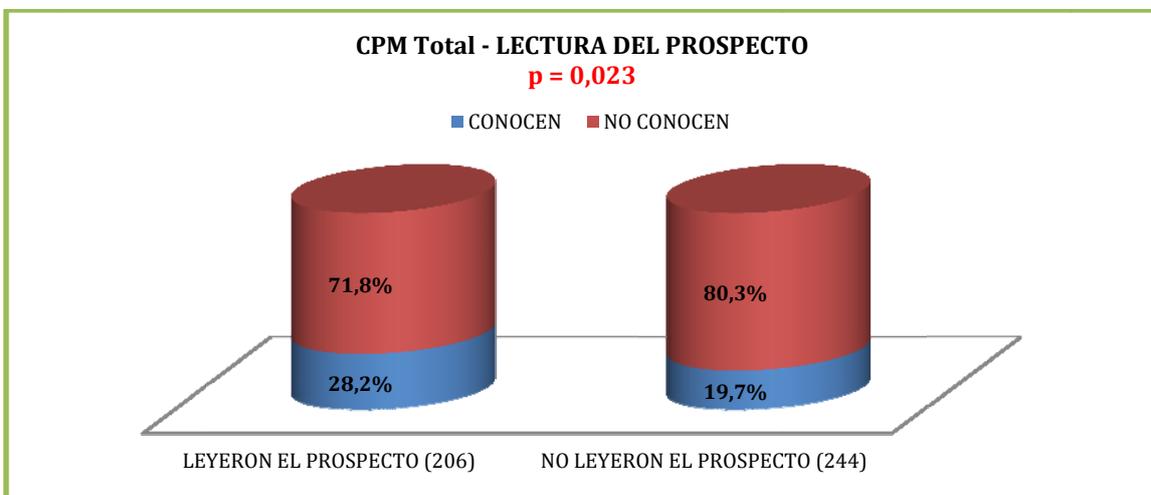


Figura 4.104: Prevalencia del CPM Total en función de la lectura o no del prospecto.

Así, un 28,2% de los pacientes que habían leído el prospecto, conocía la medicación prescrita, descendiendo este porcentaje hasta un 19,7% en el caso de los pacientes que no habían leído el prospecto.

También tras el análisis de los resultados del **CPM por dimensiones** en función de la lectura o no del prospecto, los resultados fueron estadísticamente significativos para el **Proceso de uso** (Figura 4.105) y **Objetivo terapéutico** (Figura 4.106), registrándose en ambas dimensiones un mayor conocimiento cuando el paciente había leído el prospecto.

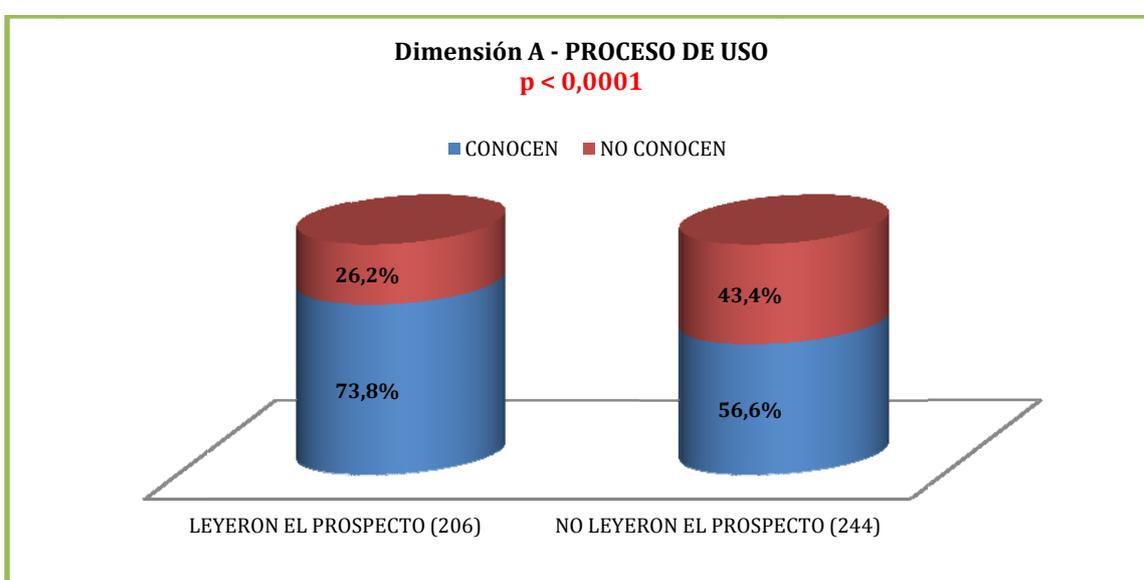


Figura 4.105: Prevalencia del CPM en función de la lectura o no del prospecto para la dimensión A - PROCESO DE USO.

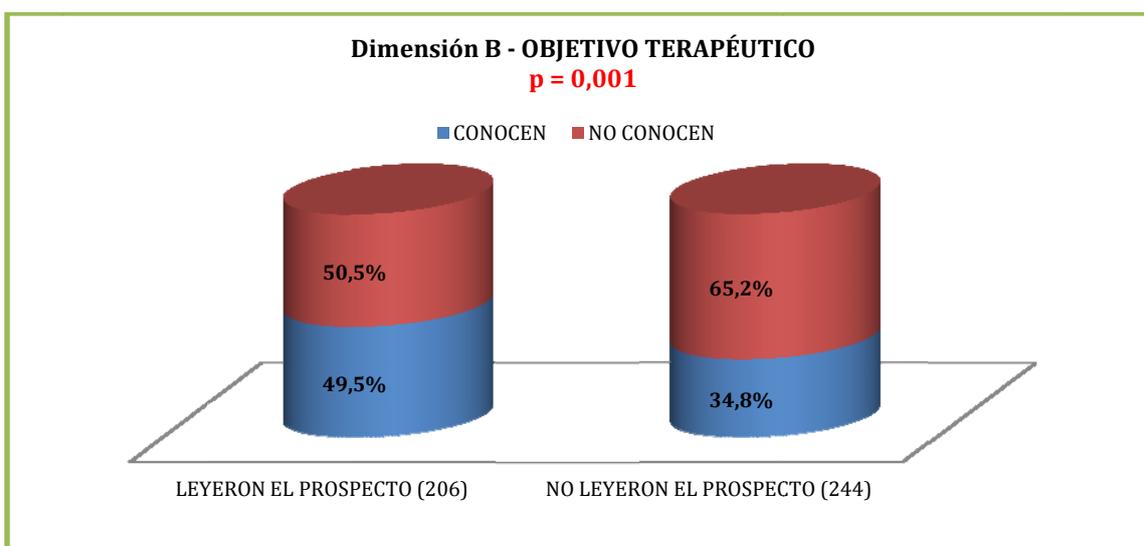


Figura 4.106: Prevalencia del CPM en función de la lectura o no del prospecto para la dimensión B - OBJETIVO TERAPÉUTICO.

En el caso de la **Conservación**, si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, la tendencia observada fue la misma, siendo los pacientes que habían leído el prospecto los que presentaban un mayor conocimiento de esta dimensión.

En el caso de la **Seguridad**, no se pudo establecer ninguna relación entre la lectura del prospecto y el conocimiento de la misma pues no hubo ningún paciente que conociera esta dimensión en su totalidad.

COMPRENSIÓN: Analizando los 206 pacientes que habían leído el prospecto, se observó que aquellos que afirmaron haberlo entendido (el 88,8% de los que lo leyeron) presentaban un conocimiento superior al de los que manifestaron no haberlo entendido; así, el porcentaje de pacientes que conocían la medicación dentro del grupo que había leído el prospecto, se situó en el 29%, mientras que en el grupo de los que no habían leído el prospecto, este porcentaje descendía hasta el 21,7%. Sin embargo, aunque se observó que a mayor comprensión del prospecto mayor CPM Total, estas diferencias de conocimiento no fueron estadísticamente significativas (Figura 4.107).

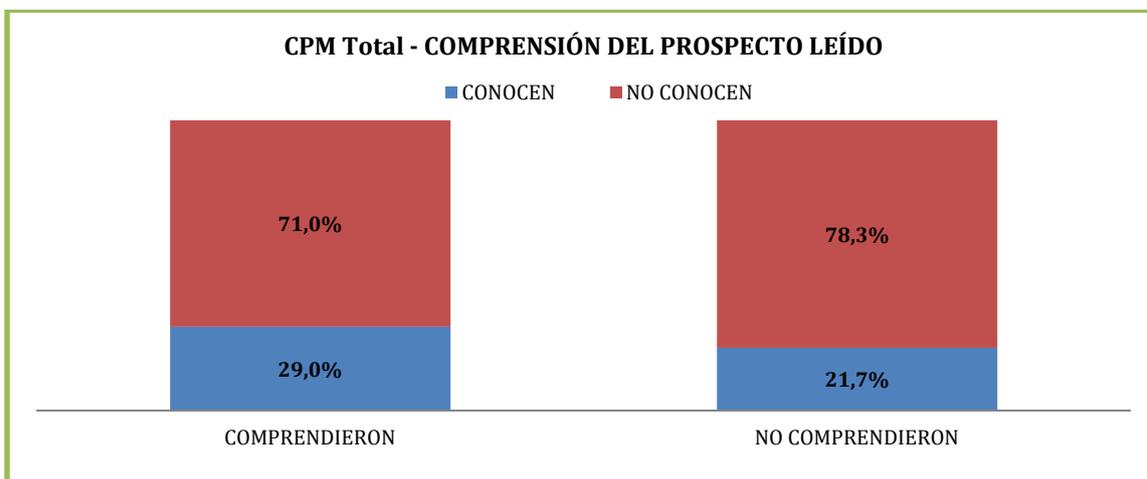


Figura 4.107: Prevalencia del CPM Total en función de la comprensión o no del prospecto.

La misma tendencia (conocían más los que habían leído el prospecto) fue observada al analizar el **CPM por dimensiones**, si bien tan sólo en la dimensión A **Objetivo terapéutico** las diferencias halladas fueron estadísticamente

significativas, conociendo un 76% de los que afirmaron comprender el prospecto, frente a un 56,5% de los que afirmaron no haber comprendido el prospecto tras su lectura (Figura 4.108).

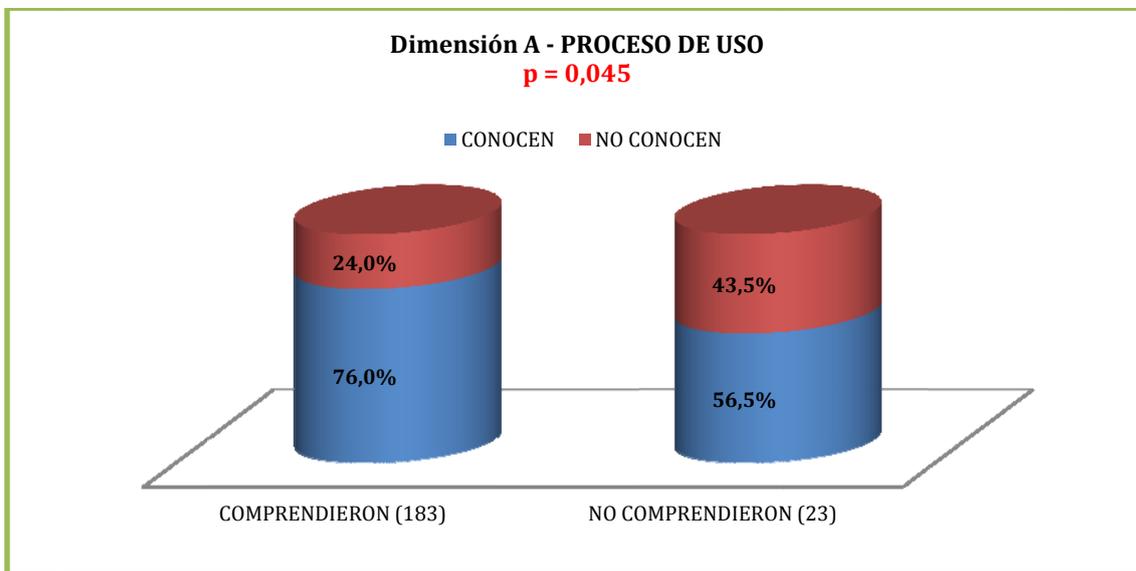


Figura 4.108: Prevalencia del CPM en función de la comprensión o no del prospecto para la dimensión B - OBJETIVO TERAPÉUTICO.

LEGIBILIDAD: Al agrupar los prospectos leídos en función de su legibilidad (grado en la escala INFLESZ) y analizar el **CPM Total** de los pacientes que **los habían leído**, se observó que el porcentaje de pacientes con conocimiento óptimo acerca de la medicación disminuía a medida que disminuía el índice de legibilidad del prospecto, esto es, aumentaba la dificultad del mismo, si bien las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas (Figura 4.109).

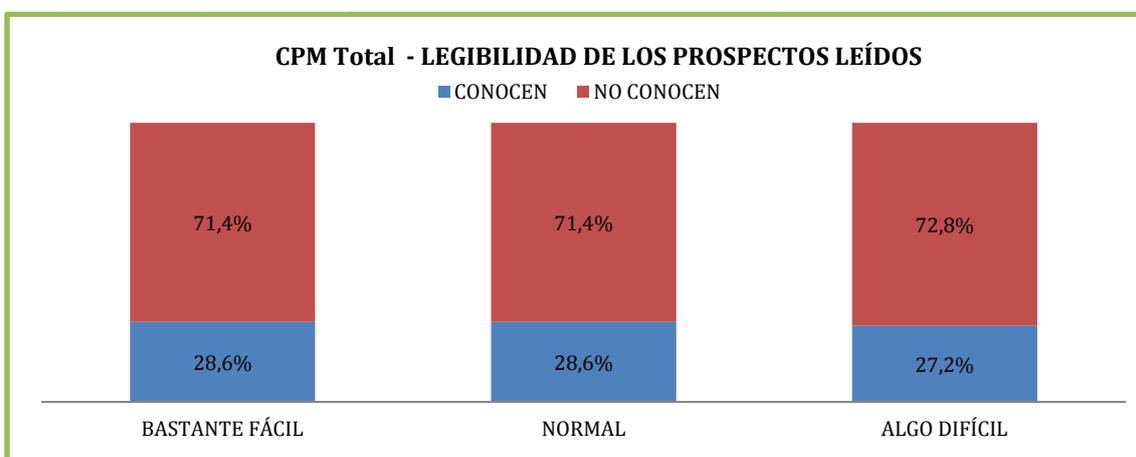


Figura 4.109: Prevalencia del CPM Total en función de la legibilidad del prospecto.

Respecto al **CPM por dimensiones**, en aquellos pacientes que habían leído el prospecto, se observaron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión D ($p=0,021$). Así, el porcentaje de pacientes que, habiendo leído el prospecto, conocían la **conservación** fue del 57,1% en el caso de que dicho prospecto fuera de legibilidad “bastante fácil”. Y se observó que este porcentaje de pacientes que conocían, descendía conforme la dificultad del prospecto aumentaba; hasta un 56,1% si la legibilidad era “normal” y un 32,7% si era “algo difícil” (Figura 4.110).

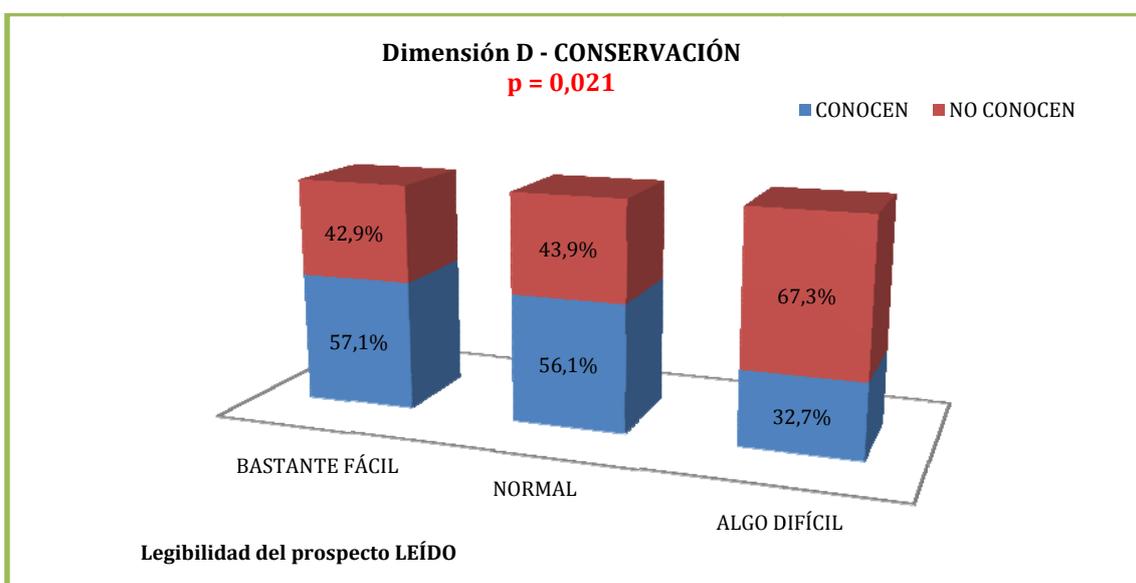


Figura 4.110: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la CONSERVACIÓN, en función de la legibilidad del prospecto leído.

Al analizar el CPM total de los pacientes que no sólo habían leído el prospecto sino que además **lo habían comprendido**, las diferencias de conocimiento halladas fueron aún más acusadas. Así, encontramos que en aquellos medicamentos con prospectos con índice de legibilidad “bastante fácil”, el porcentaje de pacientes que los conocían se situaba en el 40%, disminuyendo también conforme lo hacía la legibilidad del prospecto. El porcentaje de pacientes que conocían cuando la legibilidad del prospecto era “normal”, se situó en el 27,9% y en el 27,2% cuando la legibilidad se complicada hasta “algo difícil” (Figura 4.111).

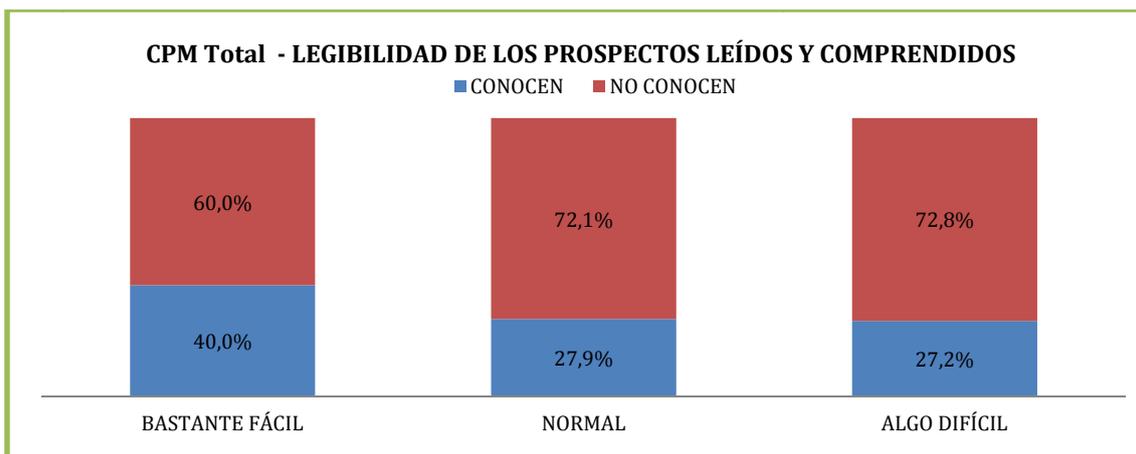


Figura 4.111 : Prevalencia del CPM Total en función de la legibilidad del prospecto leído y comprendido.

Tras el análisis del **CPM por dimensiones** en aquellos pacientes que habían leído y comprendido el prospecto, se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la legibilidad del prospecto para la dimensión D. Así, el porcentaje de pacientes que (habiendo leído y comprendido el prospecto) conocían la **conservación** era del 80% en el caso de que dicho prospecto fuera de legibilidad “bastante fácil”, del 55,3% en el caso de que el prospecto fuera de legibilidad “normal” y del 30,2% si la legibilidad era “muy difícil” ($p=0,008$) (Figura 4.112).

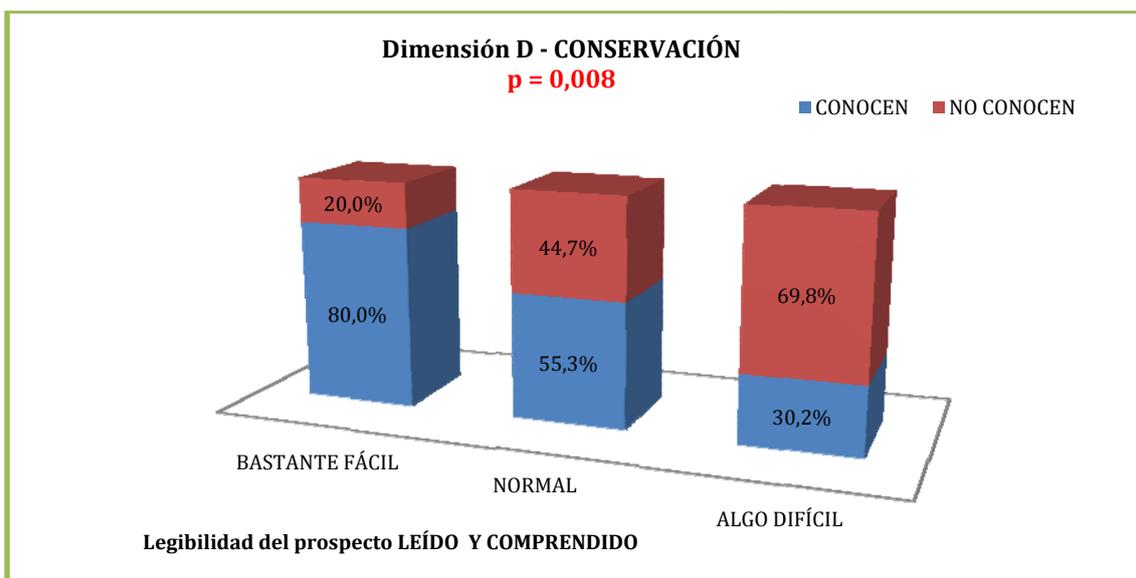


Figura 4.112: Distribución de pacientes que CONOCEN/NO CONOCEN la CONSERVACIÓN, en función de la legibilidad del prospecto leído y comprendido.

4.5: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE FACTORES ASOCIADOS CON EL CONOCIMIENTO DEL MEDICAMENTO

Tras el análisis de regresión logística, se observaron dos factores en nuestro estudio que se asocian significativamente al CPM (Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación), éstos fueron el **nivel de estudios del paciente** y la **lectura del prospecto**.

Los resultados obtenidos, nos permiten afirmar (con un índice de confianza del 95%), que aquellos pacientes que no leen el prospecto tienen 1,5 más riesgo de no conocer la medicación que aquellos que sí lo leen. Y en lo que respecta al nivel de estudios, aquellos sujetos sin estudios tienen 3,5 veces más riesgo de no conocer el medicamento en comparación con los pacientes con estudios universitarios. En el caso de que el paciente tenga estudios primarios este riesgo es 2,4 superior, y si el paciente tiene estudios secundarios, el riesgo es 2,1 veces mayor (Tabla 4.5).

Tabla 4.5: Análisis de regresión logística de factores asociados al CPM (I.C 95%).

	Referencia	Riesgo	Sig	OR	0 inferior	0 superior
LECTURA DEL PROSPECTO	SÍ	NO	0,039	1,499	0,960	2,341
NIVEL DE ESTUDIOS	UNIVERSITARIOS	SECUNDARIOS	0,048	2,115	0,692	6,463
		PRIMARIOS	0,034	2,425	0,805	7,305
		SIN ESTUDIOS	0,028	3,501	1,141	10,740

5. DISCUSIÓN

La optimización de los recursos, tanto económicos como humanos, que hacen posible el funcionamiento del entorno asistencial sanitario del que disfrutamos, debiera ser no sólo exigida sino también perseguida por parte de todos los agentes integrantes del sistema, incluido el propio usuario. De nada sirve que un paciente con un problema de salud haya acudido en el momento adecuado a un médico, que la actuación de éste haya sido impecable (atención, diagnóstico y prescripción) y que, en la farmacia se le haya asesorado y proporcionado la medicación correcta en las mejores condiciones de conservación y almacenamiento (dispensación), si el paciente, por desconocimiento o por un mal conocimiento de la medicación prescrita, no hace un correcto uso de la misma o, simplemente, nunca llega a tomarla.

La **no adherencia al tratamiento** provoca un coste anual estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos al año (*National Council on Patient Information and Education, 2007*). Si se realiza una extrapolación (por el número de habitantes) a la realidad española, se puede estimar en unos 11.250 millones de € anuales el ahorro potencial que podría suponer para nuestro país, atajar esta problemática, además de las 18.400 muertes evitables por esta causa. Y aunque no puede afirmarse de manera categórica que estos datos reflejen la realidad española, sí pueden darnos una idea de la magnitud del problema así como de la oportunidad de mejora que existe. Según la OMS “*Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos*” (OMS, 2004).

Analizando la relación existente entre el **conocimiento del paciente acerca de la medicación** (CPM) y la adherencia al tratamiento, se observa que ya a finales de los 80, autores como Espagnoli y col. (1989), afirmaban que casi la cuarta parte de los incumplimientos terapéuticos se producían porque el enfermo no había entendido correctamente las órdenes dadas por el profesional. A lo largo de los años 90, fueron publicados diversos trabajos (*Kesler, 1991, De Vries, 1993; De Vries y col., 1994; Farley, 1997; Marwick, 1997*) que planteaban la tesis de que la adecuada

información al paciente sobre los medicamentos que utiliza, es un principio esencial para conseguir un uso racional del medicamento.

En el año 2004, Kuzel y col., apuntan a que gran parte de los problemas que afectan a la seguridad de los medicamentos se encuentran relacionados con la información al paciente. Dos años más tarde, el FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA señala que la falta total o parcial de conocimiento por parte del paciente (CPM) se considera un *Problema Relacionado con la Medicación (PRM)* (FORO, 2006), entendido éste como “*Aquella situación que en el proceso de uso del medicamento causa o puede causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM)*” (3er Consenso de Granada sobre PRM y RNM, 2007).

Podemos afirmar pues, tal y como apuntan Rocha y col. (2010), que “*la falta de conocimiento del paciente acerca de la medicación, es uno de los principales problemas del uso inadecuado de la misma*”, o lo que es lo mismo, que el **desconocimiento** del paciente acerca de la medicación prescrita es considerado como **uno de los principales motivos del incumplimiento terapéutico**, en especial en ancianos y enfermos crónicos (Sanahuja y col., 2012). Así, si bien el simple hecho de informar al paciente no parece ser suficiente para un adecuado cumplimiento terapéutico (ya que no quiere decir que éste haya comprendido la información ni que sea capaz de ponerla en práctica) (Barca y col., 2004), no es menos cierto, tal y como señalan datos recientes de la *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCOHA, 2012)*, que “*la carencia en la información al paciente es una de las causas más frecuentes de la aparición de eventos adversos relacionados con la medicación*”.

Autores como Nielsen-Bohlman y col. (2004), afirman que los gastos en salud se ven adversamente afectados por la falta de conocimiento del paciente, que se relaciona a su vez con la Alfabetización en salud. Este concepto de **Alfabetización en salud**, queda definido por Sorensen y col. (2012) como: “*El conocimiento de las personas así como su motivación y capacidad para acceder, entender, evaluar y solicitar información para poder emitir juicios y tomar decisiones del día a día en relación con el cuidado y la promoción de la salud, así como la prevención de la*

enfermedad, todo esto con el fin de mantener o mejorar así la calidad de vida". Estudios como el de Ngho (2009), relacionan Alfabetización en salud y Conocimiento del paciente acerca de la medicación, apuntando que *"una limitada Alfabetización en salud se asocia a un pobre conocimiento acerca del medicamento, a la no adherencia al tratamiento, a errores en la medicación, así como a un mayor gasto sanitario"*. En la misma línea señalan Devraj y col. (2013) que a menor Alfabetización en salud, menor CPM. Pero hay también autores como Mosher y col. (2012) que señalan que una mejor Alfabetización en salud (si bien conlleva un mayor CPM) no se relaciona con una mejor adherencia o una menor aparición de efectos adversos.

Conforme a lo anteriormente expuesto, podemos afirmar pues que el éxito de un tratamiento farmacológico no sólo depende de la eficacia del fármaco, sino también del conocimiento que el paciente haya adquirido acerca de éste (CPM), y que *"la mejora en el conocimiento del paciente acerca de la medicación que toma, conlleva un efecto positivo en la adherencia al tratamiento"* (Okuyan y col., 2012). Y a esta afirmación podemos añadir la de que una correcta alfabetización en salud tiene un efecto positivo directo sobre el CPM.

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo con el fin de analizar las distintas herramientas empleadas para medir el grado de conocimiento de los pacientes, se observa que los cuestionarios son, en cada caso, diseñados *ad-hoc* por los autores o adaptados de otra lengua, con el objetivo de valorar de manera global el conocimiento acerca de un medicamento o grupo de medicamentos concretos. Los investigadores brasileños Teixeira y col. (2010), adaptan al portugués el cuestionario inglés de Sunil Nadar y col. (2003), con el fin de medir el conocimiento de los pacientes acerca de la terapia anticoagulante. También acerca de este tipo de medicación anticoagulante, Tang y col. (2003) desarrollan su propio cuestionario a la hora de determinar el conocimiento. Autores como Araujo Santos y col. (2013) también diseñan su cuestionario para medir el conocimiento, esta vez en pacientes bajo tratamiento antihipertensivo. Pero los cuestionarios no sólo miden el conocimiento acerca de la medicación, así encontramos otro tipo diseñado por Mosher y col. (2012), que tiene como objetivo establecer la posible relación del CPM

con la alfabetización en salud, la adherencia al tratamiento y la aparición de efectos adversos.

Entre los estudios españoles, se encuentran también trabajos con herramientas diseñadas (pero no validadas) para medir el conocimiento del paciente acerca, por ejemplo, del riesgo cardiovascular (*Amarilles y col., 2005*), la terapia antibiótica (*Pérez Benajas y col., 2009*) o el conocimiento acerca de la medicación en pacientes mayores de 70 años (*Villafaina y García, 2009*). En este contexto, el trabajo llevado a cabo por García Delgado y col. (2009), supuso una importante aportación para la evaluación de este concepto del CPM, ya que los autores validaron, por primera vez, un cuestionario en español para medir el ***conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM)***, que definieron como: “El conjunto de **información adquirida** por el paciente sobre su medicamento, necesaria para un **correcto uso** de éste que incluye el **objetivo terapéutico** (indicación y efectividad), el **proceso de uso** (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la **seguridad** (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y su **conservación**” (*García Delgado y col., 2009*).

Tras todo lo anteriormente expuesto, llegamos a la conclusión de que el análisis de todos aquellos factores que puedan intervenir directa o indirectamente en el CPM, constituye una valiosa herramienta de trabajo para el abordaje del problema que supone el desconocimiento del paciente acerca de la medicación que le ha sido prescrita, que a su vez puede derivar en una no adherencia al tratamiento.

El presente trabajo plantea analizar la influencia que distintos factores pudieran tener sobre el conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM), factores tales como: las distintas fuentes de información acerca de la medicación (dentro y fuera del ámbito sanitario), así como distintas variables socio-demográficas del paciente. Para medir el CPM, fue empleado el cuestionario de García Delgado y col. (2009) anteriormente mencionado. La estructura de la encuesta final (herramienta del estudio) puede observarse en la Figura 3.5.



Figura 3.5: Estructura de la encuesta definitiva empleada como herramienta de estudio.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LA MEDICACIÓN (CPM)

El *Cuestionario CPM* (Tabla 5.1), viene definido por 11 preguntas cuyas posibles respuestas tienen asignado un valor numérico que va en función del grado de concordancia entre la información dada por el paciente y la información de referencia: **-1** en caso de que la respuesta sea incorrecta, **0** si el paciente la desconoce, **1** en el caso de que la respuesta dada sea insuficiente y **2** si la respuesta es correcta. Tras el análisis de los resultados obtenidos para las 11 preguntas del *Cuestionario CPM*, observamos que el paciente conocía las preguntas relativas a la **posología** en un 91,1% de los casos, la **pauta** en un 90,2%, la **duración del tratamiento** en un 82%, la **forma de administración** en un 76,9% y la **indicación** en un 74,2%. En relación al **efecto terapéutico** y la **conservación**, el conocimiento desciende, al ser los porcentajes de pacientes que contestaron correctamente a ellas, un 46,9% y un 48% respectivamente, no superando por tanto en ninguno de los dos casos el 50% de los encuestados. Por último, pudimos comprobar cómo las preguntas que presentaron un mayor desconocimiento fueron aquellas relativas a las **precauciones**, que en un 80% de los casos no se conocían, **efectos adversos** no conocidos en un 87,8%, **contraindicaciones** no conocidas en un 95,3% e **interacciones** en un 87,6% (Figura 4.35).

Tabla 5.1: Cuestionario de Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación CPM.

PREGUNTA	DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO
p.01- ¿Para qué tiene que tomar este medicamento?	Objetivo Terapéutico
p.02- ¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento?	Proceso de uso
p.03- ¿Cada cuánto tiene que tomar/utilizar este medicamento?	Proceso de uso
p.04- ¿Hasta cuándo tiene que tomar/utilizar este medicamento?	Proceso de uso
p.05- ¿Cómo debe tomar/utilizar este medicamento?	Proceso de uso
p.06- ¿Ha de tener alguna precaución cuando toma/utiliza este medicamento?	Seguridad
p.07- ¿Qué efectos adversos conoce de este medicamento?	Seguridad
p.08- ¿Ante qué problema de salud o situación especial NO debe tomar este medicamento?	Seguridad
p.09- ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto?	Objetivo Terapéutico
p.10- ¿Qué medicamentos o alimentos debe evitar tomar mientras use este medicamento?	Seguridad
p.11- ¿Cómo debe conservar el medicamento?	Conservación

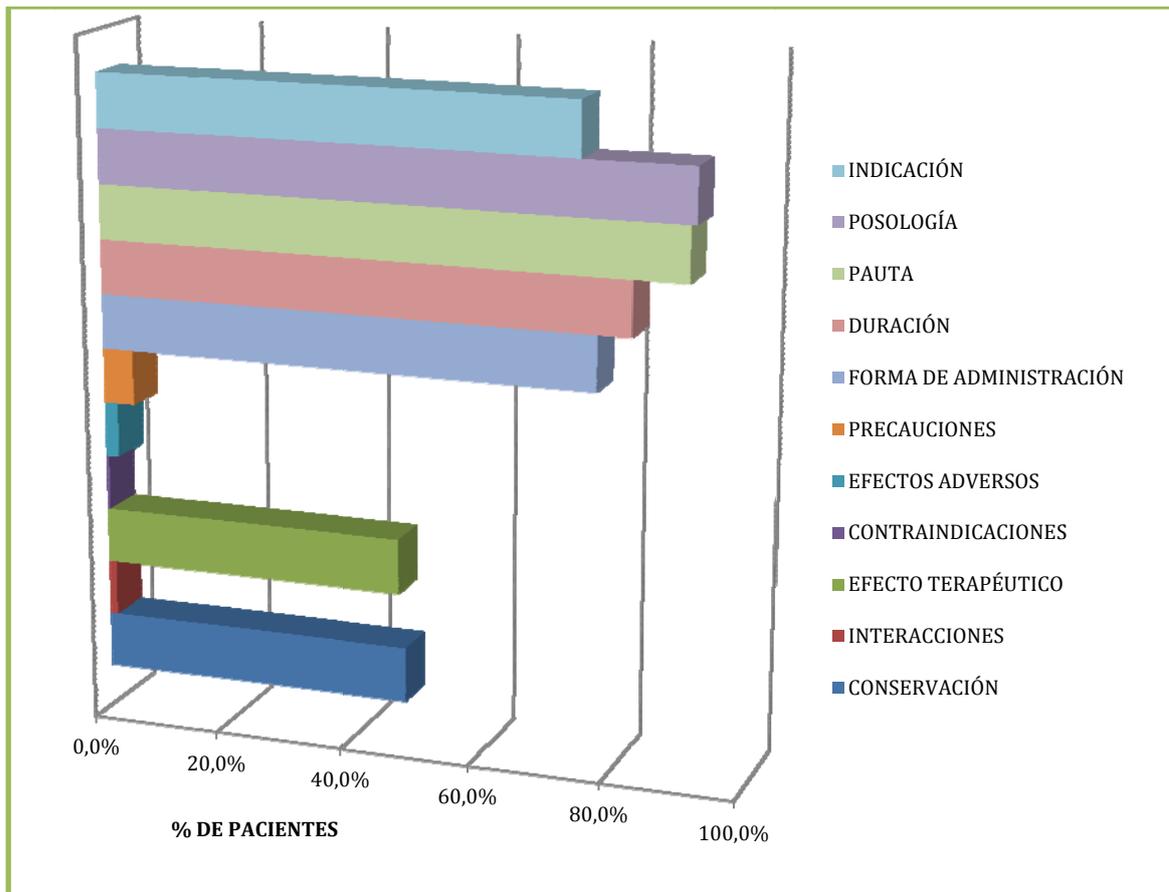


Figura 4.35. Porcentaje pacientes que CONOCEN cada uno de los 11 ítems del cuestionario de conocimiento.

Tras la reagrupación de los 11 ítems en las cuatro dimensiones del conocimiento establecidas por los autores del *Cuestionario CPM*, y considerando que una dimensión es conocida por un paciente cuando éste es capaz de contestar correctamente a todas las preguntas que la conforman, se obtuvieron los siguientes resultados en valores absolutos y por dimensión: en relación al **Proceso de Uso**, el 64,4% de los encuestados supo contestar correctamente a las cuatro cuestiones que la conforman, siendo ésta la única de las cuatro dimensiones en la que el porcentaje de *pacientes que la conocían* superó al de *pacientes que no la conocían*. La siguiente dimensión mejor conocida fue la de la **Conservación**, con un 48,0% que la conocía frente al 52,0% que no. Un 41,6% de los encuestados contestó correctamente a las dos cuestiones que conforman la dimensión **Objetivo terapéutico**. Y ningún paciente de los 450 encuestados supo contestar correctamente a las cuatro preguntas sobre la **Seguridad** de la medicación prescrita (Figura 4.19).

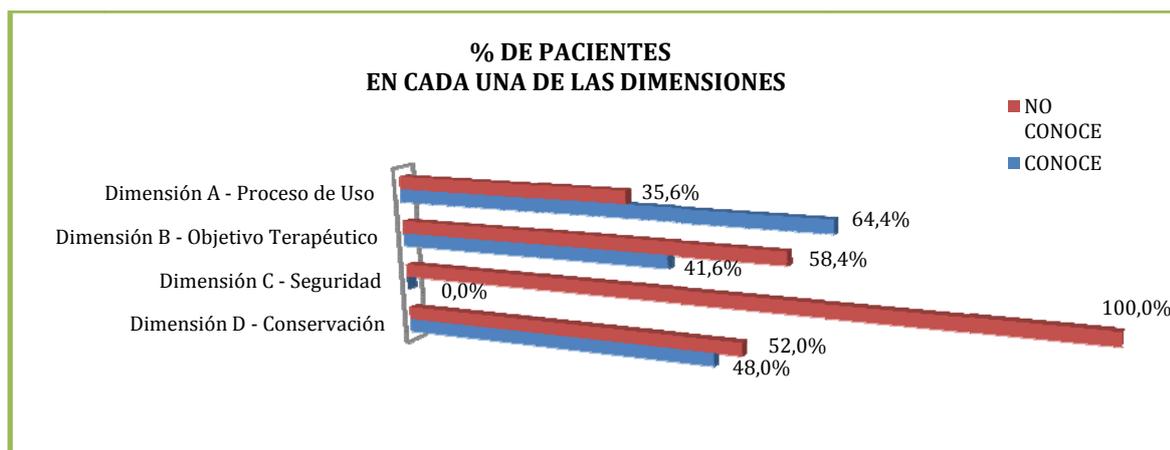


Figura 4.19: Porcentaje de pacientes que CONOCEN y NO CONOCEN cada una de las cuatro dimensiones del Cuestionario CPM.

Este desconocimiento acerca de las cuestiones relativas a la seguridad del medicamento, se corresponde con los resultados encontrados en otros trabajos como el de Tang y col. (2003) que señalan la información relacionada con la seguridad del medicamento, como la menos conocida por el paciente. También en estudios como el de Pérez Benajas y col. (2009), los autores detectaron en el 93,3% de las dispensaciones de antibióticos en la farmacia comunitaria, una ausencia total de conocimiento acerca de las interacciones con alimentos, si bien la herramienta empleada en este trabajo no estaba validada, y la muestra, con 66 registros, era limitada. En otras publicaciones como la de Teixeira y col. (2010), se concluye que *“la mayoría de pacientes estudiados presenta un conocimiento regular acerca de la terapéutica con anticoagulantes orales, principalmente en relación a la seguridad de los mismos”*. Encontramos también estudios recientes como el de Brounéus y col., (2012) quienes señalan que un 47% de los pacientes es incapaz de recordar la información relativa a la seguridad de los medicamentos, y sin embargo, un 84% está convencido de que puede tomar los medicamentos con seguridad, si bien este estudio analiza tanto medicamentos de prescripción como especialidades que no requieren receta para ser dispensadas.

Consideramos relevante hacer mención de la diferencia que existe entre los **medicamentos de prescripción** (objeto de este estudio) y los **medicamentos publicitarios** también denominados *EFPs* (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias) o, en inglés, *OTC* (Especialidades *Over The Counter*, “sobre el mostrador”). Las EFPs, son medicamentos que no necesitan de una receta para ser

adquiridos en la farmacia, siendo el farmacéutico el profesional sanitario que informa sobre el correcto uso del mismo al paciente, que es a su vez quien asume la responsabilidad a la hora de tomarlos. Es interesante observar, en la línea de los resultados del estudio de Brounéus y col. (2012), hasta qué punto el paciente no es consciente de la falta de información que tiene acerca de la seguridad del medicamento, una realidad que no hará sino agravarse con la salida de medicamentos del canal farmacéutico. Retomando los medicamentos de prescripción, objeto de nuestro estudio, cabe indicar que ninguno de los pacientes a los que se les hizo la encuesta tenía intención alguna de preguntar al farmacéutico, de lo cual deducimos, en la línea que apuntan Brounéus y col. (2012), que el paciente pensaba que conocía todo lo que debía conocer acerca del medicamento prescrito o, en caso de desconocimiento, sabía dónde encontrar aquella información que desconociese.

Volviendo al *Cuestionario CPM*, hay que indicar que no todas las preguntas tienen el mismo peso a la hora de definir el conocimiento, ya que tampoco las cuatro dimensiones son consideradas iguales, así, para el cómputo del conocimiento total del medicamento o *CPM Total*, cada pregunta puntúa diferente en función de a cuál de las cuatro dimensiones del conocimiento pertenece. Las preguntas de más peso corresponden a la dimensión **A-Proceso de uso**, seguidas de **B-Objetivo terapéutico**, **C-Seguridad** y **D-Conservación**.

En función del valor numérico obtenido en la ecuación del CPM Total, se establecieron los siguientes cuatro rangos o niveles de conocimiento:

- **No conoce** el medicamento: 0 a 0,59 puntos
- Conocimiento **Insuficiente** del medicamento: De 0,60 a 1,26
- Conocimiento **Suficiente** del medicamento: De 1,27 a 1,60
- Conocimiento **Óptimo** del medicamento: De 1,61 a 2.

Tras aplicar la ecuación del CPM para todos los pacientes de nuestro estudio, el resultado fue que el 51,1% de los encuestados no conocía el medicamento, el 25,3% tenía un conocimiento insuficiente, un 23,3% presentaba un conocimiento

suficiente, y solamente un 0,2% obtuvo una puntuación de conocimiento óptimo (Figura 4.17).

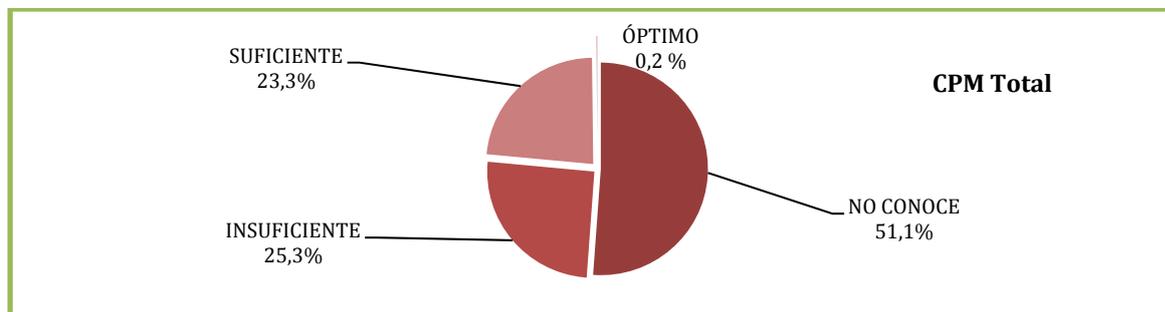


Figura 4.17: Distribución del CPM Total en los 450 pacientes encuestados.

Tras agrupar estos cuatro niveles en dos: **CONOCE** (Conocimiento **Suficiente** + Conocimiento **Óptimo**) y **NO CONOCE** (Conocimiento **Insuficiente** + **No conoce**) podemos afirmar, según nuestros datos obtenidos en base al *Cuestionario CPM*, que 3 de cada 4 pacientes (el 76,4% de la muestra) no tiene un conocimiento suficiente que permita asegurar un correcto uso del medicamento.

INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL CPM

Al estudiar las posibles diferencias de conocimiento entre **PACIENTES** y **CUIDADORES** para cada una de las dimensiones, sólo fueron halladas diferencias estadísticamente significativas, con mayor conocimiento por parte de los **PACIENTES**, en relación a la dimensión *A-proceso de uso*. Un 66,6% de los pacientes conoce cómo tomar el medicamento, mientras que en el caso de los cuidadores, este porcentaje disminuye hasta el 55,3% ($p=0,035$). Este dato nos hace reflexionar acerca de la importancia de mejorar los procesos de comunicación de los profesionales sanitarios con los cuidadores en una población que tiende hacia el envejecimiento progresivo y en la que el papel de éstos tiene cada vez más relevancia. En cualquier caso, para el resto de dimensiones así como el CPM Total, el nivel de conocimiento hallado fue muy similar entre pacientes y cuidadores.

En cuanto a los tres **TIPOS DE FARMACIA** en los que se llevó a cabo la recogida de datos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el CPM total, si bien se apreció un nivel de conocimiento superior en las farmacias urbanas frente a las de tipo rural. En lo que respecta al CPM por dimensiones, estas diferencias sí que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Según nuestro estudio, y una vez descartada la dimensión *C-Seguridad* (que ningún paciente de la muestra conocía), los pacientes que acuden a farmacias **urbanas de barrio** son los que conocen mejor el *proceso de uso* del medicamento prescrito, los que acuden a farmacias **urbanas de centro** saben más acerca del *objetivo terapéutico*, y los que acuden a **farmacias rurales** conocen más la *conservación*.

Tras agrupar los dos tipos de farmacias urbanas (de centro y de barrio) y compararlas con las farmacias rurales, también las diferencias de CPM por dimensiones fueron estadísticamente significativas, presentando los usuarios de **farmacias urbanas** un mayor conocimiento en todas las dimensiones excepto en la dimensión *D-Conservación* que mostró un mayor conocimiento en **farmacias rurales**. Se observó que existe una asociación estadísticamente significativa entre la zona de la farmacia en la que se realizaron las encuestas y el nivel de estudios de los pacientes, siendo el porcentaje de pacientes con estudios universitarios del 31% en las farmacias de centro, el 27% en las de barrio y solamente el 13% en las farmacias rurales, lo que justificaría un mejor conocimiento de los pacientes en las zonas urbanas. Estas diferencias de CPM, por tanto, pudieran deberse a la mayor alfabetización en general (y de salud en particular) que se presupone en un núcleo urbano frente a uno de tipo rural. Analizando por su parte las farmacias urbanas, se observó que los usuarios de **farmacias urbanas de barrio** presentaban un mayor conocimiento del *proceso de uso* de los medicamentos que los usuarios de farmacias urbanas de centro ($p < 0,001$). Dado que la dimensión *proceso de uso* (la que más peso específico tiene en el cálculo del CPM Total) es la que requiere de más esfuerzo y tiempo por parte del profesional sanitario a la hora de ser transmitida al paciente (pensemos, por ejemplo, en formas farmacéuticas complejas: dispositivos de insulina, inhaladores, parches transdérmicos...), podríamos plantear la hipótesis de que este mayor conocimiento de la misma en las farmacias urbanas de barrio, se deba a una mejor atención farmacéutica (que *a priori* parece que pueda darse en una

farmacia de este tipo, al estar más cercana al paciente que la farmacia urbana de centro). De hecho, a la hora de plantear el ámbito espacial en el diseño de nuestro estudio, nos pareció interesante distinguir entre farmacia urbana de centro y de barrio, con el fin de poder establecer, una vez tuviéramos los resultados del CPM, el posible vínculo de este conocimiento con la relación farmacéutico-paciente. Pero el insignificante porcentaje de pacientes registrados (un 0,4% del total de encuestados) que reconocieron haber recibido información por parte del farmacéutico, no nos permite establecer una relación entre el conocimiento acerca del *proceso de uso* en las farmacias urbanas de barrio y la atención farmacéutica en éstas.

Así pues, el motivo por el cual el **menor conocimiento** fue registrado en farmacias de tipo **rural**, puede deberse a otros factores no tanto relacionados con el tipo de asistencia sanitaria (precisamente más cercana en entornos rurales que urbanos), sino más bien por el tipo de paciente que acude a la farmacia rural, que en general presenta un menor nivel de estudios. En nuestra muestra, un 20% de los pacientes encuestados en farmacias de tipo rural no tenían estudios, mientras que este porcentaje disminuía hasta el 5% en el caso de las farmacias urbanas.

La media de **EDAD** de los pacientes que conocían la medicación, se situó en 55,06 años (desviación típica 16,33 años) y en 53,95 años (desviación típica 17,04 años) la de los que no conocían, siendo algo más de un año mayores los pacientes que conocían frente a los que no. Tras dividir la muestra en los siguientes cuatro grupos de edad: <40 / 40-55 / 56-67 / ≥68 y analizar el CPM por dimensiones, las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas, pero se observó que los pacientes con edades comprendidas entre los 40 y los 55 años eran los que mejor conocían las dimensiones *proceso de uso y objetivo terapéutico* (las dos de más peso en el conocimiento global acerca de la medicación). Consultando la bibliografía, encontramos sin embargo autores como Huang y col. (2006), que señalan al grupo de edades comprendidas entre los 18 y 30 años como el de mayor conocimiento de la medicación. Sin embargo, otros como Cham y col. (2002) afirman, en la misma línea que nuestros resultados, que existe un menor conocimiento en los jóvenes respecto a las interacciones y efectos adversos de medicamentos, aunque este

estudio fue llevado a cabo con Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFPs), concretamente del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), por lo que el contexto difiere del nuestro. Volviendo a nuestro estudio, podemos afirmar que se aprecia una predominancia de conocimiento por parte del grupo de pacientes 40-55 años, que decrece conforme aumenta la edad, resultados que coinciden con los de otros trabajos como el de Villafaina y García (2009) quienes, tras realizar 400 entrevistas a pacientes, apuntan a que el desconocimiento de los tratamientos en personas mayores de 70 años es directamente proporcional a la edad, aunque la falta de cumplimiento se mantiene constante independientemente de ésta. En general, los estudios encontrados, al igual que nuestro, apuntan a que cuanto mayor es la edad del paciente, menor es el conocimiento.

Los resultados de conocimiento obtenidos fueron similares en función del **GÉNERO**. Pero a pesar de que el porcentaje de **mujeres** que conocían la medicación (un 25,3% de ellas conocía) se situó por delante del de los hombres (un 20,30% de ellos conocía), las diferencias no fueron estadísticamente significativas ni para el CPM Total, ni para el CPM por dimensiones. Tampoco en otros estudios encontrados en los que se relaciona el CPM y el género como el de Villafaina y García (2009), se ofrecen resultados con significación estadística para esta variable, aunque se apunta la misma tendencia de que los hombres muestran un mayor desconocimiento que las mujeres. En la última Encuesta Nacional de Salud, presentada en Marzo de 2013 por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística) y que analiza el estado de salud de la población en los años 2011 y 2012, se señala que la valoración del “estado de salud propio” de los hombres es mejor que el de las mujeres (*MSSSI, 2013*). Esta percepción más positiva de la salud en ellos, nos hace pensar que lleve aparejada una menor frecuencia de consulta a los profesionales sanitarios y por tanto de un menor conocimiento de la medicación. De hecho, este mismo estudio refleja una mayor asistencia a la consulta médica (en todas las franjas de edad) por parte de las mujeres (86,5%) que por parte de los hombres (78%).

En relación a la **NACIONALIDAD** de los pacientes encuestados, los resultados de nuestro estudio nos indican que el hecho de ser español, influye positivamente en

el CPM Total, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,006$). Ninguno de los pacientes de otras nacionalidades, presentó un nivel de conocimiento ni siquiera suficiente acerca de la medicación. Este desconocimiento por parte de los pacientes de otra nacionalidad, pone de relieve las deficiencias en los procesos de comunicación médico-paciente llevados a cabo entre lenguas distintas, pero sobre todo entre culturas distintas, dado que la mayoría de pacientes con nacionalidades diferentes a la española que participaron en nuestro estudio, eran de países sudamericanos hispanoparlantes. Por otro lado, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas del nivel de estudios en función de ser o no español. En este sentido, en otros ámbitos sanitarios, algunos autores han analizado la mala adherencia de pacientes sudamericanos a algunos tratamientos, descartando que la causa sea la idiomática y sugiriendo su explicación en la baja integración social (*Monras M y col., 2006*).

Se observó una relación estadísticamente significativa entre el **NIVEL DE ESTUDIOS** y el CPM Total ($p=0,049$). Respecto al CPM por dimensiones, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al *proceso de uso* ($p<0,001$) y al *objetivo terapéutico* ($p<0,001$). Son numerosos los trabajos encontrados en los que se establece una correlación entre el nivel de estudios y el CPM en los mismos términos que los hallados en nuestro estudio: a medida que se eleva el **nivel de estudios** aumenta el conocimiento, y a menor nivel de educación menor grado de conocimiento (*O'Neil y Poirer, 1998; Cham y col., 2002; Akici y col., 2004; Edward y Pasanen, 2003; Andrés Iglesias y col., 2005; Huang y col., 2006*).

Consultando estudios más recientes que analizan la relación entre la **alfabetización en salud** y el conocimiento del paciente acerca de la medicación, encontramos autores como Devraj y col. (2013), quienes afirman que *“los pacientes con baja alfabetización en salud presentan un pobre conocimiento acerca de la seguridad de la medicación”*. Así pues, observando los resultados de nuestro estudio, cabría pensar en una baja alfabetización de la muestra, ya que ningún paciente conocía la dimensión de seguridad, sin embargo, nos encontramos con el hecho de que casi la cuarta parte de los encuestados (el 24%) tenían estudios superiores, lo que nos sugiere que un *alto nivel de estudios* no siempre se traduce en un *alto nivel*

de alfabetización en salud, concretamente en temas relacionados con la seguridad del medicamento, dimensión para la que sin duda, hay que reforzar la información al paciente.

En relación a las **consecuencias negativas de un inadecuado Alfabetismo en Salud** sobre la prevención, el cuidado y los comportamientos promovedores de salud, ya apuntaba la American Medical Association a finales de los años noventa que *“los individuos con alfabetismo en salud inadecuado tienen gastos de asistencia médica elevados, menos conocimiento de sus enfermedades y tratamientos, menos habilidades de autodirección, menos capacidad de preocuparse por enfermedades crónicas, un pobre cumplimiento terapéutico, una carencia de las habilidades necesarias para negociar satisfactoriamente con el sistema de salud y un menor acceso a los servicios de asistencia médica”* (American Medical Association, 1999). A día de hoy, existe un total consenso en la comunidad científica en cuanto a que un estatus pobre de salud, definido como malestar físico o percepción de enfermedad, achaque o daño, se asocia frecuentemente a una inadecuada alfabetización en salud de los pacientes (Nielsen-Bohlman y col., 2004; Weiss y col., 2005; Devraj y col., 2013). La falta de conocimiento relacionada con una alfabetización en salud deficiente, tal y como apuntan Nielsen-Bohlman y col. (2004), provoca gastos en salud así como un mayor riesgo de enfermedad y discapacidad. Por otro lado, tal y como señalan Weiss y col. (2005), *“el bajo nivel de alfabetización en salud es una epidemia silenciosa, y por esta razón los profesionales sanitarios necesitan de herramientas sencillas y rápidas para poder identificar cuáles de sus pacientes corren un mayor riesgo”*.

En nuestro estudio, aunque las diferencias halladas de CPM total en función de la **ACTIVIDAD LABORAL** desempeñada por el paciente no fueron estadísticamente significativas, sí se observó que aquellos pacientes que desarrollaban trabajos de **tipo intelectual**, eran los que presentaban un mayor conocimiento (un 27,4% de ellos conocían), seguidos por amas de casa (23,6%), estudiantes (23,10%) y jubilados (19,0%). En relación a los trabajos físico-manuales, se detectó mayor conocimiento en aquellos pacientes que desempeñaban trabajos de tipo cualificado frente a los no cualificados. Estas diferencias en cambio, sí fueron estadísticamente significativas para el CPM por dimensiones, en concreto, se

observó que aquellos pacientes que desempeñaban actividades laborales que requerían de un mayor nivel intelectual, seguidos de los estudiantes, presentaban un mayor conocimiento acerca de la dimensión *objetivo terapéutico* ($p=0,048$). Unos resultados que se encuentran en la línea de otros estudios que apuntan a que la actividad laboral puede influir en el CPM, presentando un mayor conocimiento aquellos pacientes con profesiones de un nivel intelectual más elevado (*Edward y Pasanen, 2003; Huang y col., 2006*).

Respecto a la **DURACIÓN DEL TRATAMIENTO**, observamos un CPM Total ligeramente superior en pacientes que **repetían la medicación** (un 23,9% conocía), frente a aquellos que les había sido prescrito el medicamento por primera vez (un 22,7% conocía), si bien las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, tras el análisis del CPM por dimensiones, sí que pudimos apreciar diferencias estadísticamente significativas, conociendo mejor los pacientes que repetían la medicación tanto el *proceso de uso* ($p=0,002$), como el *objetivo terapéutico* ($p=0,042$) o la *conservación* ($p=0,041$). Así nuestros resultados son similares a los de otros autores como Akici y col. (2004), quienes afirman que “*el conocimiento del paciente sobre los medicamentos de primera prescripción es menor que sobre los de uso repetido*” y exponen una asociación estadísticamente significativa entre el *CPM* y el tiempo de uso.

Las diferencias de CPM Total en función del **NÚMERO DE MEDICAMENTOS** que tomaba el paciente, no fueron estadísticamente significativas. No obstante, pudo observarse que aquellos pacientes que tomaban un único medicamento, es decir, estaban en **monoterapia**, presentaban un mayor conocimiento (conocían la medicación en un 26,2% de los casos) frente a los que tomaban más de un medicamento (conocían en un 23% de los casos). Compartimos pues la opinión de otros autores como Edward y Pasanen (2003), Leal Hernández y col. (2004) o Huang y col. (2006) que coinciden en apuntar que un mayor número de medicamentos se relaciona con un menor conocimiento. Boonstra y col. (2003), sitúan en tres el número de medicamentos a partir del cual el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM)* puede comenzar a verse empeorado. Sin embargo, en base a los resultados obtenidos en nuestro estudio, el hecho de estar **polimedicado** (tomar

cinco o más medicamentos) parece influir positivamente en el CPM total. Así, aunque las diferencias tampoco fueron en este caso estadísticamente significativas, se pudo observar que un 26,8% de los pacientes polimedcados conocía la medicación, mientras que en el caso de los pacientes que tomaban más de un medicamento pero menos de cinco, el porcentaje de los que conocían se situaba en el 20,6%. Una explicación de este dato pudiera estar en que normalmente el hecho de estar polimedcado suele relacionarse con el padecimiento de enfermedades de tipo crónico, y estos pacientes podrían estar de algún modo más concienciados de las patologías que tienen y de los medicamentos que han de tomar. Tras el análisis del CPM por dimensiones, las diferencias halladas tampoco fueron estadísticamente significativas, pero se observó un mayor conocimiento del *proceso de uso* en pacientes polimedcados seguidos de pacientes en monoterapia, estando en tercer lugar pacientes que tomaban entre dos y cuatro medicamentos. Una tendencia que se repite en el conocimiento de la *conservación*. Respecto al *objetivo terapéutico* el mayor conocimiento, sin embargo, lo muestran los pacientes en monoterapia (el 48,8% de este grupo conocían esta dimensión B), seguidos de los que tomaban entre dos y cuatro medicamentos (42,2%), siendo los pacientes polimedcados los que menos conocían esta dimensión (39,8%). Todo parece indicar que cuando un paciente sobrepasa los cuatro medicamentos, si bien sigue recordando cómo tomarlos, el “*para qué los toma*”, comienza a ser un aspecto al que no presta tanta atención.

Los resultados que obtuvimos en nuestro estudio en relación al CPM Total y el **TIPO DE MEDICAMENTO**, señalaron a los medicamentos del sistema nervioso como aquellos que presentaron un mayor conocimiento por parte del paciente, seguidos de los del sistema cardiovascular, sistema digestivo/metabolismo y sistema respiratorio, aunque estas diferencias en el conocimiento (a nivel global) no fueron estadísticamente significativas. Sí se observaron diferencias, sin embargo, tras el análisis del CPM por dimensiones, donde tanto en el conocimiento respecto al *proceso de uso* ($p < 0,001$) como en el del *objetivo terapéutico* ($p = 0,039$), se registró un mayor conocimiento en los medicamentos pertenecientes al **sistema cardiovascular**, seguido del sistema nervioso, el sistema digestivo/metabolismo y el sistema respiratorio. Algunos autores señalan que las diferencias en los tipos de

tratamientos implican cambios en el grado de *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación*, determinando por ello que la naturaleza del medicamento influye de manera importante sobre el CPM (*Leal Hernández y col., 2004; Huang y col., 2006*). Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios como el de Boonstra y col. (2003), que ordenan los tres grupos terapéuticos con mejores puntuaciones en el conocimiento, estando en primer lugar el sistema cardiovascular (si bien estos autores señalan en segundo lugar al respiratorio y por último al sistema nervioso).

INFLUENCIA DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE EL CPM

En relación a las distintas fuentes de información al paciente, **dentro del ámbito sanitario y en el entorno asistencial**, nos planteamos conocer en qué medida el médico actúa como informador del paciente. Así, nos pusimos como objetivo analizar si existen diferencias en el *Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación* (tanto *CPM Total* como *CPM por dimensiones*), en función del tipo de médico que informa al paciente, ya sea de familia, especialista, de urgencias o privado. También encontramos relevante evaluar el papel del farmacéutico comunitario como último profesional sanitario al que el paciente tiene acceso.

Fuera ya del entorno asistencial, nos pareció importante analizar el uso que se hace del prospecto y qué legibilidad presenta, ya que supone la última fuente de información válida de la que dispone el paciente dentro del ámbito sanitario.

Por último, el papel que tienen los medios de comunicación de masas en general, e internet en particular, como fuentes emergentes de información al paciente **fuera del ámbito sanitario**, es también objeto de reflexión en nuestro trabajo.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Actualmente existe un consenso generalizado entre los profesionales de la salud sobre la necesidad de proporcionar a los pacientes **información de calidad**,

de manera que se favorezca un rol más activo del paciente ante su propia salud. La *Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, lo contempla en su artículo 2, en el que cita: “*Todo profesional que interviene en la actividad asistencial, está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica*” (*Ley 41/2002*). En el ámbito europeo, la redacción de la *Carta Europea de los derechos de los Pacientes*, también conocida como *Carta de Roma*, refuerza el grado de protección de los derechos de los pacientes y ciudadanos en los diferentes contextos nacionales y constituye una herramienta para la armonización de los Sistemas Nacionales de Salud, algo necesario debido a la libre (y creciente) circulación de ciudadanos dentro de la Unión Europea (*Carta de Roma, 2002*).

Así pues, la cobertura legal de los **DERECHOS DE PACIENTES** tanto en España (*Ley 41/2002*) como en la Unión Europea (*Carta de Roma, 2002*), es suficientemente correcta, y su conocimiento y aplicación, tal como apunta Palacio (2005), permiten identificar numerosas áreas de mejora en la atención primaria. Según Figueras Sabater (2005): “*Nuestro país goza de una legislación de las más actuales en materia sanitaria, y a los agentes que intervienen en el proceso asistencial incumbe aplicarla y procurar que su cumplimiento esté a la par de la calidad a la que aspira nuestra sanidad*”. Otros autores como Hidalgo Antequera (2005), Montalvo-Jääskeläinen y col. (2005) o Pérez Cárceles y col. (2006), consideran también que la excelencia en la asistencia sanitaria no se consigue sólo con el máximo rigor científico, sino que ha de ser entendida en un contexto que proteja los derechos de los pacientes.

Por otro lado, tal y como contempla la bibliografía analizada, lo imprescindible es que se transmita al paciente no sólo una **información adecuada**, definida por el artículo 5 del *Convenio de Oviedo* (1997) como “*aquella suficientemente clara y adaptada a la persona a la que va destinada*”, sino también una **información efectiva**, definida en el consejo de la *Federación Internacional de Farmacia* (2008) como: “*la información que mejora el conocimiento y la comprensión de los pacientes con respecto a su tratamiento, autogestión de la enfermedad y mejora*

de los resultados sanitarios". En nuestro país, uno de los objetivos de la "Estrategia de Mejora de la Práctica clínica", integrada en el *Plan de Calidad para el SNS*, plantea como fin facilitar el acceso a una información de calidad sobre salud a profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanía (MSSSI, 2010).

La **Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios**, establece que son específicamente los profesionales sanitarios los que han de aportar toda la información adecuada y efectiva que el paciente necesite acerca de los medicamentos de prescripción. Siendo estos profesionales sanitarios encargados de informar al paciente, los médicos (incluidos podólogos y odontólogos) y enfermeros en el ámbito hospitalario/ambulatorio, así como el farmacéutico desde la farmacia comunitaria. Ahora bien, es necesario que estos profesionales sanitarios estén a su vez bien informados, para lo cual es imprescindible desarrollar fuentes de información independientes que puedan hacer una evaluación rigurosa de los datos disponibles sobre cada fármaco, y muy especialmente sobre los nuevos medicamentos. Es preciso facilitar un **flujo de información permanente hacia los facultativos** que son los que deciden qué fármacos va a tomar el paciente y, desde el punto de vista del usuario, debería ser una garantía exigible que los profesionales sanitarios pudieran obtener esa información de manera limpia y no interesada por parte de los laboratorios, lo que Escoda y Terrazas (2008) definen como *competencia informacional*, consistente en la capacidad de identificar las fuentes de información adecuadas y ser capaz de utilizarlas para extraer información relevante.

No es frecuente que un paciente desconozca "por desconocimiento del médico", pero no podemos olvidar la circunstancia de que la información de la que dispone el médico, puede ser en ocasiones errónea o estar manipulada. Así lo sugiere Angell (2004), afirmando que *"existe la convicción de que muchas veces las compañías farmacéuticas camuflan los riesgos de sus productos y exaltan sus bondades y expectativas, anteponiendo sus propios intereses sobre los de la salud pública"*. Según Steinbrook (2005), el apoyo de la industria farmacéutica con actividades formativas y campañas públicas, no es inaceptable desde un punto de vista ético. El autor plantea, que existe de manera natural un beneficio mutuo entre

la práctica clínica y la industria farmacéutica. Pero dicho apoyo, tal y como apuntan también otros autores como González y Ramos (2012), se hace problemático en la medida que moldee la acción del médico, de manera que ésta beneficie a la industria por encima de los pacientes. En cualquier caso, *“la responsabilidad moral última, siempre será del profesional sanitario”* (González-Hernández y col., 2008).

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (en base a las propuestas formuladas por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III y el resto de agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias de las Comunidades Autónomas), publicó en septiembre de 2012 el Proyecto de Orden para crear la **Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS**. La misión de este organismo es la de *“generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante el funcionamiento en red y la coordinación entre las distintas agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”*. Además, entre sus objetivos se encuentra el de contribuir a la rápida transferencia de conocimientos, así como a la difusión de evidencias científicas, tanto a la práctica clínica como a los distintos niveles de decisión del SNS (MSSSI, 2012).

En lo que respecta a la relación de los profesionales sanitarios con los pacientes, es deseable que ésta se plantee en términos de **comunicación** (proceso bidireccional), más que de información (proceso unidireccional), siendo el acto de *informar* complementario al de *comunicar*. Así lo plantean March Cerdá y col. (2010) al apuntar que: *“el personal facultativo es el principal referente de la información en salud, por lo que es aconsejable su formación en habilidades de comunicación”*. La ciencia y la tecnología han avanzado enormemente a lo largo de las últimas décadas, pero actualmente la mejor atención sanitaria, tal y como afirman Levinson y Pizzo (2011), *“requiere no sólo de profundos conocimientos en ciencia sino también de habilidades para comunicarse de manera efectiva con los pacientes”*.

El fin último de la labor del profesional sanitario es la salud del paciente y, en lo que respecta a la medicación, ha de perseguir el éxito terapéutico y la no aparición, en la medida de lo posible, de Reacciones Negativas asociadas a la Medicación (RNMs). Desde el punto de vista de la Información al Paciente (IP), errores en la fuente, en la propia información o en la recepción de ésta por parte del paciente, traerán consigo un conocimiento deficiente acerca de la medicación (CPM deficiente), lo que puede generar Problemas Relacionados con la Medicación (PRMs), que a su vez frecuentemente derivarán en Reacciones Negativas asociadas a la Medicación (RNMs).

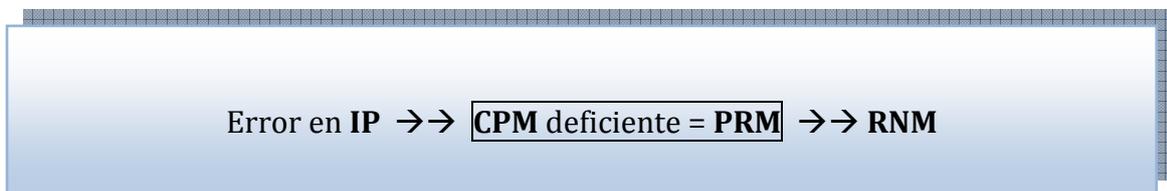


Figura 1.7: Relación secuencial: Información al paciente (IP), Conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM), Problema relacionado con la medicación PRM y Resultado Negativo asociado a la medicación (RNM).

Dado que el valor de la información recibida por el paciente reside en su carácter preventivo frente a posibles fracasos terapéuticos, esta información relativa a los medicamentos (tal y como contempla la *Ley 29/2006*) debiera garantizarse dentro del canal sanitario, máxime cuando se trata de medicamentos de prescripción. Así, parte del interés de este trabajo radica en plantear de qué forma en el contexto sanitario actual, marcado por el envejecimiento demográfico, los avances tecnológicos y científicos, así como las políticas de contención de gastos (consecuencia de la crítica situación económica actual), se están redefiniendo los **roles de los profesionales de la salud** y de los pacientes, a la vez que se exigen nuevos planteamientos y actuaciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO

A la hora de preguntar a los pacientes encuestados acerca del médico, se hizo distinción entre el médico que “le había hecho la receta”, registrado como médico prescriptor, y el que “le había informado”, registrado como médico informador.

En relación al tipo de **MÉDICO PRESCRIPTOR**, vemos que el **Médico de Familia** es el que más prescribe (un 78,7% de las recetas), claramente por delante del Médico Especialista (19,8%) o el de Urgencias (1,5%). Tras el análisis de resultados, si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas del CPM Total en función del médico prescriptor, estas sí que lo fueron para el CPM por dimensiones, así, los pacientes que presentaron en la farmacia recetas prescritas por médicos de urgencias, tenían un mayor desconocimiento acerca del *proceso de uso* (sólo un 14,3% de estos pacientes conocía la dimensión), frente a aquellos pacientes que presentaron recetas prescritas por médicos de familia, que conocían cómo tomar la medicación en un 66,4% de los casos, o por médicos especialistas, que presentaron un conocimiento de esta dimensión del 60,7% ($p=0,012$).

Respecto al **MÉDICO INFORMADOR**, los resultados hallados en nuestro estudio, y al igual que para el médico prescriptor, mostraron diferencias estadísticamente significativas del CPM por dimensiones para: la *posología* ($p<0,001$), la *duración del tratamiento* ($p<0,001$), la percepción del *efecto terapéutico* ($p<0,001$) y la *conservación* ($p<0,001$). Así, se comprobó que los pacientes que habían sido informados acerca de estas cuestiones por el **Médico de Familia**, registraban un mayor conocimiento que aquellos que habían sido informados por el médico especialista o el de urgencias. Para las demás cuestiones: *pauta, forma de administración, indicación, precauciones, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones*, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, se observó la misma tendencia: los pacientes saben más acerca de la medicación que les ha sido prescrita, cuando es el médico de familia el que les informa, de lo que se deduce que el trato directo y de mayor confianza que reciben los pacientes por parte del médico de familia, repercute directamente en el conocimiento de éstos acerca de la medicación.

En el lado opuesto nos encontramos con los pacientes informados por el médico de urgencias, siendo éstos los que registran siempre un mayor desconocimiento. Pérez-Cárceles y col. (2010), tras estudiar la calidad de la atención percibida por 300 pacientes durante 3 meses en un servicio de urgencias, afirman que *“dar la oportunidad a los pacientes de plantear cuestiones y resolver dudas*

cuando se les está informando, así como proveerles de instrucciones por escrito con una óptima legibilidad y fácil comprensión, contribuyen a incrementar no sólo el conocimiento del paciente acerca de la medicación sino también su nivel de satisfacción respecto a la atención recibida en los servicios de urgencias". Según este trabajo, el 89,9% de los pacientes a los que se les había prescrito alguna medicación, fue informado acerca de cómo tomar el medicamento en cuestión, pero sólo al 53,3% se le habló acerca de posibles efectos secundarios. Además, los resultados del estudio revelaron que a mayor gravedad de la emergencia (que había provocado el ingreso en urgencias), mayor información recibía el paciente, siendo la asociación estadísticamente significativa. Los autores, inciden en la importancia de alcanzar la máxima calidad en la atención al paciente en general y en los servicios de urgencias en particular. Según los resultados de nuestro trabajo, parece evidente apuntar, que la atención recibida por los pacientes en servicios de urgencias (tanto cuando hablamos del *médico informador* como cuando lo hacemos del *médico prescriptor*) no alcanza un nivel óptimo, entendiendo por "óptimo" aquel que proporcione al paciente un conocimiento por lo menos suficiente acerca de la medicación prescrita.

La relación entre médico y paciente ha ido evolucionando hacia un proceso de decisión más compartido, en el que el paciente cuenta con un mayor grado de información y está más interesado sobre temas de salud en general y de la suya propia en particular. Pero a pesar de las modernas tecnologías informáticas, todavía en la actualidad (al no estar garantizada permanentemente la obtención de la historia clínica informatizada del paciente) se siguen produciendo **disfunciones en la cadena asistencial**, ya que en muchas ocasiones el especialista receta a su paciente sin más información que la que éste le facilita sobre lo que le han prescrito otros facultativos, con lo que la calidad de la prescripción queda en estos casos al albur de la competencia y el bagaje cultural de que disponga el propio usuario.

La ley 41/2002, de Autonomía del paciente, establece en su artículo 23: "*Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarde relación con los procesos clínicos en los que intervengan*" (Ley 41/2002). En el año 2012, en

respuesta a reiteradas reivindicaciones por parte de los médicos de familia de la Región de Murcia (que llevaban años exigiendo que no se les “usara” como meros “expendedores de recetas”), se emitió desde la gerencia del Servicio Murciano de Salud una nota informativa instando a los médicos especialistas a cumplir la Ley 41/2002, de manera que sea siempre el médico que haya diagnosticado y prescrito un medicamento, el que rellene y entregue la receta al paciente. Se entiende, por tanto que no debieran producirse discordancias entre el médico que entrega la receta al paciente y el que le informa acerca del medicamento prescrito. En este sentido nosotros, con el fin de conocer en qué medida es el médico que prescribe el que informa al paciente, calculamos el **Índice Kappa** y grado de **concordancia entre el médico prescriptor y el médico informador** para cada una de las 11 preguntas del cuestionario del CPM (Tabla 4.3).

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO Agrupadas por Dimensiones	p	K	% de acuerdo
Dimensión A- Proceso de Uso			
p.02 – posología	<0,0001	0,543	80,1
p.03 – pauta	<0,0001	0,541	80,1
p.04 – duración	<0,0001	0,537	80,4
p.05 – forma de administración	<0,0001	0,554	81,2
Dimensión B- Objetivo Terapéutico			
p.01 - indicación	<0,0001	0,548	80,2
p.09 – efecto terapéutico	<0,0001	*	83,8
Dimensión C- Seguridad			
p.06 – precauciones	0,01	0,368	68,8
p.07 – efectos adversos	0,05	*	69,6
p.08 – contraindicaciones	0,125	0,280	68,1
p.10 – interacciones	0,021	0,334	68,8
Dimensión D- Conservación			
p.11 - conservación	<0,0001	0,536	81,2

Tabla 4.3: Índice Kappa de concordancia (K) y porcentaje de acuerdo (%) entre médico prescriptor y médico informador.

Los resultados obtenidos nos dieron valores de porcentaje de acuerdo por encima del 80%, y con significación estadística, para las dimensiones que el paciente conocía mejor (como vimos anteriormente al analizar el CPM por dimensiones) y que son: *proceso de uso, objetivo terapéutico y conservación*. Sin embargo, se pudo comprobar que esta concordancia descendía por debajo del 70% para la dimensión de *seguridad*, que resultó ser la menos conocida por el paciente, lo que nos hace reflexionar acerca del efecto negativo que este “desajuste” entre el médico que prescribe y el que informa provoca en la transmisión de la información al paciente y consecuentemente, en el conocimiento de éste acerca de la medicación. No fueron encontrados, tras la revisión bibliográfica, estudios que abordaran la concordancia entre el médico prescriptor y el médico informador ni para esta dimensión del conocimiento ni a nivel general, con lo que no pudimos comparar nuestros resultados con los de otros autores.

Podemos afirmar por tanto, que la labor educacional en salud que llevan (o debieran llevar) a cabo los médicos de familia es, por todo lo anteriormente expuesto, no sólo significativa sino muy importante, por lo que sería conveniente articular mecanismos de mejora en las condiciones laborales de éstos (así como las de los médicos especialistas) con el fin de asegurar el derecho del paciente a la información. Como señalan Pérez Cárceles y col. (2006), *“existe una insatisfacción laboral generalizada en los médicos de familia que influye negativamente en el derecho de información del paciente”*. Los autores afirman en su estudio, llevado a cabo con un total de 227 médicos de atención primaria, que *“hay una asociación directa entre la satisfacción laboral de los médicos y la información proporcionada a sus pacientes, que se vuelve inversa con relación al número de tarjetas”*. Como ya apuntaban hace dos décadas Leenen y col. (1993), la **práctica médica en la actualidad se ha deshumanizado**, y es percibida no sólo por los pacientes sino también por los profesionales, como una actividad compleja debido a la burocracia, impersonal en el trato con el paciente y poco gratificante para algunos profesionales que además eligieron (mayoritariamente) ejercer la medicina por vocación. Esta deshumanización, según García Ortega (2004), ha provocado una necesidad de reformulación de la profesión, y un resurgimiento de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

LA RECETA MÉDICA: El *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación*, define la receta médica y las órdenes de dispensación como “documentos normalizados que, además de suponer un medio fundamental para la transmisión de información entre los profesionales sanitarios y el paciente, posibilitan un correcto cumplimiento terapéutico y la obtención de la eficiencia máxima del tratamiento”. En lo que respecta a la receta electrónica, este RD contempla que deberá atenerse a los criterios generales sobre receta médica según lo dispuesto en las leyes vigentes, así como a los requisitos que las Administraciones Sanitarias competentes introduzcan en el marco de sus competencias. Según el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)*, la receta médica electrónica es un “procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de manera automatizada, de modo que las órdenes de tratamiento se almacenan en un repositorio de datos al cual se accede desde el punto de dispensación para su entrega al paciente”. Sin embargo, si bien la implantación del Sistema de Receta Electrónica en todo el territorio español forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (estrategia 11: *Sanidad en línea*), lo cierto es que a día de hoy, según el último informe del MSSSI: “*Las TIC en el Sistema Nacional de Salud*”, sólo seis comunidades autónomas (Galicia, Canarias, Baleares, Andalucía, Extremadura y Cataluña) lo tienen implantado completamente. Este informe recoge también la implantación en fase de extensión en otras cinco autonomías (Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Cantabria, País Vasco y Aragón), estando todavía en el resto del país en la fase piloto (caso de la Región de Murcia), excepto en Ceuta y Melilla que ni siquiera lo tienen previsto en agenda. Parece lógico pensar que la consecución de este proyecto acabará con la carencia informativa, y el consecuente desconocimiento, en relación a la medicación prescrita, si bien se trata de un proyecto que no acaba de hacerse realidad en todo el territorio español, y sobre el cual se están forjando (lamentablemente desde su inicio) diferencias en cuanto a su ejecución determinadas por las distintas políticas autonómicas en materia de sanidad. Dado que en la Región de Murcia la implantación total de la receta electrónica no se ha producido todavía (se encuentra aún en fase piloto), el total de recetas analizadas en nuestro estudio fueron en soporte papel (tanto informatizadas como escritas a mano), siendo en un 90,2% de los casos de la **Seguridad social**, por

lo que las recetas de mutuas (5,8%), los partes de urgencias (2,4%), así como las recetas privadas (1,6%) fueron minoritarias.

La diferencias de conocimiento entre pacientes, en función del **TIPO DE RECETA** que les había sido prescrita, no fueron estadísticamente significativas. En cualquier caso, se registraron muy pocas recetas de mutuas (5,8% de la muestra), partes de hospital (2,4%) y recetas privadas (1,6%). En relación a las recetas escritas a mano, se apreció un alto porcentaje ausencia en lo que respecta a la “pauta de administración” y “duración del tratamiento”, faltando una de estas dos informaciones (en ocasiones incluso las dos) en el 83,8% de estas recetas, tanto en el cuerpo de la misma, como en el volante de instrucciones para el paciente. Se trata de una ausencia de información escrita nada deseable, sobre la que habría que reflexionar. Es cierto que el número de recetas manuales es cada vez menor, a favor de las recetas informatizadas, pero se trata de recetas que siguen siendo entregadas a los pacientes, y sobre las que se debería prestar la atención que sea necesaria mientras sigan siendo utilizadas.

EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO: La oficina de farmacia, por la distribución capilar y homogénea que presenta en todo el territorio español, pone a disposición del paciente (sea cual sea su lugar de residencia) un profesional sanitario que puede ayudarle activamente a velar por su derecho a la información. La farmacia comunitaria supone por ello un marco físico de referencia, para que los procesos comunicativos en el ámbito de la salud nunca dejen de estar controlados. El farmacéutico, como especialista en medicamentos, es el profesional sanitario mejor situado para manejar una información tan amplia, compleja y específica. Se trata de un agente de salud, por tanto, que puede educar a la sociedad en la eficiencia para la utilización de medicamentos, convirtiéndose así en una pieza útil e imprescindible para resolver los problemas relacionados con la terapéutica.

Según un trabajo recientemente publicado por la *Universidad de Pacientes*, en colaboración con el laboratorio MSD, el 80% de los españoles considera al farmacéutico como el referente en salud más fiable, por encima del médico o la enfermera, así como sus familiares. El estudio, llevado a cabo con 3.000 pacientes y

que según su codirector, y presidente del *Foro de los Pacientes*, puede considerarse una muestra representativa de la población española, indica además que **seis de cada diez encuestados acuden a la farmacia para resolver todas aquellas dudas que no han podido resolver durante la visita médica**. En relación a los asuntos sobre los que más información busca el paciente, se encuentran los relacionados con una enfermedad concreta (31%), con síntomas, tratamientos o pruebas diagnósticas (31%) y con hábitos de vida (17%). Unos datos que evidencian la existencia una necesidad no sólo de información sobre problemas concretos del paciente, sino también de formación en salud (*Universidad de Pacientes, 2012*). Badía Llach y col. (2005), en la misma línea que el estudio de la *Universidad de Pacientes*, afirma que los farmacéuticos son, en un 17,4% de los casos, los profesionales sanitarios a los que el paciente acude en busca de información acerca de medicamentos de prescripción. Brouneus y col. (2012), señalan por su parte que las cinco fuentes de información preferidas por los pacientes a la hora de buscar información sobre la seguridad de la medicación son, por este orden: el médico, el farmacéutico, el prospecto, el enfermero e internet, si bien en este caso fueron analizados indistintamente medicamentos de prescripción y EFPs consumidos por pacientes en Nueva Zelanda.

Sin embargo, los datos de nuestro estudio nos muestran que, en lo referente al medicamento de prescripción (y en el caso de que el paciente lo hubiera tomado con anterioridad), el paciente no refiere apenas al farmacéutico como fuente de información, en ninguna de las cuatro dimensiones en las que se divide el cuestionario de conocimiento acerca de la medicación. Un 73,6% de los pacientes de nuestra muestra, había tomado con anterioridad el medicamento que venía prescrito en la receta, de lo que se deduce que se trata de pacientes que habían tenido ocasión de consultar a un farmacéutico en una dispensación previa, pero tan sólo un 0,4% afirmó haberlo hecho, lo que contrasta con los datos de los estudios encontrados. Parece lógico pensar por tanto, que quizás la metodología del estudio pudiera haber dirigido de algún modo las respuestas de los pacientes, dado que éstos fueron preguntados doblemente por el médico (en relación al médico prescriptor y al médico informador) insistiendo además en distinguir entre médico de familia y médico especialista. Creemos que el bajo porcentaje detectado que

señala al farmacéutico como fuente de información, pudiera deberse a que el paciente, a la hora de contestar a las preguntas del cuestionario referentes a la fuente de información, se centrara en el médico, olvidando u obviando alguna consulta que hubiera podido haber hecho al farmacéutico. Otra explicación de este bajo nivel de consulta al farmacéutico puede estar en la observación apuntada por otros autores como March Cerdá y col. (2009), quienes apuntan que *“el farmacéutico se considera una fuente de información al paciente más accesible que el médico; sin embargo, se le consulta sólo cuando la información necesitada no es muy importante”*.

El trabajo de la *Universidad de Pacientes* anteriormente citado, plantea el gran reto de acabar con la falta de visibilidad que la farmacia española tiene entre la población. Efectivamente, el paciente confía en el farmacéutico y acude a él cuando tiene dudas en materia de salud, pero desconoce hasta dónde pueden llegar los servicios que presta la farmacia. Podemos considerar pues, que el paciente pese a confiar en el farmacéutico, no le consulta todo lo que debiera, por desconocer la posibilidad (o la necesidad) de hacerlo.

FUENTES DE INFORMACIÓN FUERA DEL ENTORNO ASISTENCIAL

PROSPECTOS: En nuestro estudio, el prospecto fue considerado como *“fuente de información fuera del entorno asistencial”*, entendiendo que el paciente acude a él tras haber tenido contacto con el médico y/o el farmacéutico, si bien el ámbito sigue siendo el sanitario al tratarse de un texto científico regulado.

En relación a los prospectos de los medicamentos objeto de nuestro estudio, se evaluó **el uso que se hizo de ellos**, preguntándoles específicamente a aquellos pacientes que ya habían tomado el medicamento con anterioridad (331 pacientes del total de la muestra) si habían leído el prospecto en alguna ocasión y, en caso afirmativo, si lo habían entendido. Tras el análisis de asociación del CPM Total de los pacientes encuestados y el uso que éstos habían hecho o no del prospecto (si lo leyeron o no), se observaron diferencias estadísticamente significativas las cuales nos permiten afirmar que **la lectura del prospecto influye positivamente en el**

CPM Total. Así, un 28,2% de los pacientes que habían leído el prospecto, conocía la medicación, descendiendo este porcentaje hasta un 19,7% en el caso de los pacientes que no habían leído el prospecto ($p=0,023$). En el análisis del **CPM por dimensiones**, también se halló esta influencia positiva de la lectura del prospecto sobre el conocimiento del paciente acerca de la medicación, siendo las diferencias de este conocimiento, tanto en el *proceso de uso* como en el *objetivo terapéutico*, estadísticamente significativas. Así, el 73,8% de los pacientes que habían leído el prospecto, conocían el *proceso de uso* del medicamento y un 49,5% el *objetivo terapéutico*, disminuyendo estos porcentajes hasta el 56,6% y el 34,8% en el grupo de los que no lo habían leído. En cambio, las diferencias no fueron estadísticamente significativas en el caso del análisis del CPM Total en función de la **comprensión del prospecto** referida por el paciente, si bien se observó un conocimiento ligeramente superior en aquellos pacientes que afirmaron haberlo leído y comprendido, ya que un 29% de éstos conocían, frente al 21,7% que lo habían leído pero no entendido.

Para concluir, podemos destacar dos factores en nuestro estudio que se asocian significativamente al Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM), y que son el **nivel de estudios del paciente** (dentro de las variables sociodemográficas) y la **lectura del prospecto** (dentro de las distintas fuentes de información). Aquellos pacientes que no leen el prospecto, tienen 1,5 más riesgo de no conocer la medicación que aquellos que sí lo leen. En lo que respecta al nivel de los estudios, los sujetos sin estudios tienen 3,5 veces más riesgo de no conocer el medicamento en comparación con los pacientes con estudios universitarios. En el caso de que el paciente tenga estudios primarios este riesgo es 2,4 superior, y si el paciente tiene estudios secundarios, el riesgo es 2,1 veces mayor.

Por otra parte, cabe señalar el importante papel que juegan los médicos de familia, principal fuente de información al paciente, y la importancia de velar por que el grado de concordancia entre el médico que prescribe y el que informa, sea máximo. Por su parte el farmacéutico, dado el evidente desconocimiento que presenta el paciente acerca de los medicamentos de prescripción, debiera anticiparse y ofrecer toda aquella información que el paciente necesite.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN FUERA DEL ENTORNO ASISTENCIAL

En base a lo analizado anteriormente, parece claro afirmar que la información acerca de la medicación no es sólo un derecho del paciente recogido por la ley, sino un deseo claro y manifiesto de éste. Así, del total de participantes de nuestro estudio considerados “no válidos” (un 10,5% del total de ofrecimientos), se observa que la mayoría fueron *no paciente/no cuidador*, siendo destacable este hecho, al tratarse de usuarios que estaban interesados en recibir información, y hubieran estado dispuestos a participar en nuestro estudio en caso de haber cumplido con los criterios de inclusión. Tan sólo un 4% del total de personas a las que se ofreció participar en el estudio rechazaron hacerlo.

Del total de encuestados que habían tomado la medicación con anterioridad y afirmaron haber buscado información más allá del médico prescriptor, el 89,1% indicó que se había dirigido al prospecto, el 7,9% a internet y un 3% a un conocido o familiar (Figura 4.12).

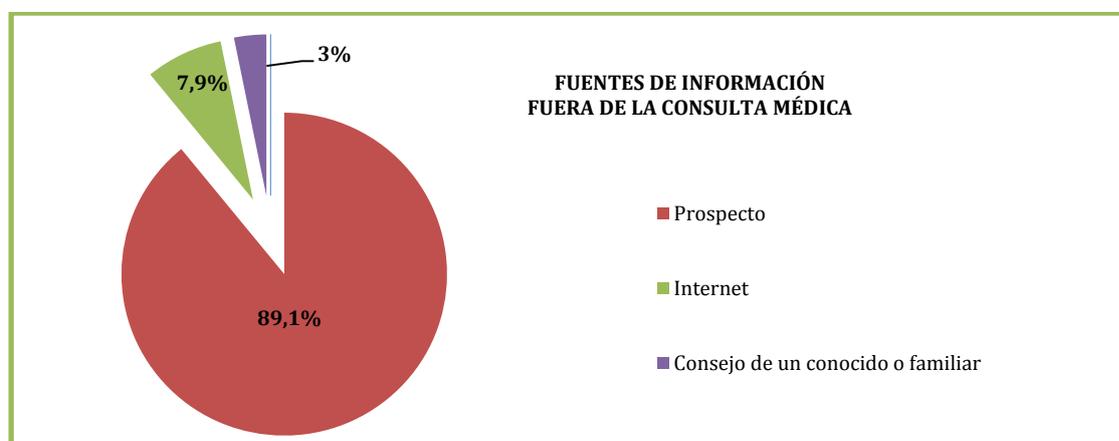


Figura 4.12: Fuentes de información referidas por los 231 pacientes que buscaron información fuera del entorno asistencial.

Así, nuestros datos coinciden con los de otros autores como Badía Llach y col. (2005), cuyo trabajo sitúa al prospecto en primer lugar como fuente de información al paciente fuera del entorno asistencial (75,9%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 73,3-78,5). Según este estudio, llevado a cabo también con medicamentos de prescripción y con 1.096 pacientes a través de encuesta telefónica, Internet no alcanza el 3% como fuente de información al paciente.

Parece lógico pensar que la búsqueda de información por parte del paciente referente a medicamentos, va a ser mayor en las EFPs (especialidades de autoconsumo) que en medicamentos de prescripción, para cuya obtención ha debido haber una previa consulta médica. Pero según Amador Romero (2004), los ciudadanos buscan cada vez más información sobre medicamentos de prescripción no sólo de la que consideran su fuente más respetada-valorada: el médico, sino de otras fuentes: asociaciones, grupos de autoayuda y, sobretodo, los medios de comunicación.

Una de las últimas medidas tomadas por el gobierno central para frenar el gasto en medicamentos, ha sido la desfinanciación de 417 especialidades farmacéuticas de prescripción. Como ya ha sucedido en otras ocasiones, la exclusión de la financiación de especialidades suele venir acompañada de una subida en el precio de las mismas y, en algunos casos, de un cambio de estatus del medicamento que pasa a convertirse en publicitario (EFP). Así, es previsible que esta búsqueda de información acerca de los medicamentos, se incremente en los próximos años, dada la tendencia liberalizadora de las actuales propuestas políticas de contención del gasto en materia de sanidad. Esta posible apertura de los canales de información, en lo que respecta a los medicamentos, habrá de plantearse en términos de seguridad para el paciente y no sólo en base a fórmulas liberalizadoras del sector sanitario. Hay que tener en cuenta, tal y como afirma Revuelta (2006), que sólo una cuarta parte de la información sanitaria recibida a través de los Mass Media, es emitida por expertos en la materia. Este autor señala al sector político como el emisor mayoritario de información sanitaria (49%), seguido del sector científico (26%), la sociedad civil (19%) y el sector industrial (6%). Relacionado con este tema, un estudio de Dens y col. (2008), en el que se recoge la opinión de pacientes, médicos y farmacéuticos de Nueva Zelanda (donde existe libertad de publicidad de medicamentos de prescripción) y de Bélgica (donde por el contrario, y al igual que España, no está permitida esta publicidad), revela las deficiencias que presenta la comunicación directa al consumidor (publicidad) de los medicamentos, planteando que ésta ha de mejorar en cuanto al contenido de la información y a la fiabilidad.

Podemos confirmar, en base a los resultados obtenidos en nuestro estudio y en consonancia con los de otros trabajos, la existencia de un “deseo de información” por parte del paciente, no sólo por el alto índice de participación (tasa de respuesta del 96%), sino también por el hecho observado de que casi un 70% de los pacientes entrevistados que habían tomado la medicación con anterioridad, aseguraron haber buscado información acerca de la misma más allá del médico prescriptor/informador.

INTERNET: Tanto el sistema sanitario, como la gestión de la salud o la propia práctica de la medicina, están siendo transformadas por la difusión de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs), de las que internet es la más importante por ser la que estructura las organizaciones y procesos en redes de comunicación. El problema que surge es la validación de toda la información que existe en la red, que hace imposible filtrar la información verídica y contrastada de la que no lo es.

Según los resultados de nuestro estudio, tan sólo el **7,9%** de los pacientes que buscaron información sobre la medicación prescrita lo hicieron en **internet**. Así, si bien fuera del ámbito sanitario internet es la principal fuente de información al paciente sobre salud en general (*Badía Llach y col., 2005*), estudios como el llevado a cabo por el Observatorio Nacional de Telecomunicaciones (ONT) en 2012, revelan que este uso de internet como fuente de información por parte del paciente, se encuentra aún muy por detrás de los médicos, que gozan de un nivel de confianza de 8,4 sobre 10, y los farmacéuticos, puntuados con un nivel de confianza de 7,4 sobre 10 (*MSSSI, 2012*). En lo que respecta a las redes sociales, suponen en España el 65% de la actividad que se realiza en internet en el caso del PC y el 74% en el caso de los Smartphones; pero el uso de redes sociales específicas en salud, dista aún mucho del que se hace en países como EEUU, donde se trata de un fenómeno muy consolidado (*Torras, 2011*).

Según el estudio del ONT, la búsqueda de información específica sobre medicamentos, supone el 16% del porcentaje de búsquedas totales acerca de la salud, una cifra muy inferior al 40% que constituye la búsqueda acerca de enfermedades. Estos datos reflejan que, aún encontrándonos en la era de las

Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), la confianza del paciente en los profesionales sanitarios sigue estando por encima de las nuevas tecnologías.

Volviendo a los resultados de nuestro estudio, cabe pensar que el pequeño porcentaje de pacientes que buscaron información acerca de la medicación en internet, pueda deberse también al hecho de que la mayor parte de nuestra muestra corresponde a individuos con edades comprendidas entre los 55 y 75 años, una franja de edad en la que el uso de la red no está generalizado del modo en que lo está en otras edades inferiores. En cualquier caso, en los próximos 20 años, los jóvenes de ahora se convertirán en “pacientes de más de 55 años y polimedcados” que tendrán, previsiblemente, un mayor control de las TICs y harán un uso mayor de internet a la hora de buscar información acerca de la salud en general y de la medicación en particular.

Los pacientes utilizan internet para buscar información sobre las patologías que padecen y los médicos usan la Red para actualizar sus conocimientos e interactuar con otros profesionales, sin embargo, en la comunicación entre ambos, la Red no juega un papel importante: apenas un 5% de los profesionales médicos recomienda habitualmente a sus pacientes que consulten webs de información médica sobre su patología o su medicación (*Castells y Lupiáñez, 2006*). Según Jiménez Pernet y col. (2007), el papel de las nuevas tecnologías (particularmente de internet) en la formación e información sobre salud y bienestar, constituye un área de conocimiento en expansión. Los recientes trabajos de investigación en este tema (*Black y col., 2011; Lupiáñez, 2011; Salomon y col., 2012*), permiten afirmar que estamos frente a una revolución en la forma en que los diversos actores del sistema sanitario buscan y encuentran información médica.

Tal y como apunta Lupiáñez (2011), la búsqueda de información sobre salud en internet por parte de los ciudadanos, es tan sólo la punta del iceberg de un fenómeno más amplio conocido como *e-Salud*. Este término, nacido a finales de la década de los 90, recoge la aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), especialmente internet, en el ámbito de la salud. El avance de la genética, la evolución de la informática médica y los sistemas de información, el

desarrollo de la telemedicina y el creciente aumento de la autonomía y la responsabilidad de los ciudadanos con respecto a la salud (el “*empowerment*” o “*empoderamiento*” definido por Lemire y col. (2008)), son sólo algunos de los ejemplos que caracterizan esta etapa de transición en la que nos encontramos. Pero, tal y como señalan Black y col. (2011), “*todavía existe una gran distancia entre las potencialidades de la e-Salud y sus consecuencias reales en la eficiencia de los sistemas de salud, la calidad asistencial y el estado de salud de los pacientes*”.

No obstante, el uso de internet no se puede aislar del contexto organizativo, social y cultural; habrá tensiones que faciliten o inhiban tanto su utilización como su impacto, negativo o positivo. En algunos casos, serán los propios pacientes quienes puedan facilitar la transición de los profesionales a la era de internet, demostrándoles con sus conductas que una nueva práctica asistencial es posible. En otros casos, serán los profesionales sanitarios quienes faciliten a los pacientes un nuevo espacio para su salud. Sin embargo, también pueden emerger nuevos espacios de tensión donde ni profesionales ni pacientes sean capaces de entenderse, con consecuencias negativas para ambos (*Lupiáñez, 2011*). Así, el diseño de intervenciones médicas a través de la web, puede optimizar la efectividad de las mismas, pero para que este aparente “potencial” de las páginas web sea una realidad, aún se necesita tiempo y estudios que evidencien que esta tecnología supone un beneficio a largo plazo y entre diversos tipos de población (*Salomon y col., 2012*).

Consejo de un CONOCIDO o FAMILIAR: Tan sólo un 3% de los pacientes que repetían la medicación, indicaron haber acudido a un conocido o familiar para obtener información sobre el medicamento prescrito. No se debe obviar una realidad, completamente arraigada en nuestro país y nuestra cultura; la del consejo del vecino, familiar o amigo quien, encontrándose en una situación similar a la que refiere el paciente, da recomendaciones sobre qué tomar o cómo actuar frente a una determinada patología, alegando un supuesto conocimiento basado en el simple hecho de haber experimentado repetidamente algunos episodios y haber aprendido por tanto ciertos patrones o pautas de actuación. Esta fuente junto a otras fuera de la asistencia sanitaria, han llevado a que la automedicación (con el consiguiente riesgo

que ésta conlleva para la salud) constituya un fenómeno cada día más arraigado en nuestra sociedad (*Badia Llach y col., 2005*).

En lo que respecta a los medicamentos de prescripción, las fuentes de información fuera del ámbito sanitario (como pueda serlo internet) parecen ser aún minoritarias, pero no así el prospecto, que considerándose aún dentro del ámbito sanitario se sitúa ya fuera del entorno asistencial.

LEGIBILIDAD EN PROSPECTOS DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN

La ley establece que la información dada al paciente sobre la medicación prescrita, debiera ser en primer lugar la transmitida por los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de atención al paciente (médico y farmacéutico), y en segundo lugar la que acompaña al medicamento en cuestión (*Ley 14/1986; Ley 25/1990; Ley 29/2006*). Los resultados de nuestro estudio, como vimos anteriormente, nos revelan un alto índice de búsqueda de información por parte del paciente acerca de la medicación prescrita. Casi un 70% de los pacientes que repetían la medicación, afirmaron haber buscado información (más allá del médico y el farmacéutico) acerca del medicamento prescrito, lo que hace plantearnos hasta qué punto el paciente considera al profesional sanitario “primera opción” a la hora de buscar información, o si por el contrario, confía más en la lectura del prospecto, ya que un 89,1% de los pacientes que buscaron, lo hicieron en el prospecto. También cabe preguntarse si esta búsqueda es llevada a cabo por un paciente en busca de información complementaria (aparte de la ya recibida), o por un paciente que desconoce la mínima información necesaria. Los bajos niveles de *CPM (conocimiento del paciente acerca de la medicación)* encontrados en nuestros resultados, parecen sugerir que nos encontramos ante el segundo caso. El paciente sale de la consulta médica, y posteriormente de la farmacia, desconociendo diversos aspectos (en ocasiones muy importantes) acerca de la medicación, y es en el prospecto donde busca esa información.

Distintas leyes y normativas han ido definiendo las normas comunes en lo relativo a prospectos; desde la **Ley 25/1990 del Medicamento**, pasando por la **Directiva del Consejo 92/27/CEE** relativa al etiquetado y al prospecto de los medicamentos de uso humano, el **Real Decreto 2236/1993** por el que se regula el etiquetado y el prospecto de los medicamentos de uso humano, hasta la **Ley 29/2006 de Garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios**. Según el **Comité asesor de Expertos en Prospectos (CADEP)** constituido en 2010, y que supuso un precedente europeo en la materia, “*el prospecto es el documento estrella que todos debemos tener y consultar cuando un medicamento cae en nuestras manos, siendo por tanto necesario que éste se encuentre escrito en un lenguaje sencillo y accesible a toda la población*”.

Un **62,2%** de estos pacientes que habían tomado la medicación con anterioridad **manifestó haber leído en alguna ocasión el prospecto**. Según Badía Llach y col (2005), el 36% de los pacientes tiene dificultad para leer los prospectos, pero los datos de nuestro estudio no parecen apuntar lo mismo, ya que el 88,8% de los pacientes que afirmaron haber leído el prospecto, aseguraron haberlo **comprendido**. Ahora bien, los resultados obtenidos del conocimiento acerca de la medicación de estos pacientes (CPM) que aseguraron haber leído y comprendido el prospecto, nos sugieren pensar en una posible percepción errónea de la comprensión del prospecto por parte del paciente y nos lleva a analizar el índice de legibilidad de los prospectos, con el fin de poder trabajar con un dato menos subjetivo que la percepción del paciente.

Según la Real Academia de la Lengua Española, se entiende como *legibilidad* a la “*cualidad de lo que es legible*”, definiendo como “*legible*” aquello *que se puede leer* (RAE, 2001). Definimos pues la *legibilidad de un texto* como el conjunto de características tipográficas y lingüísticas que permiten leerlo y comprenderlo con facilidad (Barrio Cantalejo y col., 2008). Las fórmulas para la evaluación del material escrito parten de la hipótesis de que un texto es tanto más fácil de leer cuanto más cortas sean las palabras y frases que utiliza. Las primeras fórmulas de legibilidad sintáctica se desarrollaron en inglés, y aún están extensamente utilizadas en el campo de la salud. No constituyen un método de evaluación exacto, pero sí son

indicativas y pueden ser utilizadas junto a otras técnicas complementarias que contemplan aspectos de comprensibilidad semántica. Desde la *Fórmula RES de Flesch* (adaptada al castellano por Fernández-Huertas en 1959), hasta la determinación de la *ESCALA INFLEZ* (planteada por Barrio-Cantalejo y col. (2008) a partir de una adaptación de la Fórmula RES de Flesch y la de Perspicuidad de Sigriszt), el estudio de la legibilidad de los textos y las herramientas para determinarla, han ido evolucionando a fórmulas cada vez más simples y efectivas del cálculo de la misma.

En nuestro trabajo, la **legibilidad sintáctica de los prospectos** fue calculada mediante el programa INFLESZ. La media del **Índice de Flesch-Szigrist (IFSZ)** obtenida fue de **57,38** con una desviación típica de 4,93, lo que la sitúa en el **grado 3** de **“legibilidad normal”** de la **escala INFLESZ**. El valor menor fue 38,94 (grado 5 - muy difícil) y el mayor 70,89 (grado 2 - bastante fácil).

El estudio de legibilidad de Barrio Cantalejo y col. (2008), llevado a cabo con los prospectos de las especialidades más consumidas y las que más gasto generaron en 2005, determinó que existía una baja legibilidad lingüística y gramatical de los mismos, afirmando que la sintaxis empleada al redactarlos tendía a usar frases y palabras largas lo que incumplía las indicaciones de la normativa vigente. Pero los autores también apuntaron, como dato positivo, que los prospectos más recientemente elaborados (el estudio se llevó a cabo en 2005) presentaban un mejor índice de legibilidad que los más antiguos. En nuestro trabajo, seis años después, los resultados son algo más positivos, ya que el **66,8%** de los prospectos, se situó en el **grado 3** o de **legibilidad normal** (IFSZ 55-65), que se corresponde con publicaciones de tipo *“E.S.O, prensa general y prensa deportiva”* (Barrio Cantalejo y col., 2008). Un **27,5%** de ellos presentó **grado 4** o de legibilidad **algo difícil**, que se corresponde con publicaciones de tipo *“bachillerato, divulgación científica, prensa especializada”*. Un **5,2%** de **grado 2** o legibilidad **bastante fácil** (textos de tipo *“educación primaria, prensa del corazón, novelas de éxito”*), y un **0,5%** de los prospectos era de **grado 5** o legibilidad **muy difícil** (textos de tipo *“universitario, científico”*). No se halló ninguno prospecto cuyo IFSZ se situase en el **grado 1** = legibilidad **muy fácil**. Así, el porcentaje de prospectos analizados que no alcanzó

niveles de legibilidad deseable, es decir, aquellos con legibilidad algo difícil o muy difícil), se situó en el **28%**. Si a esto sumamos el que el **66,8%** de los prospectos presentó un grado 3 de legibilidad normal, que se corresponde con textos de educación secundaria, prensa en general y prensa deportiva (*Barrio Cantalejo y col., 2008*), cabe reflexionar sobre la idoneidad de la redacción de los prospectos a día de hoy, ya que el 44% de los pacientes no tenían estudios o eran estudios primarios.

Tras el análisis de los niveles de legibilidad de los prospectos en función del laboratorio fabricante de la especialidad en cuestión, se observó que un total de **20 laboratorios** (el 22,4% de los 89 que fueron registrados) presentaron prospectos con legibilidad **algo difícil**, si no en la totalidad de sus especialidades analizadas, sí en la mayoría de ellas. Sería interesante analizar las razones de la peor legibilidad de los prospectos de unos laboratorios en comparación con los de otros, si tiene que ver o no con las moléculas que formulan, y articular en cualquier caso los mecanismos necesarios para corregir estas deficiencias en cuanto a la redacción.

Se estudiaron también los niveles de legibilidad según el grupo terapéutico ATC, hallándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Los distintos ATCs fueron agrupados en cuatro tipos según la legibilidad que presentaran sus prospectos, pudiendo observarse que ninguno de los ATCs mejor conocidos (sistema cardiovascular seguido del sistema nervioso, el sistema digestivo/metabolismo y el sistema respiratorio) se encontraba el grupo de ATCs con peor legibilidad de prospectos.

Sin embargo, a la hora de evaluar estos resultados, nos encontramos con la limitación de que existían prospectos repetidos de varias especialidades (las más frecuentemente prescritas), y que un 19,1% de los 450 prospectos de la muestra, no pudieron someterse a la prueba de legibilidad del programa INFLESZ debido a que no se encontraban en la web de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). También sería interesante analizar el por qué de la ausencia de estos prospectos en la web de la AEMPS.

PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO COMO INFORMADOR AL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

A mediados de los años 90, se integra en España el concepto americano de *Pharmaceutical Care*, traducándose literalmente como *Atención Farmacéutica*. Pero esta denominación suscita numerosas interpretaciones entre los autores creando un debate sobre lo que es o no es realmente la *Atención Farmacéutica*, las actividades que engloba, así como su aplicación en la práctica farmacéutica (*Gastelurrutia y Soto, 1999; Soto, 1999*). No es hasta 2001, cuando en el marco del **Consenso sobre Atención Farmacéutica**, se publica un documento (tras 7 meses de reuniones periódicas a las que fueron convocados 12 expertos) donde se diferencian claramente las funciones del farmacéutico relacionadas con el medicamento en sí mismo (adquisición, custodia, almacenamiento y conservación), de aquellas orientadas al paciente (dispensación, formulación magistral, indicación farmacéutica, formación en uso racional, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico). Fueron estas funciones orientadas al paciente, las que se consideraron constituían la **Atención Farmacéutica**, quedando ésta definida como *“la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. Un concepto que también conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”* (*Comité de expertos, 2001*).

El texto del comité de expertos, integra el **Seguimiento Farmacoterapéutico** personalizado dentro de la *Atención Farmacéutica*, y lo define como *“la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos”*. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM), lo que implica un servicio comprometido con el paciente, y que debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente (*Comité de expertos, 2001*).

En el año 2008 (conceptualizada ya la *Atención Farmacéutica*), el *Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria* (2008) define el **Servicio de dispensación** como el servicio profesional del farmacéutico, encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo a la normativa vigente. Llegados a este punto, y tras observar los resultados obtenidos en nuestro estudio, nos planteamos una serie de cuestiones: ¿hasta qué punto el farmacéutico está llevando a cabo correctamente el servicio de dispensación en las oficinas de farmacia?, ¿en qué medida es consciente el paciente de que desconoce aspectos importantes de la medicación que le ha sido prescrita?, ¿conoce el paciente la labor informativa que el farmacéutico puede y debe llevar a cabo?. Si nos centramos en todos aquellos pacientes de la muestra que repetían la medicación, un 73,6% del total, podemos afirmar que todos ellos habían tenido la oportunidad de consultar a un farmacéutico en una dispensación anterior, pero como vimos anteriormente, esta consulta al farmacéutico no se hace, o por lo menos el paciente no indicó haberla hecho. Podíamos afirmar pues, que en todos esos casos el servicio de dispensación en una farmacia anterior no se llevó a cabo correctamente. La posición del farmacéutico como último profesional al que tiene acceso el paciente en la cadena de la asistencia sanitaria, es muy relevante y éste ha de aprovecharla, no sólo para responder a la demanda social actual de información (el 76,4% de los pacientes de nuestra muestra no tenía un conocimiento suficiente acerca de la medicación), sino también como una oportunidad profesional. Ha de comprometerse en la consecución de los objetivos terapéuticos planteados para los pacientes, velando por el uso racional de los medicamentos con el fin de garantizar la seguridad y efectividad de los tratamientos. Además, la Ley 29/2006, de 26 de Julio, otorga a la oficina de Farmacia la consideración de “*establecimiento sanitario privado de interés público*” y establece que el medicamento ha de ser entendido dentro del marco de la *Atención Farmacéutica*.

Según el estudio llevado a cabo por Badía Llach y col. (2005), en el que participaron (vía encuesta telefónica) 1069 pacientes entre 16 y 90 años, un 52,9%

los pacientes (IC del 95%, 49,9-55,8) se consideraban poco informados y demandaban mayor acceso a la información de medicamentos de prescripción, y un 45,6% (IC del 95%, 42,6-48,6) creían que se debería permitir que las compañías farmacéuticas proporcionasen información de medicamentos de prescripción, que fuera de calidad y estuviera supervisada por las autoridades sanitarias. Así pues, los usuarios de los servicios de salud afirman querer saber más acerca de su medicación, y, según nuestros resultados, el farmacéutico se sitúa en los últimos puestos como fuente de información, registrando menos del 1% de los casos. El paciente no sólo no parece solicitar por iniciativa propia información al farmacéutico, sino que además propone abrir los canales de información sobre medicamentos de prescripción a otros entornos no estrictamente sanitarios, un dato que choca con la afirmación del alto nivel de confianza que ese mismo paciente tiene en el farmacéutico (*Badía Llach y col., 2005*). El elevado índice de participación en nuestro estudio, con una tasa de respuesta del 96%, no hace sino corroborar esta demanda de información de medicamentos de prescripción por parte de la sociedad y parece claro que tanto esta demanda, como la facilidad de acceso a todo tipo de información que existe actualmente mediante métodos electrónicos, son dos constantes evidentes en la actualidad.

Son numerosos los estudios realizados en farmacias comunitarias, en los que se demuestra el efecto positivo que tiene el *seguimiento farmacoterapéutico* sobre el conocimiento del paciente acerca de la medicación y por ende sobre la adherencia al tratamiento (*Camp y col., 2008; Rodríguez-Chamorro y col., 2009; Rodríguez - Chamorro y col., 2010; Robina Hidalgo y col., 2011; Bofí y col., 2011; Tunpichart y col., 2012; Awofisayo y col., 2012*). Una intervención ésta del seguimiento Farmacoterapéutico, que se encuentra además valorada muy positivamente por parte del paciente (*Maurandi y col., 2012*).

En el contexto actual de crisis, con los significativos recortes presupuestarios que se están padeciendo en el ámbito sanitario, y que los poderes públicos presentan como inevitables y necesarios, es prioritario analizar la eficiencia de las políticas sanitarias. Según Freire y Repullo (2011), "*el desarrollo de una cultura de "nueva gestión del servicio público" es un elemento decisivo para el planteamiento de*

la sanidad pública futura". Con el objetivo principal de procurar la mejor asistencia posible al paciente así como utilizar eficientemente los recursos sanitarios públicos, se hace por tanto imprescindible, valorar la capacidad del farmacéutico comunitario para proporcionar a la sociedad otros servicios complementarios de los tradicionales, que puedan abrir el abanico de prestaciones a desarrollar desde la farmacia comunitaria. Esta labor de prospección hace necesario reevaluar el alcance real y potencial de las competencias farmacéuticas, de manera que se generen motivaciones nuevas de desarrollo profesional. Para esta tarea resulta de gran interés analizar los retos profesionales que ofrece la potenciación de la atención farmacéutica, por la vía sobre todo del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en la farmacia, pero también las posibilidades de implicación de esta última en el ámbito de la medicina preventiva y de la salud pública, mediante actuaciones que no siempre van a guardar relación con el medicamento (participación en campañas de detección precoz de ciertas patologías, de deshabituación tabáquica, de fomento de hábitos de vida saludable, de asesoramiento nutricional, etc.).

El elevado nivel de desconocimiento observado por parte del paciente, sobretodo en lo que respecta a la dimensión de *seguridad*, nos invita a reflexionar acerca de la conveniencia o no de la "*autonomía de acceso a la terapéutica*", un concepto que podríamos describir como la capacidad del paciente para asumir libremente, sin la intervención de un profesional sanitario (un médico o farmacéutico), la adquisición de su medicación. No parece que el nivel de conocimiento del paciente, según nuestro estudio el 76,4% no conoce suficientemente la medicación, necesite precisamente de una promoción de su "*autonomía de acceso a la terapéutica*", sino más bien de la puesta en marcha de estrategias que optimicen y mejoren los procesos y canales de comunicación médico/paciente, en aras de aumentar la alfabetización en salud de los ciudadanos en general, y más concretamente su conocimiento acerca de la medicación que le que pueda ser prescrita en un determinado momento. En este contexto, no parece muy lógico el deseo liberalizador del sector farmacéutico que el Ministerio de Economía y Competitividad ha manifestado a través de un Anteproyecto de Ley de los Servicios Profesionales (*Ministerio de Economía y competitividad, 2012*). Este

anteproyecto apunta a una liberalización del sector y mercantilización del medicamento. La doctrina económica basada en el capitalismo y la libre empresa al servicio del máximo beneficio, elaborada y promovida por la Escuela de Economía de Chicago a mediados del siglo XX, aboga por una disminución de la influencia y la intervención del estado, centrando el motor del progreso en el afán de beneficios, la reducción de impuestos y la desaparición de los obstáculos que para el mercado representan los servicios públicos y la Seguridad Social. Pero el estado y sus gobiernos tienen una obligación contraída de regular, vigilar y asegurar la protección de la salud, la universalidad y equidad en el acceso al medicamento como un bien social a preservar. Sacar medicamentos de la prestación sanitaria puede entenderse como medida económica de la contención del gasto en medicamentos, pero su salida del canal farmacéutico y su venta en grandes superficies, fuera de la farmacia, como ya está ocurriendo en países en los que el mercado se encuentra liberalizado, conlleva sin duda un riesgo para un paciente, habida cuenta, tras observar los resultados obtenidos en nuestro estudio, que el paciente no presenta un nivel de conocimiento óptimo incluso para medicamentos que le han sido prescritos por un médico que, se entiende, le ha podido informar previamente. En este sentido, hay que señalar también que son varios los autores que apuntan la existencia de una brecha entre la información proporcionada por el médico y la comprendida por el paciente (*Ghrea y col., 2006; Pérez-Cárceles y col., 2007*).

En aras del objetivo principal de los profesionales sanitarios, consistente en procurar la mejor asistencia posible al paciente, así como utilizar de manera eficiente los recursos sanitarios, se hace ineludible valorar la capacidad del farmacéutico comunitario, integrándolo firmemente en la cadena asistencial, para así poder proporcionar a la sociedad todos los servicios necesarios que mejoren la atención al paciente y por ende la salud de éste.

“Una profesión con una identidad bien definida y un propósito claramente articulado, tiene más que ofrecer a la sociedad que una que continúe encapsulada en sectarismos introspectivos. El objetivo social y profesional de la farmacia debe ser claramente establecido como principal y primariamente clínico... Los farmacéuticos deben estar preparados para asumir la responsabilidad sanitaria de una manera muy clara y patente. Hacer otra cosa es abdicar de los imperativos éticos que van estrechamente unidos a la preparación educativa y profesional del farmacéutico... La maduración profesional tiene mucho en común con la maduración personal. Un atributo común a ambos es la visión del mundo, la expectativa de que uno se desarrolla mejor al desarrollar el propio poder para servir a algo mayor que uno mismo”.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990; 47: 533-543.

6. CONCLUSIONES

1- El análisis del conocimiento global del paciente sobre la medicación prescrita reveló que el **51,1%** de los encuestados **no conocía** la medicación, un **25,3%** presentaba un **conocimiento insuficiente**, el **23,3%** tenía un **conocimiento suficiente**, y tan sólo **0,2%** presentó un **conocimiento óptimo**. Podemos afirmar que **3 de cada 4 pacientes no tiene un conocimiento suficiente** que permita asegurar un correcto uso del medicamento.

2- En función de las dimensiones, el porcentaje de pacientes con un conocimiento correcto sobre la medicación prescrita fue del **64%** en el **Proceso de Uso**, el **48%** en la **Conservación del medicamento**, y el **42%** en el **Objetivo terapéutico**. Ningún paciente del total de la muestra contestó correctamente las cuatro preguntas sobre la **Seguridad** de la medicación prescrita.

3- Los profesionales sanitarios que mayoritariamente informaron a los pacientes sobre su medicación, fueron los **médicos de familia**. Cuando son estos profesionales quienes informan, los pacientes tienen significativamente un mayor conocimiento sobre la medicación. Los farmacéuticos, apenas fueron registrados como fuentes de información, en contraposición a lo descrito en la bibliografía consultada. Ulteriores estudios sobre el papel del farmacéutico como fuente de información, acerca de medicamentos de prescripción, son necesarios.

4- El grado de concordancia **Médico Prescriptor/Médico Informador**, hallado para las distintas preguntas del cuestionario del Conocimiento del Paciente sobre la Medicación, se situó por encima del **80%** para todas las dimensiones del conocimiento excepto para la menos conocida, que fue la **Seguridad**, en la que esta concordancia se situó por debajo del **70%**. La no coincidencia entre el médico que prescribe y el que informa tiene una clara repercusión negativa en el conocimiento del paciente.

5- El **89,1%** de los pacientes que habían buscado información sobre su medicación fuera del ámbito sanitario, afirmó haber acudido al **prospecto**. Su utilización es superior a la búsqueda de información sobre la medicación por **internet**, al que tan sólo acudió el **7,9%** de los pacientes. Aunque diferentes

estudios señalan a la red como la principal fuente de información al paciente sobre salud en general, nuestra investigación pone de manifiesto que su uso como fuente de información acerca de medicamentos de prescripción es minoritaria.

6- El porcentaje de prospectos analizados que presentó legibilidad “**algo difícil**” o “**muy difícil**” se situó en un **28%**, y un **66,8%** presentó un grado de legibilidad “**normal**”, que se corresponde con textos de educación secundaria. Dado que el 44% de los pacientes no tenían estudios o eran estudios primarios, los resultados de nuestro estudio invitan a una profunda reflexión sobre la adecuación de los prospectos a la capacidad de comprensión de los pacientes.

7- Los factores asociados significativamente con el Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación (CPM) son el **nivel de estudios del paciente** y la **lectura del prospecto**. Así, aquellos pacientes que no leen el prospecto tienen 1,5 más riesgo de no conocer la medicación y los sujetos sin estudios presentan 3,5 veces más riesgo de no conocer el medicamento frente a los pacientes con estudios universitarios.

8- El **farmacéutico comunitario** debería estar integrado con mayor firmeza en la cadena asistencial, para garantizar que se alcancen unos resultados terapéuticos apropiados cuando se prescriben y dispensan medicamentos. Gestionar el uso de la medicación para optimizar los resultados en salud, incluyendo la calidad de vida de los pacientes, debiera ser el principal objetivo de la profesión.

9- Una mayor alfabetización en salud de los pacientes junto con un incremento en la formación de los profesionales sanitarios, tanto en habilidades de comunicación como en el manejo de la información de medicamentos, son dos elementos clave para aumentar la adherencia terapéutica y disminuir el riesgo de aparición de Problemas Relacionados con Medicamentos y Reacciones Negativas asociadas a la Medicación.

7. RESUMEN

Como **objetivo** de este trabajo, se plantea estudiar los factores que influyen sobre el conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita, analizando tanto las variables sociodemográficas y farmacológicas del paciente, así como las distintas *fuentes de información* (fuera y dentro del entorno asistencial) de las que el paciente dispone. Se propone así mismo, la evaluación del uso, la legibilidad y la comprensión de los prospectos.

Para ello, se empleó como herramienta una **encuesta** diseñada a tal efecto que recogía variables sociodemográficas del paciente, datos sobre el tipo de medicación y duración del tratamiento, sobre la legibilidad del prospecto (calculada mediante el *Índice Flesch-Szigriszt* y el grado en la *Escala Inflesz*), así como el conocimiento del paciente acerca de la medicación (CPM). Se planteó un estudio **observacional descriptivo transversal** y con carácter prospectivo. El periodo de recogida de datos fue de enero a diciembre de 2011. La **población de estudio** estuvo compuesta por pacientes o cuidadores que acudieron a la farmacia con recetas prescritas por un profesional de Sistema Nacional de Salud. El tamaño de la muestra, compuesta por 450 usuarios, fue calculado para una precisión del 4% y un nivel de confianza del 95%.

La muestra, con un 81,1% de pacientes y un 18,9% de cuidadores, presentó una media de edad de 54,21 años (SD: 16,86; Rango: 15-88), siendo el 66% mujeres. El 8,4% no tenía estudios, el 35,6% tenía estudios primarios, el 32% estudios secundarios y el 24% estudios superiores. Un 27,3% estaban polimedicados. El **51,1%** de los encuestados **no conocía** el medicamento que le había sido prescrito, el **25,3%** presentaba un **conocimiento insuficiente**, el 23,3% tenía un *conocimiento suficiente*, y un 0,2% (un paciente) presentó un *conocimiento óptimo*. Tras la evaluación del conocimiento por dimensiones: fue el **Proceso de Uso** lo más conocido por el paciente (64,4%), seguido de la *Conservación* (48%) y el *Objetivo terapéutico* (41,6%). Ningún paciente supo contestar correctamente a todas las cuestiones relativas a la *Seguridad*. Tras el análisis de regresión logística, se hallaron como factores asociados significativamente al CPM (Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación), el **nivel de estudios del paciente** y la **lectura del**

prospecto. Un **69,8%** de los pacientes que repetían la medicación afirmó **haber buscado información** fuera del entorno asistencial, siendo el **prospecto**, con un **89,1%** de los casos, la fuente más referida. Respecto a la **legibilidad sintáctica** de los prospectos analizados, la media del **Índice de Flesch Szigriszt** se situó en **57,38** (desviación típica de 4,93), correspondiendo a un nivel de legibilidad normal, según la **Escala de Inflesz**, si bien, un **27,5%** de los prospectos se situaban en un nivel de legibilidad **algo difícil** y un 0,5% en un nivel de legibilidad *muy difícil*.

A nivel global, podemos concluir con que **3 de cada 4 pacientes no presentan un conocimiento suficiente acerca del medicamento que le ha sido prescrito.** Leer el **prospecto** (fuente de información principal referida por el paciente, fuera del entorno asistencial) disminuye 1,5 veces el riesgo de desconocer la medicación. Y en lo que respecta al nivel de estudios los sujetos sin estudios tienen 3,5 veces más riesgo de no conocer el medicamento en comparación con los pacientes con estudios universitarios. La dimensión de *Seguridad* es la menos conocida por el paciente, por lo que debiera ser puesta especial atención en la redacción óptima y efectiva de los prospectos en relación a *precauciones, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones*. La figura del farmacéutico comunitario, como último profesional sanitario al que el paciente tiene acceso antes de tomar su medicación, debiera tomar un papel más activo como fuente de información al paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. AEMPS. Instrucciones para la comunicación de aspectos del etiquetado susceptibles de provocar errores en la medicación. Boletín AEMPS. 2012.
2. AEMPS. Plan estratégico general 2009-2012. 2009. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/laAEMPS/docs/plan-Estrategico-AEMPS_2009-2012.pdf (acceso 20 diciembre 2011).
3. AKICI A, KALAÇA S, ÜMIT M, TOKLU H, ISKENDER E, OKTAY S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2004; 13: 871-876.
4. ALLIENDE GONZÁLEZ F. La legibilidad de los textos. Santiago de Chile: Andrés Bello. 1994.
5. AMADOR ROMERO FJ. Medios de comunicación y opinión pública sanitaria. *Atención Primaria*. 2004; 33: 95-98.
6. AMARILES P, BAENA MI, FAUS MJ, MACHUCA M, TUDELA J, BARRIS D, SEVILLA J, ROMÁN-ALVARADO J, MACHUCA MP, CANSINO J. Conocimiento y riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con medicamentos cardiovasculares. *Ars Pharmaceutica*. 2005; 46: 279-300.
7. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. *THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*. 1999; 281: 552-557.
8. ANDRÉS IGLESIAS JC, ANDRÉS RODRIGUEZ NF, FORNOS PÉREZ JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3: 189-196.
9. ANDRÉS IGLESIAS JC, FORNOS PÉREZ JA, ANDRÉS RODRÍGUEZ NF. Introducción a la investigación en farmacia comunitaria: Guía Práctica para el diseño y la comunicación de estudios científicos. Vigo: Aula Cofano. 2010.
10. ANGELL M. The truth about drug companies. New York: Random House. 2004.
11. ANÓNIMO. Conditions of participation for extended care facilities: 8 pharmaceutical services. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1966; 23: 193-194.
12. ANÓNIMO. Talking about drug treatments-Who should say what to whom?-The Second Drug and Therapeutics Bulletin Symposium. *Drug and Therapeutics Bulletin*. 1994; 32: 35-37.
13. ARAÚJO SANTOS ZM, DE PÁDUA LIMA H, BRAGA DE OLIVEIRA F, SILVA VIEIRA J, MARQUÉS FROTA N, CANDIDO DO NASCIMENTO J. User's adherence to hypertensive drug therapy. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2013; 14: 11-22.
14. ARGIMON PALLÁS JM, JIMÉNEZ VILLA J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª Ed. Madrid: Harcourt. 2009.
15. AWOFISAYO SO, ABOYARIN O, UDOH IE. Community Pharmacy/Hospital based assessment of clinical pharmacist intervention for safe and effective drug use. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. 2012; 2: 66-69.

16. BADÍA LLACH X, LIZÁN TUDELA L. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. *Atención Primaria*. 2002; 30: 388-391.
17. BADÍA LLACH X, MAGAZ MARQUÉS S, GUTIÉRREZ NICUESA L, GUILERA SARDÁ M. Información de medicamentos de prescripción: Encuesta a la población general española. *Atención Primaria*. 2005; 36: 93-99.
18. BAENA MI, FAJARDO P, MARTINEZ OLMOS J, MARTINEZ-MARTINEZ F, MORENO P, CALLEJA MA, LUQUE FM, SIERRA F, PARRAS M, ROMERO JM, VARGAS J, LÓPEZ E, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, FAUS MJ. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos de la farmacoterapia. *Ars Pharmaceutica*. 2005; 46: 365-381.
19. BAENA MI, FAUS MJ, FAJARDO PC, LUQUE FM, SIERRA F, MARTÍNEZ-OLMOS J. Medicine-related problems resulting in emergency department visits. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2006; 62: 387-393.
20. BANKOWS Z, BRYANT JH. Poverty, vulnerability, and the value of human life. A global agenda for Bioethics. Geneva: CIOMS. 1994.
21. BARBERO J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006; 29: 19-27.
22. BARCA I, PAREJO R, GUTIÉRREZ P, FERNÁNDEZ F, ALEJANDRE G, LÓPEZ DE CASTRO F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria*. 2004; 33:361-367.
23. BARRIO-CANTALEJO IM^a, SIMÓN LORDA P. Medición de la legibilidad de textos escritos. Correlación entre método manual de Flesch y método manual de Flesch y métodos informáticos. *Atención Primaria*. 2003; 31: 104-108.
24. BARRIO-CANTALEJO IM^a, SIMON-LORDA P, MELGUIZO M, ESCALONA I, MARIJUÁN MI, HERNANDO P. Validación de la escala INFLEZS para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2008; 31: 135-152.
25. BARRIO-CANTALEJO IM^a, SIMÓN LORDA P, MARCH CEDRÁ JC, PRIETO RODRÍGUEZ M^aA. Legibilidad Gramatical de los prospectos de los medicamentos de más consumo y facturación en España en 2005. *Revista Española de Salud Pública*. 2008; 82: 559-566.
26. BARRIO-CANTALEJO IM^a, SIMÓN LORDA P, MELGUIZO M, MOLINA A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011; 34: 153-165.
27. BASCUÑÁN ML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*. 2005; 133: 11-16.
28. BASTERRA GABARRÓ M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 97-106.
29. BERLAND GK, ELLIOTT MN, MORALES LS, ALGAZY JL, KRAVITZ RL, BRODER MS. Health Information on the Internet: Accesibility, quality and readability in English and Spanish. *THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*. 2001; 285: 2612-2621.

30. BERNARDINI C, AMBROGI V, PERIOLI L, TIRALTI MC, FARDELLA G. Comprehensibility of the package leaflets of all medicinal products for human use: a questionnaire survey about the use of symbols and pictogram. *Pharmacological Research*. 2000; 41: 679-688.
31. BLACK AD, CAR J, PAGLIARI C, ANANDAN C, CRESSWELL K, BOKUN T, MCKINSTRY B, PROCTER R, MAJEED A, SHEIKH A. The impact of e-health on the quality and safety of healthcare: a systematic overview. *Public Library of Science Medicine*. 2011. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000387> (acceso 15 enero 2013).
32. BLANCO PÉREZ A, GUTIÉRREZ COUTO U. Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76: 321-331.
33. BLANCO PÉREZ A. A propósito de la legibilidad en salud. 2004. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat039/04726001.htm> (acceso 1 Abril 2012).
34. BLATMAN ME. At neighborhood health care centers - a vendor system for pharmaceutical services. *Journal of the American Pharmacists Association*. 1968; 8: 536-538.
35. BOE 251. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. 1999.
36. BOONSTRA E, LINDBAEK M, NGOME E, TSHUKUDU K, FUGELLI P. Labelling and patient knowledge of dispensed drugs as quality indicators in primary care in Botswana. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 168-175.
37. BRADLEY B, SINGELTON M, PO LW. Readability of patient information leaflets on over-the-counter (OTC) medicines. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 1994; 19: 7-15.
38. BRINK SG, BASEN-ENGQUIST KM, O'HARA-TOMPKINS NM, PARCEL GS, GOTTLIEB NH, LOVATO CY. Diffusion of an effective tobacco prevention program. Part I: Evaluation of the dissemination phase. *Health Education Research*. 1995; 10: 283-295.
39. BRODIE DC, PARISH PA, POSTON JW. Societal needs for drugs and drug related services. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 1980; 44: 276-278.
40. BROUNÉUS F, MACLEOD G, MACLENNAN K, PARKIN L, PAUL C. Drug safety awareness in New Zealand: public knowledge and preferred sources for information. *Journal of Primary Health Care*. 2012; 4: 288-293.
41. BROWN H, RAMCHANDANI M, GILLOW JT, TSALOUMAS MD. Are patient information leaflets contributing to informed consent for cataract surgery?. *Journal of Medical Ethics*. 2004; 30: 218-220.
42. BROWNSON RC, SIMOES EJ. Measuring the impact of prevention research on public health practice. *American Journal of Preventive Medicine*. 1999; 16: 79-82.

43. BURY M. Health and illness in changing society. London: Routledge. 1997.
44. BUSSON M. Patients' knowledge about prescribed medicines. *Pharmaceutical Journal*. 1986; 236: 624-626.
45. CALVELO M. Los modelos de Información y Comunicación. *Runa*. 1998. Disponible en: <http://www.iicd-run.org/pag5.html> (acceso 2 Febrero 2012).
46. Carta europea de los derechos de los pacientes. Roma. 2002. Disponible en: http://www.cecua.es/campanas/sanidad/European_Charter_of_Patients_Rights_in_Spanish%5B1%5D.pdf (acceso 2 febrero 2012).
47. CASAJÚS PÉREZ G, MANAS SEGURA A, GUARDIA MILA N. Readability of informed consent forms. *Enfermería Clínica*. 2005; 15: 3-7.
48. CASTELLS M. La era de la Información. Volumen I: La Sociedad Red. México DF: Siglo XXI Editores. 2002.
49. CASTELLS M, LUPIÁNEZ VILLANUEVA F. Estudio Médicos en Internet. 2006. Disponible en: http://www.comb.cat/Upload/Documents/Articulo_medicos_Internet.pdf (acceso 2 de Enero de 2012).
50. CASTILLO P. Promoción y Publicidad de medicamentos: quo vadis?. *Medicina Clínica* (Barcelona). 1992; 99: 305-309.
51. CEGALA DJ, MARINELLI T, POST D. The effects of patient communication skills training on compliance. *Archives of Family Medicine*. 2000; 9: 57-64.
52. CERDÁ J, VILLARROEL L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: coeficiente de Kappa. *Revista Chilena de Pediatría*. 2008; 79: 54-58.
53. CHAM E, HALL E, ERNST A, WEISS S. Awareness and Use of Over The Counter Pain Medications: A survey of Emergency Department Patients. *Southern Medical Journal*. 2002; 95: 529-535.
54. CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill. 1998.
55. CLINE CMJ, BJÖRCK-LINNÉ AK, ISRAELSSON BYA, WILLENHEIMER RB, ERDHARDT LR. Non-compliance and Knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 1999; 1: 145-149.
56. CODINA C. *Educación Sanitaria: Información al paciente sobre los medicamentos*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. 2000.
57. COFRM Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia. 2012. Disponible en: <http://www.farmaciasporprincipios.net/> (acceso 10 Abril 2012).
58. COMITÉ ASESOR DE EXPERTOS EN PROSPECTOS (CADEP). Asociación Española de derecho farmacéutico. 2010. Disponible en: http://www.asedef.org/grupos-trabajo/1_comite-asesor-de-expertos-en-prospectos-cadep (acceso 5 de Enero de 2012).
59. COMITÉ DE EXPERTOS. Documento de consenso de atención farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/conse>

- nso/consenso.htm#informacion (acceso 20 noviembre 2011).
60. 2º Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*. 2002; 43:179.
 61. 3er Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Disponible en: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf> (acceso 3 Febrero 2012).
 62. Constitución Española. 1978. Artículo 43.
 63. CONTEL JC, MUNTANÉ B, CAMP L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*. 2011. Disponible en: [https://www.elsevier.pt/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(11\)00220-4.pdf](https://www.elsevier.pt/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(11)00220-4.pdf) (acceso 20 Abril).
 64. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina o Convenio de Oviedo). 1997.
 65. CROFT DR, PETERSON MW. An evaluation of the quality and contents of asthma education on the World Wide Web. *Chest*. 2002; 121: 1301.
 66. CROWTHER MA, AGENO W, GARCÍA D, WANG L, WITT DM, CLARK NP. Oral vitamin K versus placebo to correct excessive anticoagulation in patients receiving Warfarin. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 150: 293-300.
 67. CUTILLI CC. Do your patients understand? How to write effective healthcare information. *Orthopaedic Nursing*. 2006; 25: 39-48.
 68. D'ALESSIO R, BUSTO U, GIRÓN N. Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Información de Medicamentos. 1997. Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/fundacion> (acceso 29 Marzo 2012).
 69. DA SILVA T, SCHENKEL EP, MENGUE SS. Nivel de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário/Patient Knowledge about drugs prescribed in a teaching hospital. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16: 449-455.
 70. DE AZCÁRATE P. Aristóteles: Metafísica-Libro Primero. Madrid: Colección Austral-Espasa Calpe. 1993.
 71. DE VRIES TPGM. Presenting clinical pharmacology and therapeutics: A problem based approach for choosing and prescribing drugs. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1993; 35: 581-586.
 72. DE VRIES TPGM, HENNING RH, HOGERZEIL HV, FRESLE DA. Guide to good prescribing. Geneva: WHO/Action programme on essential drugs. 1994.
 73. DENS N, EAGLE NC, DE PELSMACKER P. Attitudes and self-reported behaviour of patients, doctors and pharmacists in New Zealand and Belgium toward direct-to-consumer advertising of medication. *Health Communication*. 2008; 23: 45-61.

74. DEVRAJ R, HERNDON CM, GRIFFIN J. Pain awareness and medication knowledge: A health literacy evaluation. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2013; 27: 19-27.
75. DÍAZ ROJO JA, MORANT MARCO R, WESTALL PIXTON D, MOLINA MARTÍ X. Valores noticiosos y discurso sobre la salud en tres diarios nacionales españoles. *Linred*. 2010. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/43411/1/ARTICULOS307824%5b1%5d.pdf> (acceso 2 marzo 2012).
76. Directiva del Consejo 92/27/CEE. 1992.
77. Documento de consenso de Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#informacion> (acceso 20 noviembre 2011).
78. EDWARD E, PASANEN A. Evaluation of knowledge and medication use in patients in rural clinics. 2003. Disponible en: <http://ahcc.health.ufl.edu/chs/2003/Edwards.pdf> (acceso 10 de febrero 2012).
79. ELSTON MA. 'The politics of professional power: medicin changing health service'. London: Routledge. 1991.
80. ESCODA RIVEROS J, TERRAZAS MARTINS F. La alfabetización en Salud en el sistema de salud pública en Chile. Tesis doctoral. 2008.
81. ESPAGNOLI A, OSTINO G, BORGA AD, D'AMBROSIO R, MAGGIOROTTI P, TODISCO E. Drug Compliance and unreported drugs in the elderly. *Journal of American Geriatric Society*. 1989; 37: 619-624.
82. ESTEVA DE SAGRERA J. *El farmacéutico y la ley del Medicamento*. Barcelona: Haymarket. 1991.
83. ESTEVA DE SAGRERA J. *Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar*. Barcelona: Masson. 2005.
84. FALCÓN M, LUNA A. Alfabetización en Salud; concepto y dimensiones. *Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud. Revista de Comunicación y Salud*. 2012; 2: 91-98.
85. FARLEY D. FDA proposes program to give patients better medication information. *FDA Consumer Magazine*. 1997.
86. FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, FAUS MJ, GASTELURRUTIA MA, BAENA MI, MARTINEZ MARTINEZ F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3: 167-188.
87. FERNÁNDEZ-LLIMÓS F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 90-96.
88. FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, MARTINEZ MARTINEZ F, FAUS MJ. Drug-related problems. Concepts and classification system. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 279-288.
89. FIGUERAS-SABATER R. Derecho de los pacientes y calidad asistencial. *Revista Calidad Asistencial*. 2005; 20: 318-326.

90. FIP. Información sobre medicamentos para los pacientes. Consejo de la FIP Basilea 2008. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/farmacaiinternacional/fip/Documents/FIP_Statement_of_Policy_on_Medicines_Information_for_Patients-esp.pdf (acceso 4 enero 2012).
91. FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2006. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/0/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/\\$File/28_29_Atencion_farma.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/0/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/$File/28_29_Atencion_farma.pdf) (acceso 2 Diciembre 2011).
92. FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA - documento de consenso. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2008. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/\\$File/FORO_At_farma.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/$File/FORO_At_farma.pdf) (acceso 10 noviembre 2011).
93. FREIRE JM, REPULLO JR. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde coletiva*. 2011.
94. FRIEDSON E. *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Policy Press. 2001.
95. FUCHS J, HIPPIUS M, SCHÄFER M. Analysis of German package inserts. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2006; 44: 8-13.
96. FUNDACIÓN PHARMACEUTICAL CARE ESPAÑA. Disponible en <http://www.pharmaceutical-care.org/> (acceso 24 Abril 2012).
97. FUNDSIS: Fundación Salud, Innovación y Sociedad. El futuro de SNS: visión de los pacientes. 2010a. Disponible en: <http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-ciudadanos-3.pdf> (acceso 6 de Marzo 2012).
98. FUNDSIS: Fundación Salud, Innovación y Sociedad. El futuro de SNS: visión de los profesionales de la salud. 2010b. Disponible en: <http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-profesionales-de-la-salud-6.pdf> (acceso 6 de Marzo 2010).
99. GAL I, PRIGAT A. Why organizations continue to create patient information leaflets with credibility and usability problems: An exploratory study. *Health Education Research*. 2005; 20: 485-493.
100. GARCÍA F. La influencia del progreso médico y la industria farmacéutica sobre nuestra salud. EAA.VV. *Industria farmacéutica y progreso médico*. Fundació Víctor Grifols i Lucas. 2001.
101. GARCÍA DELGADO P, GASTELURRITIA GARRALDA MA, BAENA PAREJO MI, FISAC LOZANO F, MARTÍNEZ MARTÍNEZ F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención Primaria*. 2009; 41: 661-668.
102. GARCÍA MOLINA G, ALBEROLA C. Información sobre medicamentos. *Revista de la Asociación Española de Farmacia Hospitalaria*. 1984; 4: 5-18.
103. GARCÍA ORTEGA C, CÓZAR MURILLO V, ALMENARA BARRIOS J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley

- 41/2002. Revista Española de Salud Pública. 2004; 78: 469-499.
104. GARRIDO PICAZO M. Saber hacer y saber estar. *Semergen*. 2006; 32-93.
105. GASCÓN P. Un viraje decisivo. *Farmacia Profesional*. 1997; 11: 109.
106. GASTELURRUTIA MA, SOTO E. Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 323-328.
107. GEORGE CF, WATERS WE, NICOLAS JA. Prescription information leaflets: A pilot study in general practice in general practice. *British Medical Journal*. 1983; 287: 1193-6.
108. GHREA M, DUMONTIER C, SAUTET A. Quality of information transfer for informed consent: an experimental study in 21 patients. *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur*. 2006; 92: 7-18.
109. GIL VF, BELDA J, PIÑEIRO F. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Doyma. 1999.
110. GOIC A. El fin de la medicina. Santiago de Chile: Mediterráneo. 2000.
111. GOIC A. Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. *Revista Médica de Chile*. 2000; 128: 1371-1373.
112. GÓMEZ CAAMAÑO J.L. Páginas de Historia de la Farmacia. Sociedad Nestlé AEPA. 1986.
113. GONZÁLEZ J, RAMOS T. The medical consultation and potential conflicts of interest with pharmaceutical marketing. *Medwave*. 2012; 12: 5443-5867.
114. GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ J, ARRIAGADA D, VON BERNHARDY R. Los conflictos de interés y la buena práctica médica: la interacción con las compañías farmacéuticas. *Boletín Escuela de Medicina UC Pontificia Universidad Católica de Chile*. 2008; 33: 60-63.
115. GONZÁLEZ PÉREZ, J. Nueva ordenación de las oficinas de farmacia. Madrid: BOE. 1978; 38.
116. GRACIA GUILLÉN D, FOLCH JOU G, ALBARRACÍN A, ARQUIOLA E, MONTIEL L, PESET J.L, PUERTO SARMIENTO J, LAÍN ENTRALGO P. Historia del Medicamento. Barcelona: Doyma. 1984.
117. HAYNES RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. Baltimore: John Hopkins University Press. 1976.
118. HEINS HC. A KAP (Knowledge-attitude-practice) approach to the regionalization of perinatal health. *Journal of the Arkansas Medical Society*. 1976; 73: 229-234.
119. HEPLER CD. Unresolved issues in the future of pharmacy. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1988; 45: 1071-1081.
120. HEPLER CD, STRAND LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1990; 47: 533-543.
121. HERNÁNDEZ-ÁVILA M, GARRIDO-LATORRE F, LÓPEZ-MORENO S. Diseño de estudios

- epidemiológicos. *Salud Pública de México*. 2010; 42(2): 144-154.
122. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ E, LÓPEZ MARTÍNEZ MI. La ruptura comunicativa en el ámbito de la medicina. *Revista de Investigación Lingüística*. 2003; 6: 29-42.
 123. HIDALGO ANTEQUERA JR. La calidad en la provisión de la sanidad. Derechos de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. *Revista de Administración Sanitaria*. 2005; 3: 447-453.
 124. HUANG YM, WANG HP, YANG YH, LIN SJ, LIN HW, CHEN CS, WU FL. Effects of a national health education program on the medication knowledge of the public in Taiwan. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2006; 40: 102-108.
 125. HUGHES L, WHITTLESEA C, LUSCOMBE D. Patient's knowledge and perceptions of the side-effects of OTC medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2002; 27: 243-248.
 126. HULLEY SB, Cummings SR. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace. 1997.
 127. INFORME QUIRAL 1997. 1ªEd. Fundación Vila Casas. Barcelona: Rubes Editorial. 1998.
 128. INFORME QUIRAL 2010. Fundación Vila Casas. Barcelona: Rubes Editorial. 2011. Disponible en: <http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/> (acceso 5 Abril 2012).
 129. IRWIN PM. National Literacy Act of 1991. Disponible en: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED341851.pdf> (acceso 1 Marzo 2012).
 130. JIMÉNEZ PERNETT J, GARCÍA GUTIÉRREZ JF, MARTÍN JIMÉNEZ JL, BERMÚDEZ TAMAYO C. Tendencias en el uso de internet como fuente de información sobre salud. 2007. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf> (acceso 3 de Marzo 2012).
 131. JIMÉNEZ VILLA J. El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. *Atención Primaria*. 2009; 41: 668-669.
 132. JOHNSON JA, BOOTMAN JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Archives of Internal Medicine*. 1995; 155: 1949-1956.
 133. JOCHA. National Patient Safety Goals (NPSGs). 2010. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/patientsafety/nationalpatientsafetygoals/> (acceso 29 de Octubre 2011).
 134. JOLLY BT, SCOTT JL, FEIED CF, Sanford SM. Functional illiteracy among emergency department patients: A preliminary study. *Annals of Emergency Medicine*. 1993; 22: 573-578.
 135. KAGANSKY N, KNOBLER H, RIMON E, OZER Z, LEVY S. Safety of anticoagulation therapy in well-informed older patients. *Archives of Internal Medicine*. 2004; 164: 2044-2050.
 136. KESSLER D. Communicating with patients about their medications. *New England Journal of Medicine*. 1991; 325: 1650-1652.
 137. KUZEL AJ, WOOLF SH, GILCHRIST WJ, ENGEL JD, LA VEIST TA, VINCENT C. Patient reports of preventable problems and harms in primary health-care. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2:333-340.

138. LEAL HERNÁNDEZ M, ABELLÁN ALEMÁN J, CASA PINA MT, MARTÍNEZ CRESPO J. Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?. *Atención Primaria*. 2004; 33: 451-456.
139. LEENEN HJJ, GEVES JKM, PINET G. The rights of patients in Europe. Deventer Boston: Kluwer Law and Taxation Pub. 1993.
140. LEMIRE M, SICOTTE C, Paré G. Internet use and the logics of personal empowerment in health. *Health Policy*. 2008; 88: 130-140.
141. LEVINSON W, PIZZO P. Patient-Physician Communication: It's About Time. *The Journal of the American Medical Association*. 2011; 305: 1802-1803.
142. LEY 14/ 1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, Art 103. BOE. 1986; 102: 15220.
143. LEY 25/1990, de 20 de Diciembre, del Medicamento. BOE. 1990.
144. LEY 16/1997, de 25 de Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE. 1997; 100: 13450-13452.
145. LEY 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE. 1999.
146. LEY 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. 2002; 274: 40127.
147. LEY 41/2002, de autonomía del paciente. BOE. 2002.
148. LEY 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003; 128: 20567-20588.
149. LEY 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE. 2006; 178: 28149.
150. LÓPEZ ANDÚJAR G, MARTÍN MARTÍN C, CABEZAS LÓPEZ MD. La enseñanza de Historia de la Farmacia, Legislación y Gestión Farmacéutica en la adaptación al EEES del Título de Farmacia de la Universidad de Granada. *Ars Pharmaceutica*. 2010; 51: 585-595.
151. LÓPEZ-CUELLO M, CABEZAS MD, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ F, GASTELURRUTIA MA. Origen de la Atención Farmacéutica en España: El congreso de Ciencias Farmacéuticas de Alcalá de Henares de 1995. *Ars Pharmaceutica*. 2010; 51: 15-21.
152. LUCENA GONZÁLEZ MI. Información al paciente sobre medicamentos y su repercusión en el cumplimiento de la prescripción. *Medicine*. 1986; 40: 217-226.
153. LUPIÁNEZ VILLANUEVA F. Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista española de cardiología*. 2011; 64: 849-850.
154. MADER TJ, PLAYE SJ. Emergency Medicine Research Consent Form Readability Assessment. *Annals of Emergency Medicine*. 1997; 29: 534-539.
155. MADONIK B.G. I hear what you say, but what are you telling me?: The strategic use of nonverbal communication in mediation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 2001.

156. MARCH CERDÁ JC, PRIETO RODRÍGUEZ MA, RUIZ AZAROLA A, SIMÓN LORDA P, BARRIO CANTALEJO IM^a, DANET A. Mejora de la información sanitaria contenida en los prospectos de los medicamentos: expectativas de pacientes y de profesionales sanitarios. *Atención Primaria*. 2010; 42: 22-27.
157. MARTÍ M. ORIGEN E HISTORIA DE LA FUNDACIÓN Pharmaceutical Care en España. *El farmacéutico*. 2002; 273: 101-105.
158. MARTÍN HERRANZ I, CUÑA ESTÉVEZ B. Normas de procedimiento en Información de Medicamentos. *Farmacia Hospitalaria*. 1996; 20: 23-28.
159. MARTÍNEZ JIMÉNEZ MV, FLORES DORADO M, ESPEJO GUERRERO J, JIMÉNEZ VICENTE P, MARTÍNEZ MARTÍNEZ F, BERNABÉ MUÑOZ E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2012; 44: 128-135.
160. MARWICK C. MEDGUIDE: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. *The Journal of the American Medical Association*. 1997; 277: 949-950.
161. MATTA S, BHALLA S, SINGH D, RASANIA SK, SINGH S. KNOWLEDGE, Attitude and Practice (KAP) on Dengue fever: A Hospital Based Study. *Indian Journal of Community Medicine*. 2006.
162. MCKERCHER PL, RUCKER TD. Patient Knowledge and compliance with medication instructions. *Journal of American Pharmacists Association*. 1977; 17: 282-286.
163. MIKEAL RL, BROWN TP, LAZAROUS HL, VINSON MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1975; 32: 567-574.
164. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD. Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales. 2012. Disponible en: <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/01/17/anteley2.pdf> (acceso 10 marzo 2013).
165. MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Encuesta Nacional de Salud. 2013. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf> (acceso 17 marzo 2013).
166. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Plan de Calidad para el SNS. 2010. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf> (acceso 5 junio 2012).
167. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Informe "Los ciudadanos ante la e-sanidad". 2012. Disponible en: http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/pr_ciudadanos_esanidad.pdf (acceso 20 Febrero 2013).
168. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Orden por la que se crea la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: <http://www.msc.es/normativa/docs/Oagenciasevaluacion.pdf> (acceso 6 diciembre 2012).
169. MODIG S, KRISTENSSON J, EKWALL AK, HALLBERG IR; MIDLÖV P. Frail elderly patients in primary care

- their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2009; 65: 151-155.
170. MOLASSIOTIS A, XU M. Quality and safety issues of web-based information about herbal medicines in the treatment of cancer. *Complementary Therapies in Medicine*. 2004; 12: 217-227.
171. MOLINA L. Readability of education materials and informed consent forms for women seeking surgical sterilization. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 73: 177-178.
172. MONRAS M, FREIXA N, ORTEGA LI, PINEDA P, GONZÁLEZ A, GUAL A. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Medicina Clínica*. 2006; 126: 250-252.
173. MONTALVO-JÄÄSKELÄINEN F, MORENO-ALEMÁN J, SANTAMARÍA PASTOR M. Incidencia de la ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*. 2005; 20: 100-109.
174. MORRIS LA, OLINS NJ. Utility of drug leaflets for elderly consumers. *American Journal of Public Health*. 1984; 74: 157-158.
175. MOSHER HJ, LUND BC, KRIPALANI S, KABOLI PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *Journal of Health Communication*. 2012; 17: 241-251.
176. NADAR S, BEGUM N, KAUR B, SANDHU S. Patients understanding of anticoagulant therapy in a multiethnic population. *Journal of The Royal Society of Medicine*. 2003; 96: 175-179.
177. NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION. Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan. Rockville, MD: National Council on Patient Information and Education. 2007.
178. NATIONAL QUALITY FORUM. SAFE PRACTICES FOR BETTER HEALTHCARE. 2003. Disponible en <http://www.ahrq.gov/QUAL/nqfpract.pdf> (acceso 2 junio 2012).
179. NGOH LN. Health Literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 2009; 49: 132-146.
180. NIELSEN-BOHLMAN L, PANZER AM, KINDIG DA. Health Literacy: A prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press. 2004.
181. NUNNALLY JC, BERNSTEIN IH. Teoría psicométrica. 2ª Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 1999. 179-184.
182. O'CONNELL MB, JOHNSON JF. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. *The Annals of Pharmacotherapy*. 1992; 26: 919-921.
183. OKUYAN B, SANCAR M, IZZETTIN FV. Assessment of medication knowledge and adherence among patients under oral chronic medication treatment in community pharmacy settings. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2012; 22: 209-214.
184. OMÍN-BERTRAN E. Validación de encuestas. *Atención Primaria*. 1990; 7: 386-390.

185. O'NEIL CK, POIRER TL. Impact of patient Knowledge, patient-pharmacist relationship, and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. *Pharmacotherapy*. 1998; 18: 333-340.
186. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración Alma Ata. 1978. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html> (acceso 10 Abril 2012).
187. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Tokio sobre el papel de farmacéutico en el sistema atención de salud. *Ars Pharmaceutica*. 1995; 36: 285-292.
188. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Patient Safety. 2004. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html> (acceso 1 junio 2012).
189. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud Glosario. 1998. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf (acceso 20 Abril 2012).
190. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OFICINA REGIONAL EUROPEA. Salud 21: Salud para todos en el Siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.
191. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Teacher's Guide to Good Prescribing. Ginebra: OMS. 2001.
192. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS. 2004.
193. ORTIZ VIVEROS GR, ORTEGA HERRERA É. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*. 2011; 21: 79-90.
194. PALACIO F. Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la Atención Primaria. *Revista Calidad Asistencial*. 2005; 20: 311-317.
195. PALOP LARREA V, MARTINEZ MIR I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004; 28: 113-120.
196. PARSONS T. *The Social System*. New York: Free Press. 1951.
197. PEREA QUESADA R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2002. Disponible en: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-01.pdf> (acceso 10 Abril 2012).
198. PÉREZ BENAJAS MA, VÁZQUEZ MÉDEM MM, HONRUBIA SÁEZ JJ, ÁLVAREZ SÁNCHEZ E, VALLE CARCEREN E. Utilización de antibióticos en una farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2009; 1: 21-24.
199. PÉREZ-CÁRCELES MD, PEREÑÍGUEZ BARRANCO JE, PÉREZ PLORES D, OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ E, LUNA MALDONADO A. Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socio profesionales en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2006; 37: 69-74.
200. PÉREZ-CÁRCELES MD, LORENZO M D, LUNA A, OSUNA E. Elderly patients also have rights. *Journal of Medical Ethics*. 2007; 33: 712-716.

201. PÉREZ-CÁRCELES MD, PEREÑÍGUEZ BARRANCO JE, PÉREZ PLORES D, OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ E, LUNA MALDONADO A. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. *Atención Primaria*. 2007; 39: 23-28.
202. PÉREZ-CÁRCELES MD, GIRONDA JL, OSUNA E, FALCÓN M, LUNA MALDONADO A. Is the right to information fulfilled in an emergency department? Patients' perceptions of the care provided. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16: 456-463.
203. PHILIPS JO, STRAND LM, CHESTEEN SA, MORLEY PC. Functional and structural prerequisites for clinical pharmacy services. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1987; 44: 1598-1605.
204. PLA R, GARCÍA D, MARTÍN MI, PORTA Á. Información de medicamentos. *Farmacia Hospitalaria*. 2002. Disponible en: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-8.pdf (acceso 10 de enero de 2012).
205. PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN Farmacéutica. 2002. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/73CCC188B3FEE9D9C1256C4B00398D49/\\$File/1_OBJETIVO_S.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/73CCC188B3FEE9D9C1256C4B00398D49/$File/1_OBJETIVO_S.pdf) (acceso 7 enero 2012).
206. PLAZA PIÑOL F. La Atención Farmacéutica. Situación actual y evolución de la prestación farmacéutica: motivos para el cambio. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 48-51.
207. POLIT D, HUNGLER B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1994.
208. POWELL JA, DARVEL M, GRAY JA. The doctor, the patient and the World Wide Web: how the internet is changing healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2003; 96: 74-76.
209. RAY ED. *Health Communication in practice: A case study approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2005.
210. REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Vigésimo segunda edición. 2001. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draei/> (acceso 3 Abril 2012).
211. REAL DECRETO 2236/1993, de 17 de Diciembre, por el que se regula el etiquetado y prospecto de los medicamentos de uso humano. BOE. 1993.
212. REAL DECRETO 944/1999, de 11 de Junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. BOE. 1999.
213. REAL DECRETO 1718/2010, de 17 de Diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE. 2010.
214. REVUELTA G. Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20: 203-208.
215. RICHAUDEAU F. *La lisibilité*. Paris: CEPL/Retz. 1973.
216. RICHAUDEAU F. *La legibilidad: investigaciones actuales*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez. 1987.
217. ROCHA HT, RABELO ER, ALITI G, SOUZA EN. *Conocimiento de los pacientes portadores de*

- prótesis valvular mecánica sobre la terapia de anti coagulación oral crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18: 1-7.
218. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76FullGuideline.pdf> (acceso 5 Marzo 2013).
219. SABATE E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva: WHO. 2001.
220. SALOMÓN M, WAGNER SL, GOES J. Effects of a web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: On line randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2012; 14: 32.
221. SANAHUJA MA, VILLAGRASA V, MARTÍNEZ-ROMERO F. Adherencia Terapéutica. *Pharmaceutical Care*. 2012; 14: 162-167.
222. SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. Derechos y deberes de los pacientes. Granada: Comares. 2003.
223. SANFÉLIX-GIMENO G, PEIRÓ S, MENEU R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2011; 585: 1-5.
224. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. Programa de Seguridad del Paciente en la Región de Murcia. 2011. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=103307&idsec=1037> (acceso 1 junio 2012).
225. SIMONDS SK. Health education as a social policy. *Health education monograph*. 1974; 2: 1-25.
226. SIMON-LORDA P, BARRIO-CANTALEJO I M^a. Medición de la legibilidad de textos escritos: correlación entre método manual de Flesch y métodos informáticos. *Atención Primaria*. 2003; 31: 104-108.
227. SLINING JM, SISTER E. The role of the director of pharmaceutical services in a comprehensive health care program. *Journal of the American Pharmacists Association*. 1973; 13: 18-20.
228. SMITH T. Information for patients: writing simple English is difficult, even for doctors. *British Medical Journal*. 1992; 305: 1242.
229. SNEIDERMAN P. You are what you tweet: Tracking public Health trends by twitter. *The Johns Hopkins University Gazette*. 2011. Disponible en: <http://gazette.jhu.edu/2011/07/05/you-are-what-you-tweet-tracking-public-health-trends-by-twitter/> (acceso 15 Abril 2012).
230. SOLICH J, DOFKOVÁ L, KARLÍKOVÁ V, VÍTKOVÁ K. Safeguarding Czechoslovak health care by pharmaceutical service. Number of pharmaceutical personnel necessary to cover the requirements of geriatric departments. *Ceskoslovenská Farmacie*. 1971; 20: 49-54.
231. SORENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELIKAN J, SLONSKA Z, BRAND H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*. 2012; 12: 1-13.
232. SOTO ÁLVAREZ J. Estudios observacionales para evaluar la efectividad clínica de los medicamentos. Uso de listas-guía para su diseño, análisis e interpretación. *Atención Primaria*. 2005; 35: 156-162.

233. SOTO E. Denominación de Pharmaceutical Care. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 229-230.
234. STEINBROOK R. Commercial support and continuing medical education. *The New England Journal of Medicine*. 2005; 352: 534-535.
235. STRAND LM, MORLEY PC, CIPOLLE RJ, RAMSEY R, LAMSAM GD. Drug-related problems: Their structure and function. *The Annals of Pharmacotherapy*. 1990; 24: 1093-1097.
236. STREINER DL, NORMAN GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. NY: Oxford University Press. 1992.
237. SUÑÉ ARBUSSA J.M^a. Legislación farmacéutica española, 9^a Edición. Barcelona: Romargraf. 1990.
238. SZIGRISZT F. Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: Fórmula de Perspicuidad. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense. 1993.
239. TANG EO, LAI CS, LEE KK, WONG RS, CHENG G, CHAN TY. Relationship between patients warfarin knowledge and anticoagulation control. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2003; 37: 34-39.
240. TEMPLE TR, NELSON AA JR. An evaluation of the the quality of pharmaceutical care: a study of the pharmacist's compounding behavior. *Drug intelligence & clinical pharmacy*. 1975; 9: 591-595.
241. TEIXEIRA H, REJANE E, ALITI G, NOGUEIRA DE SOUZA. E. Conocimiento de los pacientes portadores de prótesis valvular mecánica sobre la terapia de anticoagulación oral crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18: 1-7.
242. THAM TC, JOHNSTON S, WATSON RG. Patient Knowledge and prescription of ulcer healing drugs in medical inpatients. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1995; 39: 197-200.
243. TORRAS V. El libro blanco de la farmacia en internet. Barcelona: PromocionesFarma.com. 2011.
244. TORRENTE E, ESCARRABILL J, MARTÍ T. Impacto de las redes sociales de pacientes en la práctica asistencial. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*. 2010. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=rissai> (acceso 20 Abril 2012).
245. TUNEU L, GARCÍA-PELÁEZ M, LÓPEZ S, SERRA G, ALBA G, DE IRALA C. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2: 177-192.
246. TUNPICHART S, SAKULBUMRUNGSIL R, SOMRONGTHONG R, DUANGTIP H. Chronic care model for diabetics by pharmacist home health in Bangkok Metropolitan: A community based study. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2012; 4: 90-96.
247. UNESCO. Literacy for All. Education for All Global Monitoring Report. 2006.
248. UNIVERSIDAD DE PACIENTES. Estudio sobre alfabetización en salud de la población española. 2012. Disponible en: http://www.universidadpacientes.org/educacions_alud/docs/resultados_encuesta_sias.pdf (acceso 20 noviembre 2012).

249. VILLAFAINA BARROSO A, GARCÍA GARCÍA S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharmaceutical Care*. 2009; 11: 3-12.
250. WEISS BD, MAYS MZ, MARTZ W. Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 514-522.
251. WEISS P. Keep it simple, Doctor. Press release of American College of OB/GYN. 2011.
252. ZAKALUK BL, SAMUELS SJ. Toward a new approach to predicting text comprehensibility. Newark (USA): International Reading Association. 1988.
253. ZAVANDO D, SUAZO I, MANTEROLA C. Validez en la investigación imaginó lógica. *Revista Chilena de Radiología*. 2010; 16: 75-79.

9. ABREVIATURAS

Y col: Y colaboradores

OOF: Oficinas de Farmacia

AF: Atención Farmacéutica

FORO AF: Foro de Atención Farmacéutica

FORO AF-FC: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria

CPM: Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación

CT: Cumplimiento terapéutico

FFP(s): Especialidad(es) Farmacéutica(s) Publicitaria(s)

OTC: De las siglas en inglés “Over de Counter”, medicamentos de mostrador, que no necesitan de una receta para ser dispensados en la farmacia. Especialidades publicitarias

AINE: Antiinflamatorio No Esteroídico

ARA II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II

MEDTO: Medicamento

UE: Unión Europea

FDA: Food and Drug Administration

RD: Real Decreto

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

CADEP: Comité Asesor de Expertos en Prospectos

IF: Índice de Flesch

IFSZ: Índice de Flesch-Szigriszt

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

CPM: Conocimiento del paciente acerca de la medicación

PRM: Problemas Relacionados con los medicamentos

RNM: Resultados Negativos asociados a la Medicación

ODAT: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento

EpS: Educación para la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

COFRM: Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia

IP: Información al Paciente

10. ANEXOS

ANEXO I: Internet y Paciente

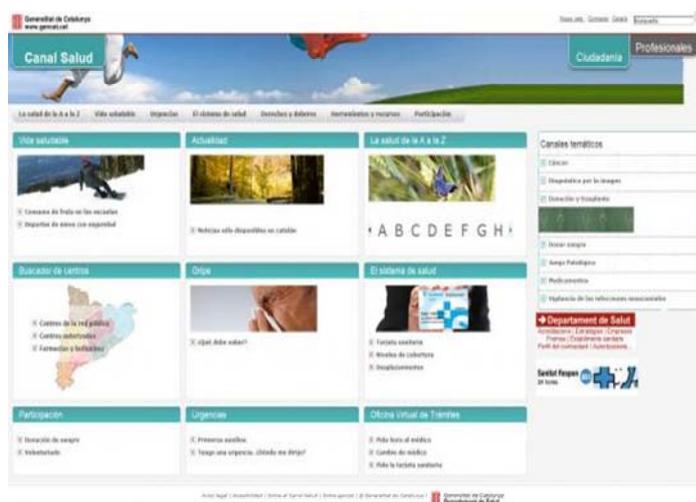
Madrid: actualidad, cita previa, libre elección, buscador de centros, lista de espera quirúrgica, tarjeta sanitaria...

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_home



Cataluña: actualidad, vida saludable, buscador de centros, libre elección, cita previa, tarjeta sanitaria...

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut>



Andalucía: noticias, buscador de centros, nuestra salud, escuela de pacientes, asistente virtual, presencia en redes sociales, cita médica, elección de médico, lista quirúrgica, tarjeta sanitaria, consulta de datos personales, cambio de datos de contacto, segunda opinión médica, registro de voluntades vitales anticipadas...

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp>



Extremadura: buscador de centros, novedades, cita previa, tarjeta sanitaria, consejos de salud, servicios informativos...

<http://www.saludextremadura.com/>



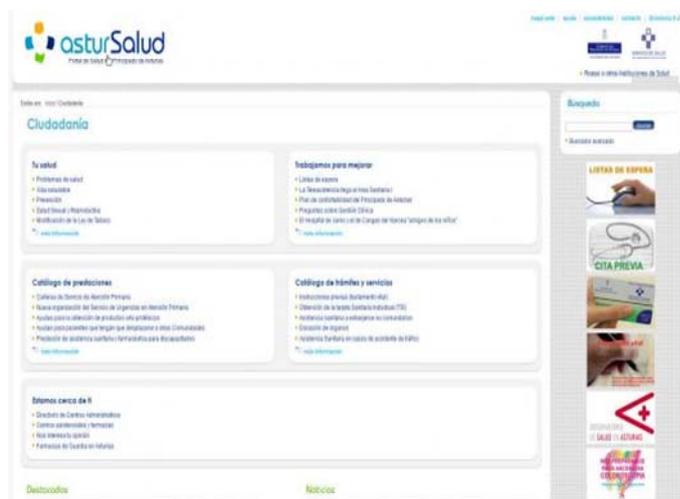
Galicia: tarjeta sanitaria, receta electrónica, segunda opinión médica, información de salud, cita médica, lista de espera quirúrgica, reclamaciones, cambio de médico, consulta de historia clínica e historial farmacoterapéutico...

<http://www.sergas.es/EspazodaCiudadania/PortadaCiudadania.aspx?IdPaxina=705>



Asturias: Tu salud, novedades, listas de espera, cita previa, tarjeta sanitaria, testamento vital...

<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.e222b55d5d95f467dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=d10ae5b9ff100110VgnVCM1000008614e40aRCRD>



Cantabria: cita previa, tarjeta sanitaria.

<http://www.scsalud.es/>



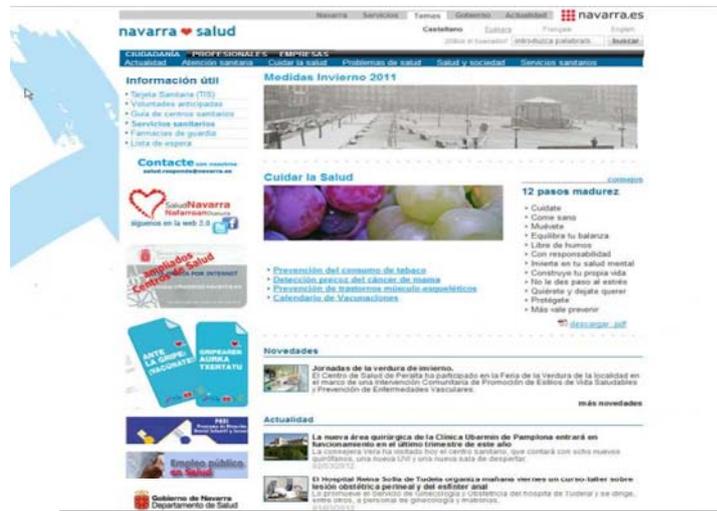
País Vasco: cita previa, cambio de médico, consejo sanitario, tarjeta sanitaria, asistente virtual, actualidad, aplicación móvil, presencia en redes sociales...

<http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ghhome00/es/>



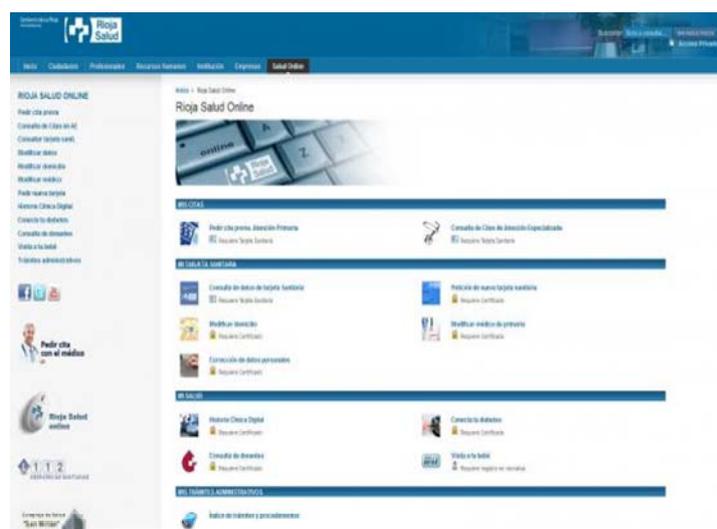
Navarra: tarjeta sanitaria, cuidar la salud, voluntades anticipadas, lista de espera, guía de centros, cita previa...

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadano/



La Rioja: cita previa, noticias, tarjeta sanitaria, cambio de médico, corrección de datos personales, historia clínica digital, presencia en redes sociales...

<https://www.riojasalud.es/online>



Castilla y León: noticias, cita previa, buscador de recursos, lista de espera, aula de pacientes, tarjeta sanitaria, cambio de datos personales, reclamaciones...

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es>



Aragón: cita previa, actualidad, centros, reclamaciones, videointerpretación en lenguaje de signos...

<http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/>



Valencia: actualidad, cita previa, historia clínica en el móvil, tarjeta sanitaria, centros, cuídate.

<http://www.cuidatecv.es/homes/index/language:spa>



Castilla la mancha: cita previa, tarjeta sanitaria, farmacias, lista de espera, noticias...

<http://sescam.jccm.es/web1/home.do>



Murcia: noticias, cita previa, tarjeta sanitaria, biblioteca virtual...

<http://www.murciasalud.es/principal.php>



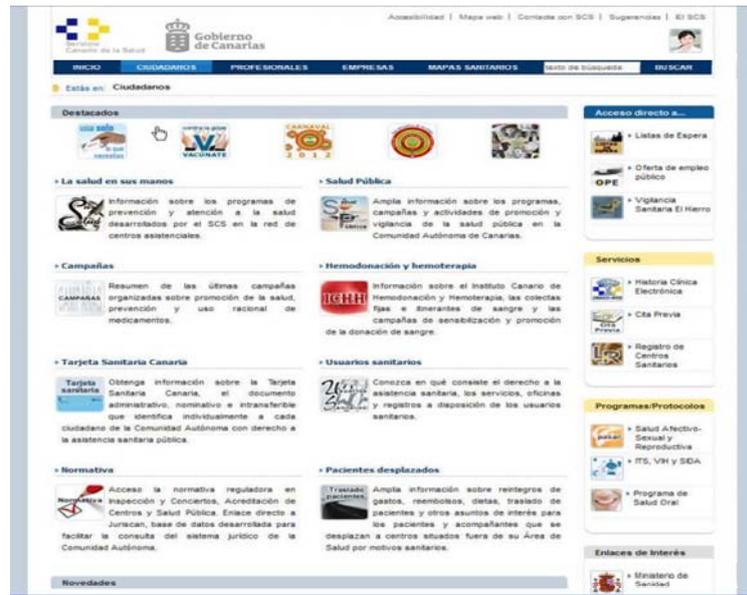
Baleares: cita previa, tarjeta sanitaria, actualización de datos, reclamaciones, cambio de médico, historia clínica, buscador de centros...

<http://www.ibsalut.es/webibsalut/>



Canarias: cita previa, historia clínica electrónica, registro de centros sanitarios, tarjeta sanitaria...

<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/tematica.jsp?idCarpeta=df4c5b0a-acc9-11dd-bcc2-dd39af5a7493>



ANEXO II: Conocimiento del paciente acerca de la medicación

Cuestionario de Conocimiento del paciente acerca de la medicación (García Delgado y col., 2009)

PREGUNTA	DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO
p.01- ¿Para qué tiene que tomar este medicamento?	Objetivo Terapéutico
p.02- ¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento?	Proceso de uso
p.03- ¿Cada cuánto tiene que tomar/utilizar este medicamento?	Proceso de uso
p.04- ¿Hasta cuándo tiene que tomar/utilizar este medicamento?	Proceso de uso
p.05- ¿Cómo debe tomar/utilizar este medicamento?	Proceso de uso
p.06- ¿Ha de tener alguna precaución cuando toma/utiliza este medicamento?	Seguridad
p.07- ¿Qué efectos adversos conoce de este medicamento?	Seguridad
p.08- ¿Ante qué problema de salud o situación especial NO debe tomar este medicamento?	Seguridad
p.09- ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto?	Objetivo Erapéutico
p.10- ¿Qué medicamentos o alimentos debe evitar tomar mientras use este medicamento?	Seguridad
p.11- ¿Cómo debe conservar el medicamento?	Conservación

Normas para la evaluación del *Cuestionario de conocimiento del paciente acerca de la medicación (García Delgado y col. 2009)*

La evaluación del cuestionario ha de ser realizada por un farmacéutico, el cual contrastará las respuestas dadas por el paciente con la información de referencia. Se considera información de referencia en primer lugar a la receta médica, siempre que el farmacéutico disponga de ella en el momento de la entrevista con el paciente. El farmacéutico ha de comprobar previamente que ésta ha sido correcta y conscientemente cumplimentada y si la receta es correcta ha de copiar en el cuestionario los aspectos de información del medicamento registrados en la receta (posología, pauta y duración del tratamiento). En segundo lugar la información de referencia será la información reflejada en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia, tanto para aquellos aspectos del medicamento no recogidos en la receta médica como para aquellos pacientes entrevistados que carecen de receta.

La evaluación se realizará asignándole a cada respuesta para cada pregunta la siguiente puntuación en función del grado de concordancia entre la información dada por el paciente y la información de referencia (receta médica o Catálogo de Medicamentos del CGCOF): **-1 punto; Información incorrecta:** Cuando la pregunta está en blanco, cuando la respuesta del paciente no coincide con lo preguntado o cuando la información que posee el paciente es incorrecta (no coincide con la información de referencia). **0 puntos; No conoce o desconoce:** Cuando el entrevistado afirma no saber, bien verbalmente o mediante paralenguaje. Se asignará esta puntuación directamente cuando aparezca tachada la casilla “ns”. **1 punto; Información Insuficiente:** Cuando la respuesta dada por el paciente no es completa, es decir, no asegura que el paciente posea la información necesaria para garantizar un correcto uso del medicamento. **2 puntos; Conoce:** Cuando la información dada por el paciente coincide con la información de referencia.

Específicamente:

Para la **indicación** (pregunta 1), si la respuesta se refiere al órgano o al sistema en el que actúa el medicamento, se evaluará como información insuficiente (1 punto). Si la respuesta se refiere específicamente al síntoma/ síndrome que trata pero el paciente no dice el tecnicismo correcto se evaluará como información correcta (2 puntos).

Para la **posología** (pregunta 2) y para la **pauta** (pregunta 3), el paciente ha de responder exactamente lo indicado por el médico (o la receta) para considerar la respuesta correcta, cualquier fallo se considerará como información insuficiente, o no conoce (en el caso de que así lo manifieste el paciente).

Para la **duración del tratamiento** (pregunta 4) en el caso de tratamientos crónicos (por ejemplo un antidiabético oral) si el paciente responde “lo tengo que tomar para toda la vida” o “hasta que el médico me lo cambie” o cualquier respuesta que denote que el paciente sabe que es un medicamento que ha de utilizar a largo plazo, se evaluará como respuesta correcta (2 puntos).

Para la **forma de administración** (pregunta 5), se ha de evaluar todo lo anotado por el farmacéutico, dándole la máxima puntuación (2 puntos) si lo hace correctamente. Para la vía oral, el paciente ha de identificar que es “tragada” y si el medicamento en concreto se ha de tomar de una manera determinada, formas farmacéuticas complejas, el paciente deberá indicar exactamente cómo.

Con respecto a la **conservación** (pregunta 11); en el caso de que el medicamento se tenga que conservar en frío tras su dispensación, si el paciente identifica que el medicamento es de frío, se dará la máxima puntuación (2 puntos). Para el resto de medicamentos, se dará máxima puntuación cuando el paciente identifique las siguientes características: 1- Protegido de la luz directa. 2- Protegido de la humedad. 3- Protegido de cambios bruscos de temperatura. 4- A una temperatura estable, ni excesivamente fría ni calurosa. Si identificara alguna de ellas, pero no todas, se considerará información insuficiente.

ANEXO III: Encuesta Definitiva

¿Accede a participar? NO

* No válido por:

RECHAZO

NO PAC / NO CUID

SI * ¿Es para usted el medicamento?

SI
 PACIENTE

NO
 CUIDADOR

PARTE HOSPITAL
SEGURIDAD SOCIAL
MUTUALIDADES
PRIVADA

Méd. DE FAMILIA
 Méd. ESPECIALISTA
 Méd. URGENCIAS

CN:

DESCRIPCIÓN
P.A/F.F

1) ¿Es la primera vez que toma este medicamento?

SI

NO

2) ¿Ha buscado y/o encontrado información sobre él?

SI

2.1) ¿Dónde?

NO

Hablaron Internet Prospecto

3) ¿Ha leído alguna vez el prospecto?

SI

3.1) ¿Lo entendió bien?

SI

NO

NO

I.F-S

G.EI

4) ¿Toma más medicamentos además de este?

SI

NO

4.1) ¿5 o más?

SI

NO

5) ¿Edad?

Años

6) ¿Género?

Hombre

Mujer

7) ¿Nacionalidad?

Española

Centroamérica y Sudamérica (hispanoparlantes)

Otras

Marr Afr UE noUE Rest

7.1) ¿Entiende español?

SI

NO

SI

NO

7.2) ¿Lo habla?

8) ¿Actividad laboral?

No trabajo

Estudiante

Paro

Jubilado

Ama de casa

Intelectual

Físico

Baja por enfermedad

En excedencia

Otras

9) ¿Nivel de estudios?

Sin estudios

Estudios primarios

Est. Secundarios: Bachillerato / FP

Est. Universitarios: Diplomado / Licenciado

9.1) ¿Lee?

SI

NO

9.2) ¿Escribe?

SI

NO

¿Quién le facilitó esta información?

- | | NS | | FAM | MÉDICO
ESP | URG | | OTROS |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Para qué tiene que tomar/utilizar este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 2) ¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 3) ¿Cada cuánto tiene que tomar/utilizar este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 4) ¿Hasta cuándo tiene que tomar/utilizar este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 5) ¿Cómo debe tomar/utilizar este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 6) ¿Ha de tener alguna precaución cuando toma/
utiliza este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 7) ¿Qué efectos adversos conoce de este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 8) ¿Ante qué probabilidad de salud o situación especial
no debe tomar/ utilizar este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 9) ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 10) ¿Qué otros metodos o alimentos debe evitar tomar
mientras usted use este medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |
| 11) ¿Cómo debe conservar su medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| | Farmacéutico | | | | | | |

Conocimiento total

ANEXO IV: Código ATC

El código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC: acrónimo de *Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system*) es un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos. Este sistema fue instituido por la Organización Mundial de la Salud, y ha sido adoptado en Europa. En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.

El código recoge el sistema u órgano sobre el que actúa, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco. Está estructurado en cinco niveles:

1. Nivel **anatómico**: órgano o sistema en el cual actúa el fármaco. Existen 14 grupos en total
2. Nivel: **subgrupo terapéutico**: identificado por un número de dos cifras.
3. Nivel: **subgrupo terapéutico o farmacológico**: identificado por una letra del alfabeto
4. Nivel: **subgrupo terapéutico, farmacológico o químico**: identificado por una letra del alfabeto.
5. Nivel: **nombre del principio activo o de la asociación farmacológica**: identificado por un número de dos cifras.

El cuadro siguiente, recoge los 14 grupos en los que se ordena el Nivel 1 Anatómico

- A: Sistema digestivo y Metabolismo
- B: Sangre y Órganos Hematopoyéticos
- C: Sistema cardiovascular
- D: Medicamentos Dermatológicos
- G: Aparato Genitourinario y Hormonas sexuales
- H: Preparados Hormonales sistémicos (excl. Horm Sexuales)
- J: Antiinfecciosos en general para uso sistémico
- L: Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores
- M: Sistema Músculoesquelético
- N: Sistema Nervioso
- P: Productos Antiparasitarios, Insecticidas y Repelentes
- R: Sistema Respiratorio
- S: Órganos de los Sentidos
- V: Varios