

Formación e Implementación de procedimientos de dispensación en farmacias de Bissau (Guinea Bissau) tras una acción formativa. Técnica del paciente simulado

Training and implementation of dispensing procedures in pharmacies in Bissau (Guinea Bissau) after a training action. Simulated patient technique

Montoto-Fernández A.^{1*}, le Sadjo², Fornos-Pérez J.A.^{1,4}, Pérez-Senra M.A.³, Leirós Nieves M.⁴, Andrés-Rodríguez N.F.¹

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados de un programa de formación e implantación de procedimientos de dispensación con farmacéuticos y técnicos de Farmacia de Bissau (Guinea Bissau), mediante la técnica del paciente simulado y su satisfacción con el programa.

Método: Diseño: Estudio cuasiexperimental de intervención formativa. Mayo-junio de 2022. Sujetos: profesionales del medicamento ejercientes en farmacias de la Región de Bissau. Intervención: Tres sesiones de cuatro horas utilizando metodología de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Evaluación: Cuestionario de conocimiento pre/post en cada sesión. 10 preguntas (4 respuestas, 1 correcta). Cuestionario de satisfacción. Implementación: Técnica del paciente simulado. Las farmacias con profesionales inscritos en el curso (Grupo intervención) y farmacias próximas a una del grupo intervención, sin profesionales inscritos (Grupo control) se visitaron la semana anterior al curso y durante el mes siguiente a su finalización. Variables: Edad (años), sexo (H/M); lugar de trabajo (farmacia hospitalaria/privada/otra). Conocimiento: puntuación $m \pm DE$ y en n (%) de contestaciones válidas a los ítems del cuestionario. Utilización del protocolo de dispensación: grado de cumplimiento de dicho protocolo, puntuación $m \pm DE$ y n (%) contestaciones válidas.

Resultados: 54 profesionales, 47 (87,0%) cumplieron los cuestionarios. 24 (51,1%) hombres. Edad $33,3 \pm 7,1$ años. 17 (36,2%) trabajaban en hospital, 13 (27,6%) en farmacia privada, 4 (8,8%) en otros centros, 13 (27,6%) no trabajaban. La puntuación del cuestionario de conocimientos aumentó en las tres sesiones: $4,1 \pm 2,0$ a $6,0 \pm 1,8$, de $3,2 \pm 1,6$ a $5,8 \pm 1,6$ de $2,4 \pm 1,3$ a $6,1 \pm 2,3$, $p < 0,0001$. Contestaciones correctas totales: Pre 552 (31,0%) vs Post 1070 (64,4%), $p < 0,001$. Satisfacción: $3,4 \pm 0,6$ sobre 4, equivalente a satisfacción del 85%. Implementación: Grupo intervención $2,1 \pm 2,2$ vs grupo control $0,5 \pm 2,0$, $p = 0,0564$.

Conclusiones: El conocimiento inicial fue bajo, y aumentó muy significativamente tras las tres sesiones del curso. La implementación del protocolo fue reducida, mayor en las farmacias con profesionales asistentes al curso. La satisfacción de los alumnos fue alta.

Palabras Clave: cooperación, formación, capacitación, servicio de dispensación, satisfacción.

¹ Farmacéuticos Grupo Berbés de Investigación y Docencia en Atención Farmacéutica del COF de Pontevedra (España).
² Técnico de Farmacia en clínica Madrugada (Bissau. Guiné-Bissau).
³ Farmacéutica comunitaria en Hull (UK). ⁴ Farmacéutico comunitario en Cangas do Morrazo. Profesor de la USC (España).

*Autor correspondiente: adriana.montoto.fernandez@gmail.com.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the results of a training program and implementation of pharmaceutical dispensing procedures with pharmacists and pharmacy technicians in the region of Bissau (Guinea Bissau), using the simulated patient technique and their satisfaction with the program.

Method: Design: Quasi-experimental study of formative intervention. May-June 2022. Subjects: drug professionals practicing in pharmacies in the Region of Bissau. Intervention: Three sessions of four hours using methodology of Forum of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy. Evaluation: Pre/post knowledge questionnaire in each session. 10 questions (4 answers, 1 correct). Satisfaction questionnaire. Implementation: Simulated patient technique. Pharmacies with professionals enrolled in the course (Intervention group) and pharmacies close to one of the intervention group, without registered professionals (Control Group) were visited the week before the course and during the month following its completion. Variables: Age (years), sex (Male/female); workplace (hospital/private/other centers/unemployed). Knowledge: $m \pm SD$ score and n (%) of valid answers to the questionnaire items. Use of the dispensing protocol: degree of compliance with this protocol, $m \pm SD$ score and n (%) valid answers.

Results: 54 professionals, 47 (87.0%) completed the questionnaires. 24 (51.1%) men. Age 33.3 ± 7.1 years. 17 (36.2%) worked in hospital, 13 (27.6%) in private pharmacy, 4 (8.8%) in other centers, 13 (27.6%) did not work. The knowledge questionnaire score increased in all three sessions: 4.1 ± 2.0 to 6.0 ± 1.8 , from 3.2 ± 1.6 to 5.8 ± 1.6 from 2.4 ± 1.3 to 6.1 ± 2.3 , $p < 0.0001$. Total correct answers: Pre 552 (31.0%) vs Post 1070 (64.4%), $p < 0.001$. Satisfaction: 3.4 ± 0.6 out of 4, equivalent to 85% satisfaction. Implementation: Intervention group 2.1 ± 2.2 vs control group 0.5 ± 2.0 , $p = 0.0564$.

Conclusions: Initial knowledge was low, and increased very significantly after the three sessions of the course. The implementation of the protocol was reduced, but greater by the trained professionals. The satisfaction of the students was high.

Keywords: cooperation, education, training, dispensing service, satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Guinea Bissau (GB) es un país africano subsahariano, localizado en el oeste del continente, bañado por su lado occidental por el océano Atlántico y limita al norte con Senegal y al sur con Guinea. Posee un territorio con una superficie de 36.125 km², compuesta por una parte continental y un archipiélago de 88 islas e islotes, de las cuales 18 son las principales. El país se divide en un sector autónomo que es también la capital, Bissau y 8 regiones: Bafatá, Biombo, Bissau, Bolama, Cacheu, Oio, Gabu, Quinara y Tombalí¹.

Su población es de 1.920.922 habitantes y la de la capital 492.000 habitantes¹. Por lo cual, entorno al 70% de la población vive en zonas rurales². Alrededor de veinte grupos étnicos son los que pueblan el país, pero cinco son los más mayoritarios: balanta, fula, manjaco, mandinga y pepel¹.

En cuanto a la lengua oficial del país es el portugués, sin embargo, el idioma más popular es el criollo, hablado por un 90% de la población aproximadamente^{1,3}. Las lenguas propias de las etnias (balanta, fula, manjaco, mandinga y pepel) son utilizadas también a lo largo de todo el país, pero en un menor porcentaje¹.

The Fund for Peace³ publica “El Índice de Estados Frágiles de 2022” en el que GB es calificado como el 27º país más vulnerable del mundo de 178, considerando que es un país en alerta según los indicadores que miden la capacidad de su aparato estatal, lo que indica, que deja a su ciudadanía expuesta a una amplia gama de problemas.

El sistema nacional de salud está formado por el sector público, el sector priva-

do, el sector concertado (Iglesia católica y organizaciones no gubernamentales) y los expertos en medicinas alternativas y ancestrales.

La medicina tradicional es la favorita por la población y la mayoría de enfermos, solamente tras ausencia de mejoría es cuando recurren a la medicina convencional.

Las regiones tienen independencia en sus programas de actividades y funciones sanitarias, pero estas están concertadas con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), eje central que coordina los diferentes sectores. Además, el MINSAP es el encargado de llevar a cabo políticas y estrategias, campañas de salud nacionales (muchas veces en asociación con otros agentes internacionales) y los salarios de los trabajadores de salud del país. Como último eslabón de la cadena, a nivel local se regula los centros de atención primaria y centros comunitarios de salud⁴.

Las infraestructuras del sector público se dividen en A (hospital), B (puesto de salud) C (puestos básicos de salud), distinguidos por el nivel de formación y el número de empleados, las instalaciones y los servicios profesionales llevados a cabo.

Asimismo, los pacientes financian también el sistema de salud pagando los servicios, siendo este de los más caros de África Occidental. Tanto si el servicio es público como privado, el enfermo se costea las consultas, las pruebas y los medicamentos.

El informe de UNIOBGIS de 2017⁴ considera la disponibilidad de las instalaciones en GB razonable. Aunque el estado de las infraestructuras es deficiente, puesto que gran parte de los centros

de salud y los puestos básicos de salud carecen de electricidad y agua.

La accesibilidad a los servicios sanitarios es uno de los puntos prioritarios a tratar en GB, tanto de manera geográfica como por el coste de los servicios. Por encima del 40% de los habitantes reside a más de 5 km de la unidad de salud más cercana, en las islas esta situación empeora.

Los parámetros de calidad de la atención sanitaria han sido históricamente inapropiados, pese a la relativa buena disponibilidad. Según UNIOGBIS, desde 1997, existen datos que de las prácticas han mejorado, aunque sigan existiendo muchas carencias en la asistencia sanitaria, como se ve en los números de tasa de mortalidad materno infantil, la cual ha disminuido, pero no significativamente^{2,4}.

Otra de las grandes particularidades del sistema de salud de GB, relacionada con la calidad, es el déficit de recursos humanos con cualificación. En 2014, la ratio de médicos en GB era de 1,7 médicos por cada 10.000 personas. En 2017, el país contaba con solo 3 pediatras (para una población de unos 720.000 niños menores de 15 años) 4 obstetras, unas 34 matronas tituladas y un 1 anestésista. La proporción de enfermeras es algo mejor, siendo de 6,4 enfermeras por cada 10.000 personas^{2,4}.

Con respecto al sector farmacéutico, según diferentes fuentes, el país cuenta con: más de una docena de farmacéuticos y en torno a 80 técnicos de farmacia^{5,6}. Todos los profesionales superiores se han formado en universidades internacionales, dado que el país no cuenta con facultad de Farmacia; y en el caso de los técnicos, gracias al nacimiento de

la “Escola Nacional de Saúde” (ENS) al final del pasado siglo⁷, ese número crece año a año gracias a las nuevas promociones.

Con respecto a las tareas de fabricación de medicamentos dentro del país, son prácticamente nulas. En cuanto a la distribución, existe un almacén público central CECOME⁷ y tres distribuidores privados principales (de inversores extranjeros): Alliance Pharma, Salus Pharma y Sofargui. Además, hay algún otro comercio para productos sanitarios y accesorios, como productos ortopédicos, jeringas y gasas.

En relación a los establecimientos que distribuyen medicamentos a los enfermos, dentro del país conviven dos tipos de farmacias: la farmacia comunitaria y la farmacia clínica u hospitalaria. En ambas farmacias, los trabajos son muy similares. Más allá de los procedimientos de gestión y compra y almacenamiento dentro de ellas, el trabajo principal es el de atención los pacientes: dispensación de medicamentos e indicación farmacéutica.

Además, en las farmacias comunitarias, el catálogo de parafarmacia y productos sanitarios es más extenso, por lo que también existe el consejo y venta de estos.

Referente al *proceso de dispensación*, que es en lo que se centra este trabajo, es muy parecido al de las farmacias comunitarias españolas, expedición de manera activa de medicamentos ante una receta. Además, la venta de medicamentos sin receta (porque no la necesitan o porque se prescinde de dicho requisito) es común, por lo que la importancia de tener profesionales sanitarios de calidad al frente es evidente.

En 2020 nació la “Ordem de Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia da Guiné-Bissau” (OFTEC-GB)^{8,9}: pero a día de hoy no existe ninguna regulación en el país sobre la obligatoriedad de la presencia de los profesionales farmacéuticos en las farmacias. Este hecho, sumado al desequilibrio en la disponibilidad de personal farmacéutico - explicado previamente-, hace que en las farmacias comunitarias y clínicas u hospitalarias no siempre haya farmacéuticos al frente. La Formación Continuada es toda formación que un profesional sigue tras rematar su educación universitaria o de especialista, que está encaminada a actualizar, mantener y mejorar su competencia profesional y no conlleva la adquisición de un nuevo título¹⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “entre los profesionales de la salud es imprescindible una puesta al día continua de los conocimientos y habilidades necesarios por el bien de los pacientes”. Por tanto, el rápido avance de los conocimientos científicos, las mayores exigencias de los usuarios del sistema sanitario, y el deber ético de sus profesionales, convierten a la formación continuada en una herramienta indispensable para garantizar la calidad asistencial^{11,12}.

La formación continua es un derecho y un deber¹³⁻¹⁵. En el caso de GB, esta función es delegada, por el MINSAP, a la ENS. Sin embargo, la inexistencia de una política formativa para la ENS (que debería ser creada por la MINSAP), la escasez de profesores y profesionales, así como la reciente reapertura del curso de técnicos de farmacia hace que este reciclaje haya sido nulo⁷.

Además, según un informe del 2007 de

Silva et al⁷, casi la mitad de los técnicos reclaman continuar sus estudios y consideran que, si esto no sucede, es debido a la falta de un plan formativo que garantice la evolución de dichos profesionales. Las categorías preferidas por ellos, según dicho informe, son jornadas de formación continuada, cursos de breve duración y sesiones llevadas a cabo por compañeros con preparación. La *formación continuada* en *Atención Farmacéutica* debe proporcionar a los farmacéuticos conocimientos y habilidades actualizados que mejoren la competencia profesional y sean susceptibles de ser puestos en práctica de una forma inmediata en el ejercicio profesional cotidiano. Y con todo ello se mejorarán los resultados de las dispensaciones y de las medicaciones de los pacientes.

La implantación de la Atención Farmacéutica requiere actitud, aptitud y formación. Esta formación debe centrarse en un obvio reciclaje en aspectos científicos y temas sanitarios, pero todo ese esfuerzo será inútil si no se fortalece con una formación complementaria en técnicas de comunicación, informática y en organización.

En la actualidad, se requiere actualización y en muchos casos formación inicial en informática. El manejo de gran cantidad de información, el registro de la misma y su divulgación solo son posibles informáticamente. Finalmente, el quehacer diario y el espacio físico de la oficina de farmacia deben poder moldearse para llevar a cabo esta práctica asistencial.

Por ello, con la realización de este trabajo se pretende contestar a la pregunta: ¿La realización de las primeras sesiones de formación continuada durante el mes de

junio de 2022 para los farmacéuticos y técnicos de farmacia de la región de Bissau mejorará el servicio de dispensación de las farmacias de dicha región?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar un programa de formación e implantación de un “protocolo de dispensación farmacéutica” en las farmacias de la región de Bissau (Guinea-Bissau), mediante la técnica del paciente simulado en junio de 2022, tras la realización de las primeras sesiones de formación continuada para los farmacéuticos y técnicos de farmacia de la región de Bissau.

Objetivos específicos

- Evaluar los resultados de un programa formativo para la implementación de un procedimiento de dispensación en farmacias de la región de Bissau:
 - Determinar el perfil profesional de los alumnos inscritos en el curso de formación.
 - Describir el nivel de conocimientos en atención farmacéutica.
 - Analizar la mejora de esos conocimientos tras una intervención educativa.
 - Conocer el grado de satisfacción de los participantes.
- Evaluar la implantación del servicio de “dispensación farmacéutica” en las farmacias:
 - Determinar el cumplimiento de los protocolos de dispensación.
 - Valorar la mejora de la incorporación de procedimientos de “Dispensación Farmacéutica” en la práctica profesional de la farmacia comunitaria, tras el proceso de formación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Este estudio tiene dos líneas de trabajo diferenciadas: Estudio de intervención educativa y estudio longitudinal cuasi experimental con grupo control; fue llevado a cabo durante junio de 2022.

Ámbito del estudio

Se realizó en farmacias hospitalarias (o clínicas) y comunitarias (privadas) en la ciudad de Bissau (GB).

Sujetos

Criterios de inclusión: Profesionales de farmacia titulados que puedan realizar dispensación de medicamentos. Aceptación verbal de su participación en el estudio.

Criterios de exclusión: Los sujetos que no tenían ningún estudio superior relacionado con farmacia (farmacéutico/a y técnico/a de farmacia). Los sujetos que no cumplieran los criterios de inclusión. Los sujetos que no querían participar en el estudio.

Procedimiento

Como se ha dicho, el estudio tiene dos líneas de trabajo, por lo cual se explicará según el orden de desarrollo. Inicialmente, se procedió a la difusión de la convocatoria. Se obtuvo la confirmación de 75 inscritos que participarían a lo largo de las tres sesiones. Gracias a dicha lista, con los futuros asistentes confirmados se hizo la selección de las 20 farmacias (control e intervención) necesarias para la segunda parte del estudio y se realiza la primera jornada de investigación mediante el paciente simulado, que se explicará más adelante (tras la intervención educativa).

Intervención educativa

La intervención formativa consistió en un curso de 3 de sesiones de 4 horas cada una que se impartieron en portugués, puesto que es la lengua en la que reciben su formación de técnicos de farmacia.

El contenido de las sesiones fue:

1. Importancia del equipo de farmacia en el sistema sanitario e introducción a la investigación en farmacia comunitaria.
2. Dispensación protocolizada de recetas: consejos y reciclaje. Antibióticos
3. Dispensación protocolizada de recetas: consejos y reciclaje. AINE. Hipertensión, anticoagulación, hipercolesterolemia.

En ellas se utilizaría la metodología propuesta por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria¹⁶ sobre correctas normas de dispensación farmacéutica. Repasando las principales preguntas que se deben realizar en una dispensación, proponiendo el siguiente esquema de preguntas (Figura 1).

Se realizó mediante actividades dinámicas en las que participaron todos los asistentes, como:

- Casos clínicos
- Revisión de fichas técnicas
- Debates sobre conceptos como: ¿qué es salud? ¿qué es saludable/no?, etc.

Además, antes y después de las tres formaciones se repartieron los cuestionarios (pre-test y post-test) que se usarían para evaluar las sesiones. Así como, en la tercera sesión los alumnos cumplimentaron un cuestionario de satisfacción.

Implementación de protocolos

Para evaluar la implementación de los protocolos de atención farmacéutica de dispensación (Figura 2), tras conseguir los participantes a las jornadas formativas, se seleccionaron 20 farmacias, adscribiéndolas a dos grupos a los que se sometió al paciente simulado:

Grupo intervención: Farmacias en las que, al menos un miembro del equipo, estuviese inscrito y participase en el curso.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	
2	HOJA	DE ANOTACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
3		FARMACIA Nº																						
4	NECESIDAD	Para quien es?																						
5		Situación especial?																						
6		Es la primera vez?																						
7	EFECTIVIDAD	Sabe para que sirve?																						
8		Sabe como tomarlo?																						
9		Hasta cuando?																						
10	SEGURIDAD	Alergias?																						
11		Otros medicamentos?																						
12		Otras enfermedades?																						
13																								
14	INTERVENCIÓN FA	Intervención : cambio medicamento																						
15		No hay medicamento																						
16		Derivación Médica																						
17		DM+ PRM/RNM																						
18		DISPENSAR																						
19		NO DISPENSAR																						
20		OBSERVACIONES																						
21		Quien atiende?																						
22		Asistió formación?																						
23		Sistema Informatizado?																						

Figura 1- Encuesta de cumplimiento de protocolo para una correcta dispensación.

Estuvo constituido por 10 farmacias elegidas por razones geográficas de eficiencia.

Grupo control: Farmacias próximas a una del grupo intervención, en las que no hubiese ningún miembro del equipo inscrito en la acción formativa y que no hubiera asistido. Este grupo también constó de 10 farmacias.

pilar datos para su registro y posterior análisis estadístico. En ningún caso, las farmacias visitadas conocían ser objeto de estudio. Se reclutaron dos voluntarios que realizaron el papel de paciente simulado: dos varones con 40 años. Fueron intensamente entrenados en la situación a escenificar y en la cumplimentación del cuestionario utilizado para el regis-

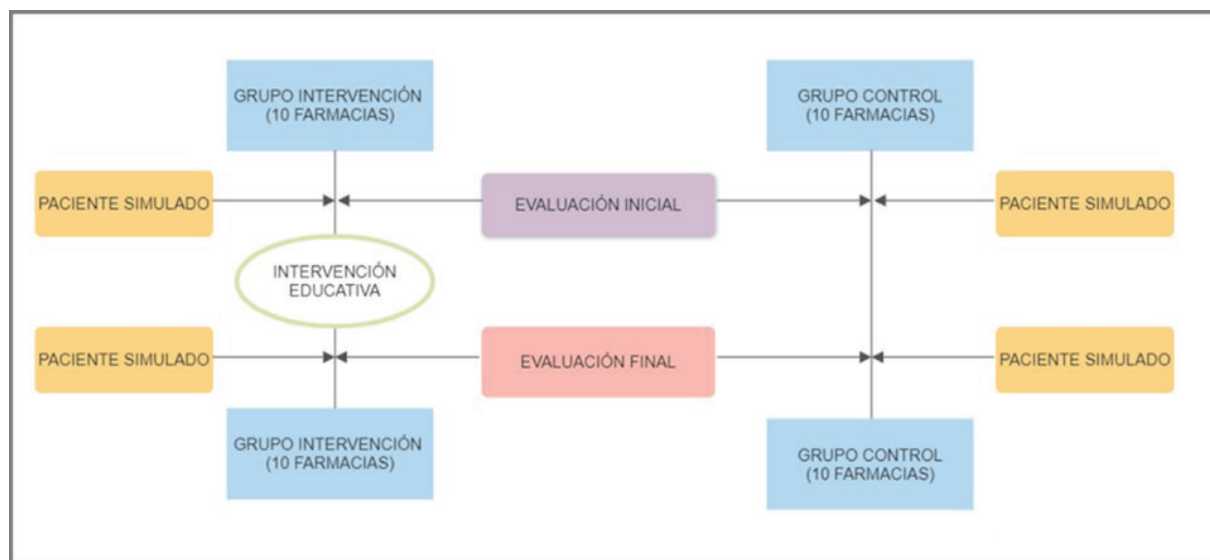


Figura 2- Esquema del proceso de implementación.

Técnica del paciente simulado: Se trata de una técnica de investigación experimental con el objetivo de valorar la calidad prestada en los servicios sanitarios¹⁷⁻¹⁹. Se realiza un simulacro por una o varias personas que anteriormente han ensayado la situación, y con un guion relativamente preestablecido. El propósito es testar *in vivo* la calidad prestada en el ámbito sanitario por un específico procedimiento. Las mismas farmacias participantes en el estudio se visitaron con esta técnica en la semana anterior al curso (el día previo a la primera jornada) y la semana posterior a su finalización (5 días después de la clausura de las sesiones) (Figura 2), con el fin de reco-

tro de datos. Uno de ellos participó en la primera jornada, y el otro, en la segunda, para minimizar el riesgo de ser reconocido. El perfil general del paciente simulado escenificado en todas las visitas fue: Adulto de 40 años, con una prescripción de la misma clínica y por el mismo médico con una receta de Amoxicilina 500 mg 10 comprimidos. El caso simulado sería: el paciente entregaba la prescripción sin dar ninguna información añadida, de manera pasiva. En caso de preguntar, el paciente respondería tal como fue entrenado. La información acordada era: el paciente es el mismo que el de la prescripción, había acudido al médico por una infección

en el pie. No es conocedor de ninguna alergia a ningún medicamento y tampoco padece ninguna otra enfermedad ni situación especial. No conoce ni para que sirve ni como tomar la medicación, tampoco hasta cuándo.

Las visitas se llevaron a cabo trasladándose el equipo investigador conjuntamente, caminando por la ciudad por las distintas farmacias. De manera que en una mañana (4 horas y media), todas las farmacias fueron visitadas por el mismo paciente con el mismo escenario para cada jornada. El registro de resultados se efectuó inmediatamente tras cada visita y se transcribieron inmediatamente, con el fin de minimizar posibles pérdidas de información. Las jornadas de investigación fueron financiadas por el Grupo Berbés de Investigación y Docencia.

Variables

Sociodemográficas:

Edad (años), sexo (hombre/mujer), lugar de trabajo (farmacia clínica, farmacia privada, distribución, desempleado, otros)

Grado de conocimiento previo y posterior a la intervención educativa:

El grado de conocimiento se evaluó mediante una encuesta de conocimientos anónima de 10 preguntas con 4 respuestas posibles, cumplimentada al inicio y al final del curso de formación por parte del alumno. Se expresó la puntuación total en media (m) \pm desviación estándar (DE) y en n (número de casos) y (%) las contestaciones válidas a los distintos ítems.

Grado satisfacción:

Se evaluó mediante la cumplimentación de una encuesta con puntuación de 0 a 4, al final del curso. Se expresó la puntuación total en $m \pm DE$.

Grado de utilización del protocolo de dispensación previo y posterior a la intervención educativa:

El grado de implementación de los procedimientos de dispensación se evaluó mediante la realización de una encuesta de cumplimiento de dicho protocolo (Figura 1) con 3 preguntas en cada uno de los apartados establecidos por FORO (necesidad, efectividad y seguridad), utilizando la técnica del paciente simulado (Figura 2) y registro de la intervención realizada. Cada ítem valía un punto, por tanto, el valor mínimo era 0 -de no realizar ninguna pregunta en la dispensación- y sobre un máximo de puntuación de 9 puntos. Se expresó la puntuación total en $m \pm DE$ y en n (%) las contestaciones válidas a los distintos ítems.

Herramientas:

Encuesta de conocimientos

Encuesta de satisfacción

Encuesta de cumplimiento del protocolo de dispensación

Tamaño muestral

Curso de formación:

Para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: p_1 = p_2$ mediante una prueba de McNemar para dos muestras relacionadas, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que la proporción en el grupo de Referencia (grado de conocimiento) es del 50%, la proporción en el grupo Experimental es del 70%, es decir, esperamos una mejora del 20% de los conocimientos del alumnado asistente, y la proporción de pares discordantes es del 24%, será necesario incluir 45 personas (asistentes a las formaciones) en el estu-

dio. En este caso todas las formaciones tienen más de 45 asistentes.

Implementación protocolos (número de farmacias para valorar):

Para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: \mu_1 = \mu_2$ mediante una prueba T-Student bilateral para dos muestras relacionadas, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que la media del grupo de Referencia es de 0,5 número de preguntas realizadas, la media del grupo Experimental es de 1,0 unidades y la desviación típica de la variable Diferencia es de 0,5 unidades, será necesario incluir 10 parejas de unidades experimentales en el estudio.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa G-Stat[®]. Los datos cualitativos se expresaron como porcentajes y los cuantitativos como media (m) \pm desviación estándar (DE) en aquellas variables que tengan una desviación normal. Los límites de confianza se calculan al 95% (IC), utilizando los test de chi-cuadrado para variables cualitativas y, en el caso de muestras pequeñas, la técnica de Fisher. La t de Student para variables cuantitativas cuando las distribuciones eran normales (Test de Kolmogorov con las correcciones de Lilliefors) y Mann-Whitney (Wilcoxon) para variables sin distribución normal. Las correlaciones se determinaron mediante la r de Pearson o Rho de Spearman según fueran o no variables paramétricas. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El proyecto realizado ha involucrado a personas locales, pilar de la investigación, por lo que fue imprescindible cuidar la manera por la cual se consiguió la información, como las lecturas que se obtuvieron de ellas. Además, este proyecto fue valorado y comentado con la representante del OFTEC-GB, puesto que ni en el país ni dentro de la OFTEC-GB existe ningún comité ético al que se pudiera entregar con anterioridad. Los principios éticos son defendidos en dicha investigación:

- Se respetó, en el marco de la interculturalidad, cualquier idea y forma de expresión de todo participante;
- Desde la primera sesión unas normas de respeto fueron establecidas por el grupo, para crear una atmosfera de confianza y libre;
- Todos los asistentes pudieron participar o abstenerse de hacerlo dependiendo de su deseo en las jornadas de formación;
- Se llevó a cabo respetando escrupulosamente la normativa europea de protección de datos.

RESULTADOS

Proceso de formación

En las tres sesiones formativas se presentaron 54, 58 y 59 alumnos. Completaron los dos cuestionarios (pre y post) 47: 24 (51,1%) hombres y 23 (49,9%) mujeres en la primera sesión; 51: 27 (52,9%) hombres y 24 (47,1%) mujeres en la segunda y 50: 28 (56,0%) hombres y 22 (44,0%) mujeres en la tercera (Tabla 1). La media de edad $32,3 \pm 7,6$ años los hombres y $34,6 \pm 6,6$ años las mujeres (Tabla 2).

Tabla 1. Respuestas a las tres sesiones formativas.

		Pre	Post	p-valor
1ª Sesión	Total respuestas correctas del cuestionario n (%)	220 (47,7)	353 (59,8)	<0,0001
	Puntuación Total cuestionario m±DE	4,1±2,0	6,0±1,8	
2ª Sesión	Total respuestas correctas del cuestionario n (%)	192 (37,6)	359 (66,0)	<0,0001
	Puntuación Total cuestionario m±DE	3,2±1,6	5,8±1,6	
3ª Sesión	Total respuestas correctas del cuestionario n (%)	140 (23,7)	358 (66,7)	<0,0001
	Puntuación Total cuestionario m±DE	2,4±1,3	6,1± 2,3	

Tabla 2. Situación laboral de los alumnos que realizaron las distintas sesiones formativas.

	1ª Sesión n (%)	2ª Sesión n (%)	3ª Sesión n (%)
Farmacia de hospital	17 (36,0)	20 (39,2)	18 (36,0)
Farmacia privada	13 (27,6)	10 (19,6)	9 (18,0)
Desempleado	1 (2,2)	1 (2,0)	1 (2,0)
Distribución farmacéutica	1 (2,2)	2 (3,9)	2 (4,0)
Otro	2 (4,4)	4 (7,8)	2 (4,0)
No contesta	13 (27,6)	14 (27,5)	18 (36,0)
TOTAL Columna	47 (100%)	51 (100%)	50 (100%)

Satisfacción

La puntuación media de satisfacción fue de $3,4 \pm 0,6$ sobre una puntuación máxima de 4, equivalente al 85,0%. La menor satisfacción se produjo por la di-

ferencia lingüística: pregunta 3, puntuación $2,9 \pm 0,7$ y por el número de horas: pregunta 2, puntuación $3,1 \pm 0,7$ sobre 4 (Tabla 3).

Tabla 3. Respuestas a la encuesta de satisfacción por la formación.

	m±DE
1. El curso proporciona conocimientos adecuados y actualizados.	3,7±0,5
2. El número de horas impartidas para el curso es adecuado.	3,1±0,7
3. A pesar de las diferencias lingüísticas, fue fácil entender y seguir la lección.	2,9±0,7
4. El curso es útil para la actividad profesional diaria.	3,7±0,5
5. El trabajo práctico realizado en grupos puede ser útil para la práctica diaria.	3,5±0,5
6. El formato mixto: teórico + práctico es apropiado.	3,3±0,7
7. El estado del local y del equipo audiovisual era adecuado.	3,3±0,7
8. El nivel de conocimientos de los ponentes era bueno.	3,5±0,7
9. El curso cumplió con las expectativas del alumno.	3,5±0,5
10. Globalmente, quedé satisfecho con la asistencia al curso	3,6±0,5

Observaciones:

- Que haya más oportunidades.
- El coffee break debería ser suficiente para todos los asistentes.
- Se deben centrar las jornadas de capacitación en el área más práctica.
- Traducción más precisa al idioma portugués y procurar una buena estimación de los asistentes para que al inicio de cada sesión dispongan de un espacio suficiente en el aula.
- Queremos que haya más iniciativas de este estilo.
- Aumentar las horas de las formaciones.
- Creen conveniente más días de formación.
- Sugieren la puesta en marcha de formación superior (licenciatura/grado).

Proceso de implementación:

Se evaluaron 10 farmacias en el grupo

intervención, frente a 10 farmacias en el grupo control.

En los siguientes apartados se evaluaron el número de preguntas realizadas según el protocolo escogido (Figura 1) en cada dispensación en las diferentes farmacias, en las diferentes situaciones (antes y después de las sesiones formativas).

Estas preguntas eran 9 divididas en tres secciones y el valor total abarca una escala del 0 al 9; siendo 0 el mínimo con ninguna cuestión realizada y 9 el máximo si se realizaron todas.

•Análisis de homogeneidad Control/Intervención (Inicio)

No mostró, por tanto, diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de los grupos control e intervención al inicio.

	Control	Intervención	p-valor
Necesidad	0,1 (DE=0,3)	0,2 (DE=0,4)	0,5560
Efectividad	0,2 (DE=0,6)	0,5 (DE=1,0)	0,4583
Seguridad	0,0	0,0	
Total cuestionario	0,3 (DE=0,7)	0,7 (DE=1,5)	0,4505

• Variación del grupo intervención inicio/final

Se examinó que, tras la intervención educativa, en el grupo intervención si existió una diferencia significativa, puesto que la diferencia entre el inicio y el final tiene un p -valor=0,0253 (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación en el grupo intervención antes y después.

	Inicio	final	p-valor
Necesidad	0,1 (DE=0,3)	0,6 (DE=0,7)	0,0541
Efectividad	0,2 (DE=0,6)	1,2 (DE=1,0)	0,0177
Seguridad	0,0	0,3 (DE=1,0)	
Total cuestionario	0,3 (DE=0,7)	2,1 (DE=2,3)	0,0253

• Análisis comparativo Control/Intervención (Final)

La media de preguntas que fueron realizadas por el equipo de la farmacia incrementó en el grupo intervención después de las sesiones formativas, pero no de forma estadísticamente significativa: $0,5 \pm 2,0$ frente $2,1 \pm 2,2$ (p -valor=0,0564) (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de los grupos control e intervención al final.

	Control	Intervención	p-valor
Necesidad	0,1 (DE=0,3)	0,6 (DE=0,7)	0,0541
Efectividad	0,4 (DE=0,9)	1,2 (DE=1,0)	0,0739
Seguridad	0,0	0,3 (DE=1,0)	
Total cuestionario	0,5 (DE=2,0)	2,1 (DE=2,3)	0,0564

De manera general, se observó que el número de preguntas realizadas fue bajo, siendo en muchas ocasiones inexistente. Sin embargo, el número de preguntas realizadas comprobamos que es mayor tras las formaciones.

DISCUSIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, existen dos líneas de trabajo paralelas, por lo que se discutirán los resultados de ambas según estas dos líneas de ejecución:

Intervención educativa

En primer lugar, en un país del sur global como GB, la capacidad para acceder a formación continuada es mínima. Después de hacer una revisión sobre la situación de los países del este de África nos encontramos ante distintas situaciones, aunque ninguna sea muy esperanzadora.

En Nigeria, país vecino con una economía más fuerte²⁰, existe formación continuada para los profesionales del medicamento organizada por la agrupación estatal de farmacéuticos del país (Pharmacy Council of Nigeria)²¹. Esta formación, de manera general, es de acceso online y es recompensado con la obtención de un certificado una vez superados los exámenes de cada curso. Sin embargo, un estudio en 2018 de Ekpeyong et al²² recoge que en 2016 solamente el 22% de los farmacéuticos accedió a esta formación, lo cual evidencia la necesidad de medidas que incrementen la asistencia. Según dicho estudio, se desconocen las razones por las cuales existen estos bajos números de realización dado que no hay investigaciones que evalúen dichos marcadores.

Por otro lado, un estudio publicado en 2021 por Shamim et al²³, el cual estudiaba la realidad de la educación continuada en tres países del sur (entre ellos un país del este africano: Ghana), éste señaló que en Ghana existe un sistema de formación continuada, pero es deficiente, y además apuntó al bajo in-

terés por parte de las administraciones de llevar estos programas a cabo. Bajo estas premisas, el estudio concluye que es crucial determinar y poner en práctica un sistema obligatorio de formación continua y esto debe ser realizado conjuntamente entre los profesionales, los centros de formación y las instituciones políticas.

En segundo lugar, a pesar de la transcendencia que tiene actualmente a la gestión de la calidad de la formación continuada, son pocas las referencias a estudios similares al que aquí se presentan en países de África, y mucho menos del este de África. En una revisión del año 2021 publicada por Ceballos et al²⁴, los autores describieron “los programas y las intervenciones educativas ofrecidas al personal farmacéutico y los métodos utilizados para evaluar la efectividad de estos programas” mostrando que más del 70% de estas sesiones fueron llevadas a cabo en países del norte global. Y, si observamos con detalle estos resultados, ninguno de los analizados se sitúa en los países del este de África (siendo el único africano incluido, el realizado en Sudáfrica, el país más rico de África y con una situación económica muy diferente a sus vecinos y, por tanto, de difícil comparación con el resto).

Por todo lo expuesto, este trabajo pone manifiesto una vez más, que la farmacia comunitaria, primordial para mejorar la calidad asistencial, sigue siendo muy precaria en GB. Corroborándose que su implementación ha mostrado un impacto significativo respecto al contenido de las sesiones llevadas a cabo, siendo valorado tanto en conocimientos como en el nivel de satisfacción. Estos datos se exponen a continuación:

El perfil del participante en las jornadas fue el mismo a lo largo de las tres jornadas (aunque no todos acudieron a las tres sesiones). La media fue entorno a los 33 años, lo cual pone en manifiesto lo jóvenes que son los técnicos del país (relacionado con lo nueva que es la escuela y con la corta esperanza de vida). Acudieron en su mayoría hombres, aunque bastante igualado con las mujeres. Asimismo, la asistencia general fue: 53% hombres frente a 47% mujeres.

El lugar de trabajo más común era la farmacia hospitalaria, seguido por la farmacia comunitaria.

No todos los participantes contestaron a la información sociodemográfica, hecho que evidencia la dificultad para proporcionar ciertos datos privados o el entendimiento de porqué tener que compararlos.

Con respecto a la primera jornada formativa, los datos obtenidos totales son mejores tras la formación, y con diferencia estadísticamente significativa en su mayoría. Cabe destacar que 5 preguntas mostraron valores estadísticamente no significativos en comparación de antes y después de las a formaciones:

- Relativo al “concepto de qué es salud” (pregunta 1), las respuestas acertadas inicialmente eran ya numerosas, por lo que, aunque se perfeccionó dicho conocimiento, no lo hizo de manera estadísticamente significativa.

- En cuanto a la consulta sobre “el trabajo del equipo de la farmacia” y “qué son los servicios de salud” (número 3 y número 4), las respuestas fueron mejores tras la formación, pero no con un valor estadísticamente significativo. Esto pudo ocurrir, debido a que las soluciones de dichas preguntas tenían una

dificultad mayor, las diferentes opciones de respuesta buscaban la duda del alumnado, generando diversos errores en las contestaciones de los/as participantes.

- Respecto a las preguntas de formación en estadística, preguntas 9 y 10, sí que se observa una tendencia en la mejora de los conocimientos en la número 9, si bien la número 10 mostraba un error generalizado debido a la complejidad del tema. Ello pudo deberse a que, pese a la explicación de la materia, es necesario más tiempo en formación para entender conceptos con esa complejidad y que quizás se impartió demasiada información- en un tiempo tan limitado sobre un tema que no trabajan en su día a día.

Con respecto a la segunda sesión, tres de las preguntas no mostraron mejoría estadísticamente significativa en sus respuestas tras la sesión formativa:

- La cuestión referente al “servicio de dispensación farmacéutica” (pregunta número 1), buscaba cuál de las siguientes actividades no formaba parte de esa acción. La respuesta correcta era “farmacovigilancia”, la cual forma parte de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales, pero no estando incluida en el servicio de dispensación. Al hacer un repaso de todos estos servicios, y nombrar a este último, parece que resultó confuso a los participantes, que no mejoraron la respuesta tras la explicación. Esto también nos revela el peligro que puede existir, ya que estos profesionales no conocían la importancia de este servicio, que previene y actúa ante los efectos adversos de los medicamentos (en ocasiones mortales).

- Sobre las preguntas sobre antibióticos “consejos al dispensar Cotrimoxazol”

y sobre “indicaciones de la nitrofurantoina” incrementaron los aciertos tras la formación, pero no estadísticamente significativo. Esto pudo ser debido a los muchos conceptos y antibióticos repasados, generando algo de duda en el alumnado. Esto pone en evidencia la importancia de mejorar y seguir la formación continuada; sobre todo con el objetivo de perfeccionar las dispensaciones de medicamentos de alta rotación en las farmacias de GB, como son estos dos antibióticos - cotrimoxazol y nitrofurantoina.

Además, en esta segunda jornada, las respuestas contestadas fueron menos que los cuestionarios realizados, esto indicó que quizás el tiempo no fue suficiente para este test, puesto que paso tanto antes de la formación como después. Por último, en la tercera jornada, se observó el impacto positivo en los conocimientos; todas las preguntas, menos la número 5, incrementaron sus respuestas correctas tras la formación y de manera estadísticamente significativa. Con respecto a esta excepción, dicha respuesta correcta era compleja, puesto que otra de las afirmaciones era muy similar y llevó a confusión entre los participantes que parte de ellos resolvieron, pero no con estadísticamente significativo.

Por lo común, aquellas preguntas más directas o de características más generales obtuvieron mejores resultados. Cuestiones relacionadas con la estadística y SPFA, con los cuales no están tan familiarizados, obtuvieron peores números. También, se evaluó la satisfacción de manera global respecto a todo el curso. La satisfacción, además de un buen indicador de datos obtenidos es un índice de calidad y una actividad bien ejecuta-

da. Esto es imprescindible si se busca un impacto, puesto que, si el alumnado no se encuentra contentos con el curso, no existirá repercusión en la práctica²⁵. El grado de satisfacción conseguido fue de un 85%, muy similar a los valores obtenidos en otro estudio ya citado, el de Andrés et al²⁴ que fueron del 90% y del 85%. Los ítems más valorados fueron que “El curso proporciona conocimientos adecuados y actualizados” con 3,7 y “El curso es útil para la actividad profesional diaria” con 3,7. Ambas afirmaciones, así como las sugerencias, hacen ver que el alumnado tenía una cierta ilusión en prolongar el aprendizaje y que este podía tener un efecto significativo en la práctica diaria en las farmacias.

En contraposición, la peor evaluada fue “A pesar de las diferencias lingüísticas, fue fácil entender y seguir la clase”. Esto puso en evidencia que, aunque las jornadas fueron impartidas en portugués, no era la lengua nativa de los docentes, así como que tampoco era la lengua primaria del alumnado (aunque todos hablasen portugués) y causó algún problema de entendimiento.

Implementación

El uso de la técnica del paciente simulado ha estado en debate durante muchos años desde la investigación farmacéutica. Si bien, en las últimas décadas este método ha incrementado su popularidad exponencialmente mayoritariamente en los países más desarrollados, aunque en los países del sur global (y el este africano) este ha sido utilizado también en numerosos experimentos. Esta técnica ha sido validada por diversos estudios e instituciones internacionales y calificada como fiable, útil y versátil y de los mejores métodos para estudiar la

atención farmacéutica²⁶⁻²⁸. Así mismo, este método evita el temido efecto Hawthorn, debido a que los trabajadores desconocen quien es el paciente simulado. Este efecto analiza el hecho de que los números obtenidos ante un estudio no se deben a razones experimentales, sino a que los individuos estudiados son conscientes de que forman parte de una investigación en la que se evalúa sus actos, es decir, un más alto rendimiento, motivación y actitud del que realmente pueden tener sin estar bajo dicho foco de estudio²⁹. Además, el hecho de que el paciente simulado sea presencial (y no mediante otras vías, como la telefónica) también es valorado positivamente como el “método de oro”³⁰.

Para hacer una aproximación de la realidad de los países vecinos se citarán a continuación dos estudios que explican algo de la realidad: un experimento con paciente simulado en Nigeria³¹ observó que la atención farmacéutica frente a la diarrea aguda en niños fue deficitaria y, en Ghana en 2012, Stanton³² concluyó, gracias al paciente simulado también, que el sistema de dispensación de ciertos medicamentos si fuese más controlado haría que la atención farmacéutica y la calidad de las drogas dispensadas fuese mejor.

En esta investigación, gracias al estudio del paciente simulado, se sabe que la implementación de los protocolos de dispensación fue claramente mayor en los farmacéuticos y técnicos que se formaron, pero no estadísticamente significativa, probablemente por la baja implementación de los protocolos en las farmacias en las que algún trabajador asistió a las formaciones.

Uno de los motivos por los que se pudo

deber este resultado fue por la baja muestra de las farmacias visitadas, como además señaló un estudio del pasado año (2022) por Boura et al²⁷. También porque en los resultados no se cumplen las condiciones del cálculo del tamaño muestral, la variabilidad de las DE es muy grande.

Adicionalmente, diversos experimentos ya mostraron la dificultad de cambiar la práctica profesional, de manera general, como también se observó en el presente estudio y otros similares llevados a cabo^{29,33,34}. Esto llevó a plantear que la formación continuada tiene que partir también de programas coordinados con las instituciones gubernamentales y no solo de los propios profesionales o actores externos (como este equipo investigador)²³.

Además, a pesar de la satisfacción e interés con que asistieron al curso, faltaba una motivación concreta por parte de los participantes. La ausencia de mejora económica o carrera profesional (pese a poseer nuevas capacitaciones) pudieron también influir en la pequeña implementación de estos nuevos servicios²².

Otro de los problemas que pueden encontrarse es la recogida de información tras la consulta por parte del paciente simulado si ocurre tras un espacio temporal. En el caso de este estudio se ha minimizado al máximo la posibilidad de pérdida o cambio de información tras ser registrados los datos inmediatamente después de realizada la visita. Werner y Benrimoj³⁵ sugirieron el uso de grabaciones de audio en las visitas como un requisito; pero en este experimento se ha creído prescindible, puesto que esto puede plantear algún problema ético²⁷.

Asimismo, de manera global, hasta

donde llega este estudio, no se han encontrado antecedentes en países del este africano que trabajen los dos ejes vistos en este trabajo simultáneamente. Aunque son varios trabajos, en estos países, los que reforzaron la idea de que profesionales mejor formados hacen intervenciones más acertadas, aquí algunos ejemplos:

- Un estudio en Nigeria con paciente simulado, el pasado año (2022), concluía la necesidad de mejorar la educación continua para poder obtener mejores resultados en atención farmacéutica y que aquellos farmacéuticos con más formación ofrecían un servicio mejor³⁶.

-En Egipto, el pasado 2019, Abdelaziz et al³⁷ realizaron una investigación con paciente simulado y la dispensación de antibióticos en farmacias. Los datos obtenidos mostraron que la dispensación era inadecuada y anima a “adoptar medidas multifacéticas para abordar este problema (...) e inversión en educación y formación farmacéutica”.

-En el 2015 en Ghana, tras un estudio con paciente simulado, Friedman et al³⁸ recalcaron la complejidad de modificar las prácticas reales, aunque hubo una mejoría en los conocimientos de los empleados de salud tras la implantación de una nueva herramienta para los profesionales.

En el ámbito internacional, abundantes y exhaustivos estudios reafirman lo que en estos países del sur global se estudió: a mejor formación del profesional de salud, mejor será su atención farmacéutica³⁹; hecho que, además, en dicha investigación también tiene una diferencia estadísticamente significativa, puesto que a aquellas farmacias que algún trabajador acudió a las sesiones actuaron de mejor manera tras las sesiones.

Limitaciones

El proceso de revisión bibliográfica y de búsqueda de información relativa al contexto temático de este trabajo no ha sido una tarea muy fácil, por el complejo acceso a la información oficial o gubernamental o la inexistencia de recursos para buscar ciertos datos. Parte de las referencias encontradas no estaban actualizadas y alguna fuente no era oficial, así como varios Ministerios comparten sus actualizaciones por Facebook.

Con respeto a las sesiones formativas, la limitación mayor fue no contar con medios económicos, puesto que en GB muchas formaciones para profesionales o ciudadanos los gastos de desplazamiento y las dietas son costeadas por los entes formativos, por ello en este caso supuso un esfuerzo económico para los participantes. Asimismo, la OFTEC-GB ayudó en dos de las sesiones con el tentempié de media mañana, puesto que formaciones similares suelen proveerse de algún refrigerio. Además, para las mujeres interesadas, su asistencia fue un empeño mayor, debido a la carga familiar que suele recaer en estas.

Con relación a los pre y post test, se han identificado dos limitaciones. La primera, la barrera lingüística, tanto en términos de complejidad (por ejemplo, por vocabulario más científico), bien como sintaxis (en alguna ocasión decían no entender las preguntas). En segundo lugar, la falsa creencia de que era un examen; aunque se explicara la función de ellos y se repitiera en reiteradas ocasiones a lo largo de la realización de estos que no era algo que calificara y que no había resultados negativos ni positivos. De hecho, se recogieron menos cuestionarios cumplimentados que el total de asistentes en cada sesión formativa, lo que

indica que varios de ellos tuvieron problemas para contestar.

También es significativo añadir el carente planeamiento temporal de la ejecución del post test, ya que es recomendable hacerlo a los 10 días posteriores de la realización de las sesiones formativas, para que se puedan generar los mapas neuronales, por tanto, una real ganancia de los de los conocimientos y no una simple repetición de lo visto en cada formación. Esto no ha sido posible, debido al escaso tiempo en terreno restante y por cómo fueron diseñadas la consecución de las jornadas en sí sin grandes intervalos entre ellas (jornada 1 día 4, jornada 2 en el día 11 y jornada 3 cierre en el día 18).

Con respecto al trabajo de investigación, en el caso de los ciudadanos que ejercieron de paciente simulado todo fue menos fluido de lo esperado, quizás por la falta de experiencia en el terreno del equipo. Y la muestra de farmacias visitadas fue baja, debido al alto coste económico de cada visita.

CONCLUSIONES

El conocimiento inicial sobre los conceptos de atención farmacéutica y el procedimiento protocolizado de dispensación de medicamentos según Foro era bajo, y aumentó muy significativamente tras las tres sesiones del curso de capacitación.

El grado de satisfacción de los alumnos con el curso fue alto, superándose en todos los ítems de la encuesta la puntuación de 3 excepto en la tercera, debido a la dificultad de algunos para seguir las explicaciones en portugués de los ponentes.

La técnica del paciente simulado permitió evaluar de forma realista los lo-

gos tras el programa de formación de dispensación en los profesionales del medicamento en el país.

La implementación de los protocolos de dispensación fue escasa, pero significativamente mayor en las farmacias de los profesionales formados en el curso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de España. Ministerio de Asuntos Exteriores UE y Cooperación. [Internet]. Guinea Bissau. Ficha del país. 2021. [Consultado 02/08/2023]. Disponible en: www.exteriores.gob.es.
2. Salla MR, Sá E, Ferreira PASC, de Melo NA. The relationship between basic sanitation and public health in Bissau, Guinea-Bissau. *Saúde e Sociedade*. 2019;28(4):284-96. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/NQHB8CG7BSfMZkKQjYV9XZj/abstract/?lang=en>.
3. Silva CL da, Sampa PJ. A Língua Portuguesa na Guiné-Bissau: Influência do Crioulo e a Identidade Cultural no Português. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*. 2018; (31):231-47. DOI:10.31492/2184-2043.RILP2017.31/pp.231-247.
4. UNIOGBIS – Gabinete integrado das Nações Unidas para a consolidação da paz na Guiné-Bissau. Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau. 2017.
5. AFPLP - Associação de Farmacêuticos dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Membros da AFLP. 2018. [Consultado 9/8/2023]. Disponible en: <https://www.afplp.org/?page=news&articleID=389&categoryID=75>.
6. Radio Sol Mansi. Guiné-Bissau com escassez de farmacêuticos com curso superior. 2020. [Consultado

9/8/2023]. Disponible en: <https://www.radiosolmansi.net/index.php/Nacional/guine-bissau-com-escassez-de-farmaceuticos-com-curso-superior.html>.

7. Silva AP, Cardoso P, Neves C, Ferrinho P. Função “Recursos Humanos” No Sector Da Saúde Da Guiné-Bissau. Ponto de situação & Recomendações de acções e objectivos a integrar num segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2012. 2007.

8. AFPLP. Atividades da OFTEC-GB. 2020. [Consultado 9/8/2023]. Disponible en: <https://www.afplp.org/?page=news&articleID=504&categoryID=6>.

9. AFPLP. Primeira reunião oficial da OFTEC-GB. 2020 [Consultado 9/8/2023]. Disponible en: <http://www.afplp.org/?page=news&articleID=452&categoryID=6>.

10. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Salud Pública - Prevención y Promoción - Promoción de la salud - Formación – Introducción. [Consultado 9/8/2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>.

11. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Regional guidelines for continuing medical education (CME)/Continuing professional development (CPD)† activities. 2010. [Consultado 8/8/2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/205767>.

12. OMS. Academia de la OMS. [Consultado 4/8/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-academy>.

13. Formación continuada, una necesidad. El Farmacéutico. 2016 [Consultado 10/8/2023]. Disponible en:

https://www.elfarmacéutico.es/tendencias/te-interesa/formacion-continuada-una-necesidad_106952_102.html.

14. Formación continua y recertificación, necesaria aunque voluntaria. Diario Farma. 2018. [Consultado 10/8/2023]. Disponible en: <https://diariofarma.com/2018/10/04/formacion-continua-y-recertificacion-necesaria-aunque-voluntaria>.

15. Marichu Rodríguez recuerda en INFARMA 2012 que “es necesario adaptar la formación del profesional a las necesidades de la farmacia asistencial” [Internet]. SEFAC. 2012 [Consultado 21/8/2023]. Disponible en: <https://www.sefac.org/sefac-al-dia/marichu-rodriguez-recuerda-en-infarma-2012-que-es-necesario-adaptar-la-formacion-del>.

16. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid; 2019.

17. González D, Acuña A, Castillo A, Fornos JA, Andrés JC, Andrés NF, et al. Implementación de procedimientos de indicación y dispensación en farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra tras una acción formativa. Técnica del paciente simulado. Pharm Care Esp. 2011;13(3):104-13.

18. Boura F, Al-Tabakha M, Hassan N, Darwich M. Critical appraisal of simulated patient methodology to assess the practice of community pharmacist in the Middle East and North Africa region: A systematic review. Pharm Pract (Granada). 2022;20(3):2701. DOI: 10.18549/PharmPract.2022.3.2701.

19. Kunow C, Langer B. Using the Simu-

- lated Patient Methodology in the Form of Mystery Calls in Community Pharmacy Practice Research: A Scoping Review Protocol. *Pharmacy (Basel)*. 2023;11(2):47. doi: 10.3390/pharmacy11020047.
20. Banco Mundial. PIB per cápita, PPA (\$ a precios internacionales actuales) - Sub-Saharan Africa Data. 2023. [Consultado 21/8/2023]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=ZG>
21. Pharmacy Council of Nigeria. Education and training. [Consultado 21/8/2023]. Disponible en: <https://www.pcn.gov.ng/education-and-training/>.
22. Ekpenyong A, Udoh A, Kpokiri E, Bates I. An analysis of pharmacy workforce capacity in Nigeria. *J Pharm Policy Prac*. 2018;11(1):1-9. DOI: 10.1186/s40545-018-0147-9.
23. Shamim S, Rasheed H, Babar ZUD. Continuing professional development for pharmacists in three countries with developing health systems. *Curr Pharm Teach Learn*. 2021;13(5):471-8. DOI: 10.1016/j.cptl.2021.01.002.
24. Ceballos JM, Madrigal-Cadavid J, Amariles P. Programas e intervenciones educativas ofrecidas al personal farmacéutico para mejorar la prestación de los servicios asistenciales farmacéuticos: una revisión estructurada. *Salud UIS*. 2021;53. DOI: 10.18273/saluduis.53.e:21010.
25. Andrés NF, Andrés JC, Fornos JA, Acuña A, Vérez N. Evaluación de la mejora de conocimientos y grado de satisfacción tras una acción formativa en cuidados farmacéuticos. *Acta Farmacêutica Portuguesa*. 2012;1(2):19-30. Disponible en: <https://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/issue/view/3>.
26. Watson MC, Norris P, Granas AG. A systematic review of the use of simulated patients and pharmacy practice research. *Int J Pharm Pract*. 2006;14(2):83-93. DOI: 10.1211/IJPP.14.2.0002.
27. Boura F, Al-Tabakha M, Hassan N, Darwich M. Critical appraisal of simulated patient methodology to assess the practice of community pharmacist in the Middle East and North Africa region: A systematic review. *Pharm Pract (Granada)*. 2022;20(3). DOI: 10.18549/PharmPract.2022.3.2701.
28. Collins JC, Chong WW, de Almeida Neto AC, Moles RJ, Schneider CR. The simulated patient method: Design and application in health services research. *Res Soc Adm Pharm*. 2021;17(12):2108-15. DOI: 10.1016/j.sapharm.2021.04.021.
29. Ortega A. ¿Qué es el Efecto Hawthorne?. [Consultado 20/8/2023]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/social/efecto-hawthorne>.
30. Kunow C, Langer B. Using the Simulated Patient Methodology in the Form of Mystery Calls in Community Pharmacy Practice Research: A Scoping Review Protocol. *Pharmacy*. 2023;11(2):47. DOI: 10.3390/pharmacy11020047.
31. Ogbo PU, Aina BA, Aderemi-Williams RI. Management of acute diarrhea in children by community pharmacists in Lagos, Nigeria. *Pharm Pract (Granada)*. 2014;12(1). DOI: 10.4321/s1886-36552014000100002.
32. Stanton C, Koski A, Cofie P, Mirzabagi E, Grady BL, Brooke S. Uterotonic drug quality: an assessment of the potency of injectable uterotonic drugs purchased by simulated clients in three districts in Ghana. *BMJ Open*. 2012;2(3). DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000431.

33. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157(4):408-16.
34. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *J Am Med Assoc*. 1999;282(9):867-74. DOI: 10.1001/jama.282.9.867.
35. Werner JB, Benrimoj SI. Audio Taping Simulated Patient Encounters in Community Pharmacy to Enhance the Reliability of Assessments. *Am J Pharm Educ*. 2008;72(6). DOI: 10.5688/aj7206136.
36. Segun SJ, Damilola LS. Drug therapy-related problem management in Nigeria community pharmacy – process evaluation with simulated patient. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1-13. DOI: 10.1186/s12913-022-07535-z.
37. Abdelaziz AI, Tawfik AG, Rabie KA, Omran M, Hussein M, Abou-Ali A, et al. Quality of Community Pharmacy Practice in Antibiotic Self-Medication Encounters: A Simulated Patient Study in Upper Egypt. *Antibiotics*. 2019;8(2):35. DOI: 10.3390/antibiotics8020035.
38. Friedman W, Woodman B, Chatterji M. Can mobile phone messages to drug sellers improve treatment of childhood diarrhoea? - A randomized controlled trial in Ghana. *Health Policy Plan*. 2015;30(Suppl.1):i82-92. DOI: 10.1093/heapol/czu122.
39. Weiss MC, Booth A, Jones B, Ramjeet S, Wong E. Use of simulated patients to assess the clinical and communication skills of community pharmacists. *Pharm World Sci*. 2010;32(3):353-61. DOI: 10.1007/s11096-010-9375-z.