

**Universidad de Granada
Facultad de Farmacia**

Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial



**Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e
implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la
farmacia comunitaria española.**

Tesis Doctoral

Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Diciembre 2005

© Miguel Ángel Gastelurrutia

ISBN: 84-338-3749-4

Depósito legal: Gr. 126 - 2006

Primera edición.
Madrid, 2006

Edita: Editorial de la Universidad de Granada
Ergon

Imprime: Universidad de Granada
Ergon

**Elementos facilitadores y dificultades para la
diseminación e implantación de servicios cognitivos
del farmacéutico en la farmacia comunitaria española.**

**Memoria que presenta D. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda
para aspirar al grado de doctor**

La Directora de la Tesis

**Prof^a. Dra. María José Faus
Dáder**

El Director de la Tesis

El Director de la Tesis

**Dr. Fernando Fernández-Llimós
Somoza**

**Prof. Dr. S. I. (Charlie)
Benrimoj**

Ldo: Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

**D^a. María José Faus Dáder, Doctora en Farmacia, Profesora Titular de
Universidad,**

CERTIFICA:

**Que D. Miguel Angel Gastelurrutia Garralda,
ha realizado el trabajo de investigación
titulado “Elementos facilitadores y
dificultades para la diseminación e
implantación de servicios cognitivos del
farmacéutico en la farmacia comunitaria
española” bajo mi dirección y que la
presente memoria corresponde fielmente a
los resultados obtenidos.**

**En cumplimiento de la normativa vigente,
me complace informar favorablemente la
presentación de esta Tesis Doctoral ante el
tribunal que se designe.**

Granada, diciembre de 2005.

**Mr. S. I. (Charlie) Benrimoj, Doctor en Farmacia, Profesor Titular de
Universidad,**

CERTIFICA:

**Que D. Miguel Angel Gastelurrutia Garralda,
ha realizado el trabajo de investigación
titulado “Elementos facilitadores y
dificultades para la diseminación e
implantación de servicios cognitivos del
farmacéutico en la farmacia comunitaria
española” bajo mi dirección y que la
presente memoria corresponde fielmente a
los resultados obtenidos.**

**En cumplimiento de la normativa vigente,
me complace informar favorablemente la
presentación de esta Tesis Doctoral ante el
tribunal que se designe.**

Granada, diciembre de 2005.

D. Fernando Fernández-Llimós Somoza, Doctor en Farmacia,

CERTIFICA:

Que D. Miguel Angel Gastelurrutia Garralda, ha realizado el trabajo de investigación titulado “Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española” bajo mi dirección y que la presente memoria corresponde fielmente a los resultados obtenidos.

En cumplimiento de la normativa vigente, me complace informar favorablemente la presentación de esta Tesis Doctoral ante el tribunal que se designe.

Granada, diciembre de 2005.

A mi princesa ausente

Agradecimientos

Realizar una tesis doctoral supone recorrer un camino largo, difícil y complejo, que sólo es abordable con grandes dosis de ilusión, apoyo y ayuda exterior.

Esta dificultad intrínseca al tipo de trabajo que supone la realización de una tesis doctoral, se acrecienta cuando se atraviesan situaciones personales complejas que suponen iniciar una nueva andadura, perder parte del pasado, reubicar recuerdos y sentimientos, reencontrarse con uno mismo, afrontar altas dosis de incertidumbre, acompañarse en muchas ocasiones de la soledad, reconocer los buenos amigos, enfrentarse a nuevos retos personales y profesionales... ¡en fin!... ¡reiniciar una nueva vida!.

Por ello quiero agradecer, no como una obligación o un compromiso, sino porque siento la necesidad de hacerlo, a mis amigos, los de siempre y los que he conocido gracias a la preparación de esta memoria; a todos aquellos que me han ayudado, apoyado y animado, en los momentos más difíciles que, por otra parte y debido a la complejidad de la realización de una tesis y a mi situación personal, han sido muchos.

En especial:

- A mi madre, que me abandonó pronto, cuando comenzaba mis estudios universitarios y no era sino un boceto de farmacéutico; sin embargo ha sido la persona que más ha influido en mi vida.
- A mi padre, que después de sufrir y padecer las dificultades por las que en los últimos años he pasado en lo personal, y de ver cómo al final su hijo salía adelante y se enfrentaba a su mayor reto personal, la elaboración de su querida tesis doctoral, se fue antes de que yo pudiera defenderla. ¡Sé la ilusión y el orgullo que hubiera sentido de estar hoy aquí!
- A mis hijas Paloma, Elena y Blanca. ¡Sois lo que más quiero en el mundo!
- A mis hermanos, especialmente a Maite, que más que una hermana, estos últimos años, ha sido casi una madre para mí.
- A mis amigos donostiarras, que son los que me aguantan y soportan en el día a día y los que mejor conocen mi idealismo y vehemencia e, incluso, como algunos gustan decir, mi inmadurez en ciertos temas. En concreto a Amado y Pilar, José Ignacio y María Luisa, Miguel y Rosi, Patxi y M^a Salud, Ricardo y a mi amigo pamplonés, Javier Garde. Muy especialmente, a Consuelo y Juan

Ignacio, que siempre han estado a mi lado acompañándome en mis momentos de alegría, pero también en los de más soledad, dispuestos a tomar una última copa en mi compañía. A mi amigo Carlos a quien tanto debo, y a mi querida Isabel, la Palomares. También a Xabi y Coro, Ana, Iñaki, Javier y Marimar, Esther, Josean y Mai, Juan Ignacio y Catere, Javier y Loli. Y ¡tantos otros...!

- A Félix que me ha abierto muchas puertas y mundos desconocidos por mí.
- A Alejandro, profesional inquieto y, sobre todo, gran amigo.
- A Sheila, mi camarera preferida, por su paciencia y comprensión en sus horas de escucha paciente, sobre todo, en esos momentos difíciles que siguen a todo un día entre papeles, libros y artículos.
- A Angel Garay, mi asesor en temas jurídicos y legales; a Belén, siempre dispuesta a discutir mis opiniones, a impulsar nuevos proyectos de implantación de servicios cognitivos, y a conseguirme alguna separata difícil de encontrar por mí; a Begoña y a todo el personal administrativo del colegio de farmacéuticos de Gipuzkoa. Gracias por vuestro apoyo y estímulo. Entre todos vosotros me siento como en mi propia casa.
- A Javier Aciar por tus rápidas y profesionales transcripciones. Me evitaste realizar un trabajo largo y tedioso que tú ejecutaste con prontitud.
- A Yoe Ling Chang por tu ayuda con la organización y desarrollo de los Grupos Nominales.
- A Cecilia Escudero. Tu ayuda ha sido fundamental. Tus conocimientos y tu pasión por el mundo cualitativo me abrieron los ojos y me proporcionaron unos conocimientos sin los que esta memoria no habría podido ser realizada. Aunque no figuras oficialmente como codirectora de esta tesis doctoral, tu dedicación y trabajo hacia la misma, con total entrega, sin esperar nada a cambio, te hacen merecedora, cuando menos, de estas líneas de agradecimiento.
- A mis compañeros y colegas de otros países que están realizando investigaciones en el mismo tema, en concreto a Trine Hopp y Ema Paulino. Mención especial merece Alison Roberts que ha sido la punta de lanza de esta investigación a nivel mundial y que ha planteado el modelo y los referentes para el trabajo yo he realizado.
- A Yolanda Aguas, por sus aportaciones en los temas referentes a la formación, asunto sobre el que realizó sus tesis doctoral.

- A Mara Guerreiro y a Filipa Alves da Costa por haberme permitido compartir vuestros amplios conocimientos profesionales, vuestra formación y, sobre todo, disfrutar de vuestra desinteresada amistad.
- A José Martínez Olmos, Pepe, por tu apoyo e interés personal y político en el tema de esta tesis. Espero que las Recomendaciones y las Conclusiones sean de utilidad para el futuro de la farmacia comunitaria española.
- A mis “chicos” de la farmacia de Altza: Rosi, Loli, Yoli, Olatz, Olaia e Igor. Habéis vivido con paciencia mis ausencias, mis silencios, mis retiros casi eternos en el despacho. Gracias porque sin vuestra ayuda tampoco hubiera sido posible la elaboración de la tesis.
- A todos los miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, “chicos” y “grandes”. ¡Todos sois fantásticos!. Un recuerdo a los “grandes”: mi querida amiga y confidente, Laura, la “principal” Isabel, el “exDecano” Fernando y Manolo, el primer maestro de mi hija. Punto y aparte se merecen Fernando y María José “la jefa”, que actúan como directores de esta tesis. ¡Gracias por vuestro apoyo, estímulo y amistad!
- A Pilar, ¡siempre tan alegre y divertida! Sé que cuento con tu amistad y disfruto de tu compañía en mis viajes, rápidos y apresurados, a Granada.
- A los farmacéuticos entrevistados y a los participantes en los dos grupos nominales. No puedo citar sus nombres en aras a la confidencialidad prometida. Sin vosotros este trabajo tampoco hubiera sido posible.

y ...

- Por supuesto a mis directores de esta tesis doctoral, María José, Charlie y Fernando. Habéis creído en mí y eso me honra. Me habéis ilusionado. Me habéis apoyado. Me habéis exigido. ¡Gracias por vuestra dedicación! Vuestra ayuda ha sido en este empeño, como en otros muchos de mi vida en que he tenido la fortuna de colaborar con vosotros, insustituible. Gracias por haber compartido conmigo vuestros conocimientos, pero sobre todo, vuestra humanidad. Gracias, por haberme ayudado con esta ilusionante pero difícil tarea.
- Gracias a todos.

Pero es que cuando tienes miedo a perder...
¡ya has perdido!
Es justamente el miedo a perder lo que te hace perder.

Antoine Filissiadis

SUMARIO

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	7
Servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.....	14
Servicios cognitivos	14
Necesidades de la sociedad con relación a su medicación	21
Barreras y Facilitadores descritos.....	24
Barreras.....	25
Facilitadores	32
Implantación de servicios cognitivos	35
OBJETIVOS.....	47
METODO.....	51
Características	51
Diseño:.....	51
Ámbito:.....	51
Periodo:	51
Población:	51
Técnica	53
Entrevistas semiestructuradas.....	53
Número de entrevistas:.....	54
Lugar de las entrevistas:.....	54
Duración de las entrevistas.....	54
Formato de registro de la información.....	54
Captación de participantes.....	55
Procedimiento de realización de entrevistas.....	55
Guión temático	55
Guión entrevista:	56
Análisis de la información.....	57
Fases del análisis	57
Registro de la información en la entrevista individual.....	57
Transcripción literal de las grabaciones.....	57
Lectura comprensiva de los textos	58
Creación de categorías.....	58
Grupo nominal.....	60
Criterios de selección	60
Estrategas expertos en gestión del cambio.	60
Farmacéuticos comunitarios	61
Metodología del taller de expertos.....	61
Análisis	62
RESULTADOS	67
Entrevistas	67
Funciones y objetivos.....	67
Barreras.....	74
Facilitadores	111
Grupo nominal.....	131
Estrategas expertos en la gestión del cambio	131
Farmacéuticos comunitarios	136

DISCUSIÓN	145
Discusion de la metodología	145
Discusión sobre el proceso de la técnica de entrevista.....	145
Criterios de segmentación.....	146
Discusión sobre el grupo nominal	147
Discusion de los resultados	150
Grupos nominales.....	156
Farmacéuticos Comunitarios	157
Priorización	158
Entrevistas	160
Farmacéutico	160
Falta de aptitud.....	160
Actitud.....	170
Actitud más empresarial que profesional.....	183
Resistencia al cambio	184
Falta de mensajes claros e inequívocos por parte de los estrategas ...	187
Farmacia	191
Falta de pago por los servicios cognitivos	192
Estructura.....	196
Profesion farmacéutica	204
Sistema de retribución	204
Falta de liderazgo	211
Falta de suficiente soporte científico	217
Administración sanitaria.....	220
Colectivo médico.....	223
Pacientes.....	231
Consideración final	235
Recomendaciones	237
CONCLUSIONES	243
BIBLIOGRAFÍA	249

Introducción

El primer paso para poder, es querer.

Ángela Becerra

INTRODUCCIÓN

La farmacia es una profesión que surge en la época de los árabes (alrededor del siglo VIII) cuando, debido a la creciente complejidad que la preparación de los remedios medicamentosos iba adquiriendo, se produce la separación real de los farmacéuticos y los médicos, profesiones que habían estado solapadas hasta entonces¹.

Durante muchos años, la función del farmacéutico fue la de adquirir materias primas, conservarlas y, a partir de ellas, preparar los medicamentos, para que finalmente fueran dispensados al paciente que los necesitaba. La mayoría de los farmacéuticos del siglo XIX eran propietarios de una farmacia de pequeñas dimensiones y en ella dirigían la elaboración de las fórmulas magistrales a partir de las prescripciones realizadas por los médicos. A lo largo del tiempo, los boticarios se habían ido especializando en el conocimiento de las operaciones químicas necesarias para elaborar correctamente las fórmulas y su beneficio económico dependía del número de fórmulas que elaboraban.² Todo el proceso previo al acto final de entrega o dispensación de la fórmula realizada, es decir, la preparación artesanal de los medicamentos, era el trabajo que realizaban los farmacéuticos de la época, (adquisición, custodia, conservación, formulación, elaboración), y era lo realmente importante desde un punto de vista tanto profesional como financiero. Los temores a lo que su desaparición podría suponer, queda muy clara en la siguiente cita de William Procter, profesor de Práctica Farmacéutica en Filadelfia (EEUU), en 1858³:

“... si al farmacéutico se le retira la responsabilidad de la preparación de los medicamentos dejándole sólo el encargo de su distribución, su oficio perderá la mitad de su dignidad y de su importancia, rebajándose al rango de simple tendero”

En efecto, como consecuencia de la revolución industrial, surgió una pujante industria farmacéutica que comenzó a fabricar lo que en un principio se denominaron **específicos**, que pueden considerarse los precursores de las especialidades farmacéuticas. Esto facilitó, y lo sigue haciendo cada vez más, de una manera muy importante, el acceso de la población a un número cada vez mayor de medicamento.

La industrialización de la farmacia convirtió las boticas en centros de dispensación y los laboratorios en productores de medicamentos, desplazando en esta función a las farmacias. Los específicos se introdujeron por muchos caminos, procedentes en su mayoría del extranjero, donde la industrialización estaba más avanzada. También las zonas españolas más industrializadas como Cataluña, Asturias, Madrid y el País Vasco, se incorporaron a la producción de medicamentos industriales elaborados por los laboratorios en ocasiones anejos a la oficina de farmacia. La industria procede por tanto del extranjero o tiene su origen en las farmacias y droguerías que se industrializaron. Las farmacias que no lo hicieron pasaron a desempeñar funciones de dispensación y consejo farmacéutico.⁴

La industrialización no fue del agrado de todos los farmacéuticos ya que se veía, además de como un fenómeno importado, con recelo porque despojaba al farmacéutico de sus funciones y lo reemplazaba por una industria que pondría a la venta sus medicamentos en droguerías y otros establecimientos perdiendo así la función de elaboradores.

Sí hubo algunos farmacéuticos que convirtieron sus farmacias en laboratorios o crearon laboratorios al margen de sus farmacias, pero la mayoría permaneció fiel al modelo que conocía no sumándose a lo que, en aquel momento, parecía una aventura peligrosa. Los específicos se presentaban como el futuro de la farmacia pero muchos farmacéuticos tenían motivos para recelar. Conviene recordar que en aquella época los específicos carecían de la seriedad de las actuales especialidades farmacéuticas. Se trataba de una época de transición en la que se introdujeron muchos medicamentos inútiles y medicamentos secretos a la vez que se rompió el hábito de actuación colegiada de los farmacéuticos mediante la proliferación de anunciantes que indicaban en qué farmacias concretas se podían conseguir uno u otro específico.⁵

Ya en esa época se puso de manifiesto la falta de autocrítica o mejor, del análisis objetivo de una realidad que no era del agrado de la profesión, hecho que más tarde también sucederá en los momentos de cambio actuales. A modo de ejemplo cabe recordar que mientras existía la pugna entre medicamentos industriales y fórmulas magistrales, se publicaron las Ordenanzas de Farmacia de 1860 que sólo se centraban en las garantías que los farmacéuticos debían ofrecer en la elaboración de las fórmulas sin reflejar en absoluto las tensiones existentes.

La Ley del Timbre de 1892 definía los específicos como remedios secretos envasados. En 1893 pasan a ser considerados como medicamentos envasados acompañados de un prospecto informativo. En 1898 se define el específico como “cualquier medicamento de composición desconocida, total o parcialmente, y que se expende en cajas, frascos, botellas o paquetes que expresen el nombre del medicamento, los usos a que se destina y las dosis”. Era una época de confusión ya que el medicamento industrial se presentaba como medicamento secreto y por tanto sanitariamente inaceptable e incluso prohibido. Se observa una vez más que los grandes cambios históricos no se producen de una forma ordenada y responsable sino que se desarrollan en medio del caos y la improvisación.⁶

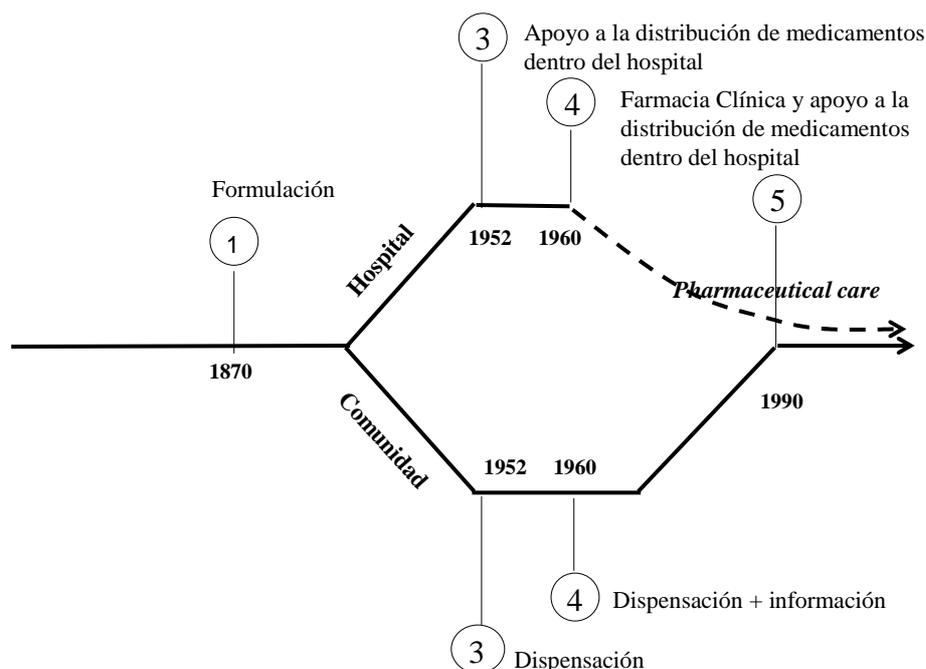
Los específicos se prohibieron en 1919 aunque de manera clandestina se siguieron utilizando durante bastantes años más.

Para adquirir seriedad y ser legalizados, los medicamentos industriales debieron alejarse de sus vínculos con los remedios secretos y convertirse en **especialidades farmacéuticas** que, para su comercialización, necesitaban de autorización previa por parte de las administraciones sanitarias. Finalmente las especialidades farmacéuticas se terminaron por imponer ya que se producían en mayor cantidad y los fabricantes tenían más recursos financieros para investigar y poner en el mercado medicamentos que estaban vedados a las oficinas de farmacias que eran más modestas económicamente.

La consecuencia para el mundo de la farmacia fue la progresiva adaptación del farmacéutico de oficina a este nuevo escenario, orientando su esfuerzo a asegurar a la sociedad la mejor oferta de medicamentos mediante la planificación y ordenación de las farmacias. Así, se conseguía mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a estos establecimientos debido a una amplia distribución geográfica, a un horario continuado mediante el establecimiento de un servicio de guardias que garantizaba la existencia de una farmacia abierta los 365 días del año durante las 24 horas del día y a la presencia de un profesional universitario. También en esta época se creó un sistema de distribución mayorista que ha permitido, y así lo sigue haciendo, que todas las farmacias, independientemente de su volumen, ubicación geográfica y capacidad económica, puedan obtener con rapidez el medicamento necesario en un tiempo muy reducido.

Por su parte en los Hospitales, la farmacia siguió una evolución un tanto divergente, sobre todo cuando allá por los años 60 en los EEUU, y a mediados de los 70 en España, se desarrolló la farmacia clínica⁷. (Figura 1)

Figura 1. Evolución de la Farmacia en el hospital y en la comunidad. Convergencia hacia el *Pharmaceutical Care*. (Modificado de Holland y Nimmo)⁸



La farmacia clínica, con el objetivo de mejorar la efectividad y la seguridad de los tratamientos farmacológicos, se centró en el conocimiento científico del medicamento, su manejo y la optimización de los procesos realizados por los farmacéuticos aunque le faltó una referencia específica a los resultados de la farmacoterapia.⁹

Ya sea en el entorno hospitalario como en el comunitario, la farmacia no pudo sustraerse a la necesidad de abordar las necesidades del paciente respecto a su medicación y, por tanto, hacia los resultados de la farmacoterapia. Por ello era una cuestión de tiempo que se produjera la evolución de la práctica, con la consiguiente convergencia de las diferentes concepciones, desde un proceso de control de la distribución hacia una responsabilidad con los resultados de la farmacoterapia del paciente.

El concepto de Pharmaceutical Care en su sentido moderno fue introducido en 1980: “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 un terapia lo más segura y efectiva posible”.¹⁰

En 1989 Hepler y Strand enfatizaron la importancia de una orientación de la profesión farmacéutica más centrada en los resultados de la farmacoterapia.¹¹ Definieron Pharmaceutical Care como “la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente”.¹² Más tarde, en 1998, Cipolle et al, insistieron en la importancia de relacionar el concepto de Pharmaceutical Care con los resultados de la farmacoterapia definiéndolo como “una práctica en la que el facultativo se responsabiliza de las necesidades de un 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.”¹³

La definición de esta nueva filosofía de la práctica farmacéutica, centrada en mejorar los resultados de la farmacoterapia, supuso un fuerte revulsivo a la comodidad profesional en que estaba sumida la farmacia. Desde ese momento toda la profesión farmacéutica está tratando de orientar su actividad profesional hacia el paciente, independientemente del lugar de trabajo.¹⁴

En España, el concepto Pharmaceutical Care se tradujo en un primer momento como Atención Farmacéutica¹⁵, pero pronto ese concepto se desvirtuó^{16,17}, hasta el punto que fue necesaria la elaboración de un documento de Consenso que fue promovido por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad¹⁸. En este documento además de describir una serie de actividades asistenciales, se define tanto la Atención Farmacéutica como diversos servicios que se realizan en la farmacia comunitaria entre los que se destaca, por su novedad e importancia, el seguimiento farmacéutico personalizado.

* “A practice in which the practitioner takes responsibility for a patient’s drug-related needs and is held accountable for this commitment. In the course of this practice, responsible drug therapy is provided for the purpose of achieving positive patient outcomes”.

Como consecuencia de ese Consenso, la Atención Farmacéutica se define 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”.

El Consenso también define el seguimiento farmacoterapéutico como “la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), 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”. De esta definición se desprende que la actividad que fue definida en 1990 como Pharmaceutical Care¹⁹ es sinónimo del servicio denominado seguimiento farmacoterapéutico²⁰ ya que ambos tienen como objetivo mejorar los resultados de la farmacoterapia mediante la prevención, identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos que surjan a lo largo de la misma.

El problema derivado del mal uso del término Pharmaceutical Care y sus diferentes interpretaciones no es un fenómeno exclusivamente español, sino que ha ocurrido, además de en los EEUU, en otros muchos países.^{21,22,23}

Vistos retrospectivamente, los cambios producidos en la historia, básicamente consistentes en el paso de una actividad de fabricación de medicamentos, a otra época basada en la distribución de medicamentos, hasta llegar a la actividad de atención al paciente (Atención Farmacéutica), representan en realidad distintas series de “profesiones diferentes” unidas tan solo por un nombre común, ‘Farmacia’, y asociadas a un producto común, ‘el medicamento’.²⁴ Parece bastante evidente que la actividad inicial de la farmacia, que consistía en la elaboración de fórmulas magistrales, como profesión tenía poco que ver con una práctica basada en los aspectos distributivos de los medicamentos (industrialización hasta aparición del Pharmaceutical Care). Sin embargo, ambas actividades profesionales tenían algo en común; estaban centradas en el proceso de uso del medicamento ya fuera en una primera fase, fabricándolo en las oficinas de farmacia, ya fuera garantizando el acceso al mayor número de personas el mayor número de medicamentos posible. Sin

embargo, la aparición de una nueva filosofía de la práctica conlleva un cambio de paradigma^{25,26,27,28,29} ya que supone pasar de centrar los esfuerzos de los profesionales en el proceso de uso de los medicamentos a distintos niveles, a orientar toda la actividad hacia la mejora de los resultados de la farmacoterapia^{30,31}.

Se trata, en suma, de pasar de un modelo de ejercicio profesional a otro.³² El modelo antiguo consiste en “dispensar un medicamento al paciente sin errores”, mientras que el nuevo modelo consiste en “ayudar al paciente a hacer el mejor uso de sus medicamentos”.³³

Este salto cualitativo exige al farmacéutico una mayor implicación y responsabilidad en los resultados de la farmacoterapia³⁴. Es fácil comprender la dificultad que entraña un cambio central en las actividades, actitudes y comportamientos relacionados con la práctica profesional diaria, que requieren cambios fundamentales en la práctica³⁵.

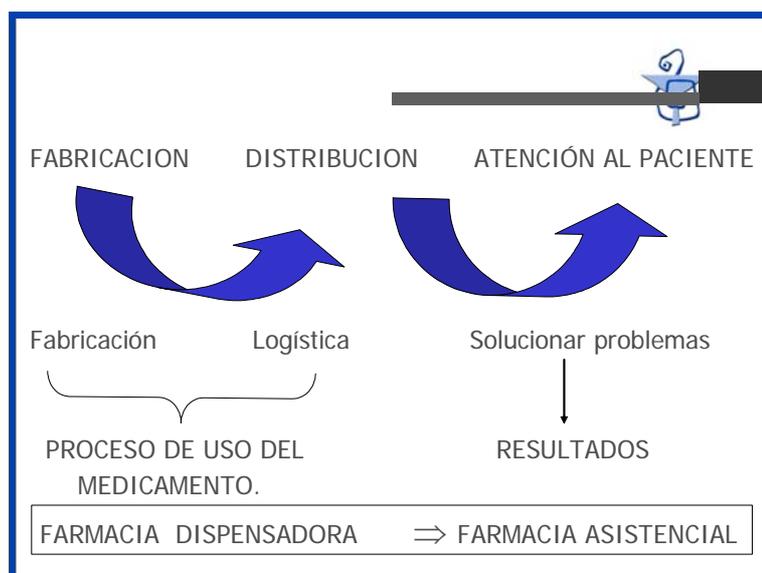
Es bien conocido que hace ya años, fue definido el paradigma SPO (siglas inglesas de Estructura (*Structure*), Proceso (*Process*) y Resultados (*Outcomes*)), como forma de análisis de la actividad médica³⁶ y más recientemente adaptado a la atención farmacéutica³⁷. Este paradigma diferencia entre la estructura (los recursos de que se dispone), el proceso (lo que se hace), y el resultado, que fue definido por Donabedian³⁸ como “el cambio en el estado de salud atribuible a la intervención sanitaria”.

Durante la evolución de la Farmacia Dispensadora hacia lo que denominaremos una Farmacia Asistencial, más orientada al paciente, han ido definiéndose diferentes servicios que han venido en denominarse Servicios Cognitivos³⁹.

Paralelamente se ha producido, también progresivamente, un cambio en la denominación del establecimiento, pasando de ser denominada Oficina de Farmacia a referirnos a ella como Farmacia Comunitaria.⁴⁰ Este cambio no es una cuestión baladí. La denominación de Oficina de Farmacia, hace referencia al local (oficina) y a las actividades que en su interior se realizan (gestión y administración). Por el contrario, el nombre de Farmacia Comunitaria supone un salto hacia el exterior, hacia el paciente y hacia la comunidad en la que la farmacia se integra y a la que sirve.⁴¹ Todo ello al margen de que cualquier búsqueda bibliográfica exige el término “*community pharmacy*”.

En la figura 2 se muestra un esquema de las diferentes etapas históricas de la Farmacia Comunitaria incidiendo en el cambio que supone pasar de una Farmacia Distribuidora a una Farmacia orientada al Paciente.

Figura 2. Diferentes etapas en la historia de la Farmacia Comunitaria y objetivos fundamentales en cada una de ellas.



Servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.

Servicios cognitivos

La falta de precisión en los nombres es una situación habitual en la práctica e investigación relacionada con la Farmacia Comunitaria, tal como sucedió con el propio nombre de Atención Farmacéutica⁴² en España. Este hecho no es exclusivo de España, sino que, como se ha dicho más arriba, también ocurre en otros países referido al mismo concepto de Pharmaceutical Care.^{43,44,45} Por ello, algunos autores tienen que matizar que, aunque ciertos servicios se denominen con diferentes nombres, en muchas ocasiones describen prácticas intercambiables.⁴⁶ Sin embargo, es importante denominar a cada actividad por su nombre. Hay autores que afirman que la implantación de la Atención Farmacéutica no triunfará si cada organización farmacéutica o cada farmacéutico a título individual se permite definirlo según sus conveniencias a corto plazo o según sus agendas e intereses de política profesional.⁴⁷

Cipolle et al.⁴⁸ al realizar un análisis del concepto subyacente bajo el término servicios cognitivos afirman que es difícil determinar cuando éste aparece por primera vez aplicado a la farmacia, a la vez que repasan diferentes definiciones del mismo. Llegan a la conclusión que bajo el nombre de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, se incluye un grupo amplio de diferentes actividades que se realizan en la misma. Entre ellos incluyen, por citar algunas, la provisión de consejo farmacéutico, el ofrecimiento de educación e información técnica, la revisión de la medicación, los programas de gestión de la enfermedad (DSM) o el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Hay autores⁴⁹ que asimilan el concepto de servicios cognitivos, de una manera general, al de servicios de valor añadido en Atención Farmacéutica, incluyendo entre estos, el tradicional consejo farmacéutico, programas específicos de gestión del estado de la enfermedad, y servicios de prevención y detección de patologías diversas.

Para Roberts et al.⁵⁰, servicios farmacéuticos cognitivos son aquellos “servicios ofrecidos por farmacéuticos, en los que utilizan su conocimiento y pericia para mejorar la farmacoterapia y la gestión de la enfermedad, mediante la interacción con el paciente o con otro profesional sanitario cuando ello sea necesario”.

Otros autores señalan que los servicios cognitivos son aquellos que ayudan a asegurar que la terapia del paciente es apropiada, segura, efectiva y conveniente y los dividen en: (1) Pharmaceutical Care, incluyendo aquí programas de gestión del estado de la enfermedad, (2) acuerdos de colaboración práctica de farmacéuticos con médicos y (3) Servicios dirigidos por farmacéuticos, haciendo referencia a situaciones en las que la terapia efectiva es crítica.⁵¹

En resumen se podría afirmar que servicios cognitivos del farmacéutico son aquellos servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar bien el proceso de uso de los medicamentos o bien los resultados de la farmacoterapia. Podría decirse que existen dos tipos servicios cognitivos, unos centrados en el proceso de uso de medicamentos y otros centrados en la evaluación de los resultados de la farmacoterapia:

- Servicios cognitivos orientados al proceso. Fundamentalmente basados en mejorar el proceso de uso del medicamento.
- Servicios cognitivos orientados a los resultados. Son aquellos servicios cognitivos orientados fundamentalmente a analizar y evaluar los resultados de la farmacoterapia. También han sido denominados Servicios Cognitivos Avanzados.⁵²

A modo de ejemplo no exhaustivo, en la tabla 1 se describen algunos servicios cognitivos.

Tabla 1. Servicios Cognitivos en la Farmacia Comunitaria.

Servicios cognitivos en la Farmacia Comunitaria	
Servicios Cognitivos orientados al Proceso	Servicios Cognitivos orientados a Resultados
Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). Programas de mantenimiento con Metadona. Cribados. Indicadores: Presión Arterial, Peso y talla, Química seca Dispositivos de ayuda al cumplimiento Educación para la Salud Consejo farmacéutico Revisión de la medicación Formulación Magistral Mejora continua de la calidad ^(*)	Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) Farmacovigilancia Gestión de la medicación (DSM) Seguimiento Farmacoterapéutico
(*): Se incluye como servicio porque supone una mejora en todos los procesos de la farmacia que redundan en una mejora de los servicios prestados.	

El farmacéutico comunitario está ofreciendo de manera rutinaria diferentes servicios profesionales que pueden ayudar al cribado de ciertas patologías y al seguimiento de los tratamientos, mediante medidas de presión arterial, colesterol, hemoglobina glicosilada o determinación del INR entre otros. También se implica, con éxito, en la terapia sustitutiva con nicotina^{53,54} que supone, además de la instauración de un tratamiento, el posterior seguimiento y la evaluación de los resultados alcanzados.

Cada vez hay más evidencia científica de la mejora de los resultados clínicos y económicos cuando el farmacéutico se involucra en consultas de anticoagulación.⁵⁵ Esta práctica actualmente no tiene implantación en España, pero se trata de un campo en el que el farmacéutico español podría profundizar.

Otro servicio, que el farmacéutico español no se plantea como una posible actividad profesional, pero cuya intervención en otros países ha demostrado grandes beneficios, es el relacionado con las vacunas y su administración en las farmacias,⁵⁶ aunque también en este campo deben superarse ciertas resistencias por parte del colectivo médico.⁵⁷ En los EEUU ya hay 44 estados cuya legislación autoriza esta actividad de los farmacéuticos.⁵⁸

En el Reino Unido algunos de estos servicios se incluyen dentro de una nueva denominación: “servicios mejorados” (*enhanced services*).⁵⁹ Estos servicios constituyen el tercer nivel en el denominado “contrato de la farmacia comunitaria” aplicables a Gales e Inglaterra. Los dos niveles anteriores se denominan: “servicios esenciales” y “servicios avanzados”.

Los servicios esenciales incluyen la dispensación, la dispensación repetida, la transmisión electrónica de recetas, el apoyo a ciertos pacientes en el cumplimiento o adhesión al tratamiento, apoyo a los autocuidados, promoción de estilos de vida saludable, derivación o contacto con otros agentes sanitarios, recogida de medicamentos caducados o no necesarios. Los servicios avanzados por su parte, son aquellos que requieren una acreditación del farmacéutico proveedor, o el cumplimiento de ciertos requisitos específicos para su provisión.⁶⁰

Los servicios mejorados, son servicios comisionados, coordinados y financiados por las Unidades de Atención Primaria locales, (*Primary Care Trusts*) en función de las necesidades específicas de la población atendida, y constituyen la oportunidad que se brinda a los farmacéuticos británicos de desarrollar nuevos roles profesionales.⁶¹ Los 10 servicios que actualmente conforman estos servicios mejorados se muestran en la tabla 2

Tabla 2. Servicios mejorados en Inglaterra y Gales.

“Servicios mejorados”⁽⁶²⁾ (“Enhanced services”) - Inglaterra y Gales -
Administración supervisada de medicamentos prescritos. Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). Suministro a demanda de medicamentos de especial control. Servicios de cesación tabáquica. Atención a centros sociosanitarios. Evaluación de la medicación y apoyo al cumplimiento. Revisión de la medicación. Indicación farmacéutica. Acceso a medicamentos en horarios de urgencia. Prescripción suplementaria.

Uno de los servicios incluidos en la tabla 2 es la denominada “prescripción suplementaria” por el farmacéutico. En ciertos países, este profesional está comenzando a actuar como prescriptor, generalmente de manera coordinada con los médicos utilizando protocolos pactados con ellos.⁶³ Es lo que se denomina prescripción dependiente,⁶⁴ suplementaria^{65,66,67} de la acepción inglesa: “*supplementary prescriber*”, o prescripción en colaboración, según su acepción americana, “*collaborative prescription*”.⁶⁸

Esta actividad ya tiene lugar en países como los EEUU,⁶⁹ el Reino Unido⁷⁰, o Canadá.⁷¹ Este tipo de prescripción se contrapone a la prescripción independiente en la que el médico tiene autoridad suficiente para tomar por sí mismo las decisiones terapéuticas, es responsable de sus resultados y exige altos niveles de conocimiento en el diagnóstico.

Aunque algún autor afirma que la prescripción independiente es la que se realiza en el caso de la indicación,⁷² nosotros pensamos que esto no es así.

El acto de prescribir es la consecuencia de una cadena de acontecimientos que comienza en la anamnesis y exploración del paciente para terminar con un diagnóstico diferencial o sospecha diagnóstica, matizado con criterios de pronóstico.

En la indicación farmacéutica, el farmacéutico, sin realizar ninguna exploración ni anamnesis, descarta causas de remisión al médico (que deberían estar previamente pactadas e incluidas en guías o protocolos). Cuando existen causas de remisión, el farmacéutico no debería indicar ningún tratamiento ya que dichas causas se basan en dos criterios generales:

- El paciente considera como síntoma menor algo que puede no serlo, y si se trata se puede enmascarar un problema de salud más serio.
- El síntoma menor, que de verdad lo es, por ejemplo la tos en una gripe, debido a ciertas situaciones concomitantes que pueden ser fisiológicas o patológicas, requiere una evaluación específica realizada por el médico. Esa tos, en un asmático, requiere auscultación del paciente. Esa misma tos, en un paciente con un tratamiento con un IECA, puede ser la manifestación de un efecto no deseado consecuencia del mismo.

Por tanto pensamos que el farmacéutico no prescribe, sino que indica un medicamento, en su caso, acto clínico de gran importancia para la salud y para el Sistema Sanitario, por otra parte. El término indicación, se acuñó durante el XI Congreso Nacional farmacéutico (Málaga, 1997) por el Grupo Farmacéutico Torcal.⁷³

En la actualidad la atención al paciente se va consolidando como un trabajo en equipo, multidisciplinar, en el que participan y colaboran distintos profesionales de la salud. La prescripción de los medicamentos se puede considerar uno de los subprocesos que componen el proceso general de atención al paciente.⁷⁴ En España, como ocurre en otros lugares del mundo, el personal de enfermería está cada vez más implicado en la prescripción dependiente, de ciertos medicamentos, generalmente de uso crónico.⁷⁵

Parece lógico que también los farmacéuticos, que habitualmente realizan el servicio de indicación farmacéutica y que tienen una buena preparación en farmacología, puedan realizar esta actividad con tanta o mayor justificación que la que tiene el personal de enfermería. Además, las experiencias en otros países demuestran que la prescripción dependiente realizada por farmacéuticos en colaboración con los médicos obtiene buenos resultados clínicos y económicos además de que está aceptada por el cuerpo médico, siempre que se realice de acuerdo a protocolos previamente establecidos con el médico.^{76,77,78}

Por otra parte, y en un intento de potenciar esta práctica, que ya está admitida oficialmente en más de 40 estados de los EEUU, Talley⁷⁹ manifiesta que la población no está familiarizada con la Atención Farmacéutica, pero podría valorar positivamente la capacidad de prescripción del farmacéutico.

En el reino Unido, esta práctica está aceptada desde 2003. Es el médico, como prescriptor independiente quien realiza el diagnóstico e inicia un tratamiento farmacológico. Además para cada paciente se establece un plan de gestión clínica independiente (*Clinical Management Plan*) que contiene los detalles sobre sus problemas de salud y su tratamiento.⁸⁰

El médico es quien evalúa y diagnostica al paciente y determina el objetivo de ese plan. Después debe llegar a un acuerdo con el prescriptor suplementario sobre los límites de la responsabilidad, tanto por la prescripción, como por la revisión de la medicación que están también incluidos en el plan. Ambos profesionales tienen funciones y responsabilidades diferentes, bien definidas:

El médico, prescriptor independiente, es responsable de:

- Realizar la anamnesis y el diagnóstico del paciente, así como determinar los objetivos de su plan de gestión clínica.
- Alcanzar un acuerdo con el prescriptor suplementario sobre los límites de la responsabilidad en cuanto a la prescripción y la revisión de la medicación, que se incorpora al plan de gestión clínica.
- Ofrecer consejo y apoyo al prescriptor suplementario.
- Evaluar los progresos del paciente.
- Compartir la historia del paciente con el prescriptor suplementario.

Los farmacéuticos, como prescriptores suplementarios, deben:

- Realizar las prescripciones correspondientes al paciente de acuerdo con el plan de gestión clínica, y cuando sea preciso, modificar los medicamentos prescritos dentro de los límites predefinidos en dicho plan de gestión.
- Monitorizar los progresos del paciente de acuerdo con sus problemas de salud y los medicamentos que toma.
- Aceptar la responsabilidad tanto profesional como clínica que conlleva la práctica de la prescripción.

Necesidades de la sociedad con relación a su medicación

De todo lo anterior se deduce que los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria constituyen el conjunto de servicios profesionales que la farmacia comunitaria puede ofrecer a la sociedad como consecuencia del cambio de orientación del medicamento hacia el paciente.

En realidad lo que estos nuevos servicios cognitivos van aportando, en muchos casos, son herramientas que ayudan al farmacéutico a atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación. Esta afirmación requiere un análisis ulterior para definir cuales son esas necesidades y si en último término se refieren a la sociedad o a cada paciente como individuo.

No es fácil definir el concepto “necesidad” debido a la inherente complejidad del término, por lo que han sido propuestas muchas definiciones.⁸¹ De hecho, el mundo de la salud tiene una visión sobre qué significan las necesidades, diferente de la que tienen los sociólogos, filósofos o economistas.⁸² La Real Academia Española de la Lengua describe seis acepciones para el término “necesidad” que se muestran en la figura 3.⁸³ Quizás lo importante es aclarar que existe una diferencia entre el concepto de *necesidad* y el de *necesidad de atención sanitaria*.⁸⁴

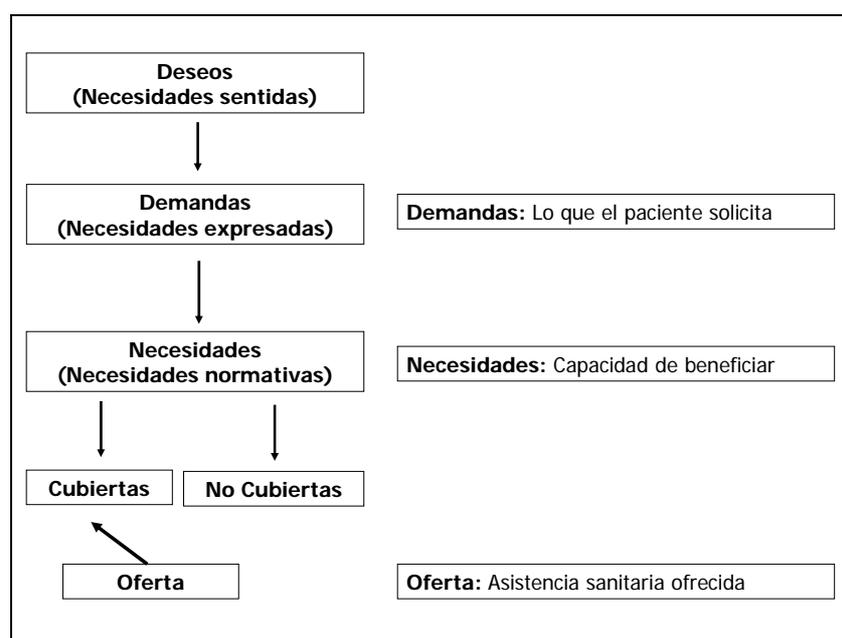
Figura 3. Descripción del término Necesidad por la Real Academia Española de la Lengua

<p>Necesidad.:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) f. Impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido.;(2) f. Aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir;(3) f. Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida;(4) f. Falta continuada de alimento que hace desfallecer;(5) f. Especial riesgo o peligro que se padece, y en que se necesita pronto auxilio;(6) f. Evacuación corporal de orina o excrementos. U. m. en pl.

Bradshaw, a la vez que desarrolló una taxonomía de las necesidades, describió cuatro tipos de necesidad social: (a) Necesidad Normativa (definida profesionalmente y basada en la investigación y en el conocimiento), (b) Necesidad Sentida, (c) Necesidad Expresada y (d) Necesidad Comparativa⁸⁵.

Debido a la falta de recursos, habitualmente las necesidades en salud se diferencian en Necesidades, Demandas y Oferta⁸⁶ (Figura 4). La Demanda hace referencia a lo que el paciente pide; es la necesidad que sienten los pacientes cuando acuden a su médico o a su farmacéutico. El médico de familia tiene un papel de “gatekeeper” en el control de la demanda de servicios sanitarios, y, por ejemplo, las listas de espera se pueden entender como un indicador intermedio y una consecuencia de esta demanda. La demanda de los pacientes por un servicio puede depender tanto de las características del paciente como del interés de los medios de comunicación por el servicio. Es interesante reseñar que la demanda puede también ser influida por la oferta.⁸⁷ La oferta se puede definir como el servicio sanitario ofrecido y va a depender del interés de los profesionales sanitarios, de las prioridades de los políticos y de los recursos disponibles. La evaluación de las tecnologías sanitarias a nivel nacional tratan de evaluar la oferta de nuevos servicios y tratamientos antes de su introducción a gran escala.⁸⁸

Figura 4. Necesidades en salud (Fuente: Wright J. et al.⁸⁹)



El problema que se plantea es que a la hora de evaluar necesidades sólo nos basamos en los servicios existentes⁹⁰. El profesional debería tratar de establecer las necesidades de cada paciente individual. Si la evaluación de las necesidades se propone como un desencadenante para iniciar el cambio en los actuales servicios sanitarios, lo mejor sería desarrollar definiciones que se orienten a la consecución del mayor nivel de salud posible y que sean clínicamente apropiadas para la población a la que se atiende.⁹¹

En relación con la prestación farmacéutica, y si atendemos a los resultados de los estudios sobre satisfacción con las actuales prestaciones, se plantea una supuesta falta de necesidad de implantar nuevos servicios. ¿Para qué ofrecer nuevos servicios cognitivos de la farmacia comunitaria si la sociedad está satisfecha con la oferta de la farmacia comunitaria?. En este sentido, cuando se pregunta la opinión sobre los servicios que actualmente presta la farmacia, la sociedad suele manifestar que está satisfecha. De la farmacia se espera accesibilidad, que tengan el medicamento en stock, un entorno agradable y no tener que esperar mucho tiempo a que le atiendan.^{92,93,94} Esto también ha sido constatado en otros países de nuestro entorno, como es el caso de Portugal.⁹⁵

En España, en el estudio realizado por Sigma Dos⁹⁶, junto a la valoración global positiva que hacen los españoles de la oficina de farmacia a la que acuden habitualmente, es de reseñar “el alto grado de satisfacción con el servicio que se dispensa en las farmacias españolas”. Los aspectos mejor valorados fueron: la profesionalidad, el servicio/atención al usuario, la cercanía y la disponibilidad de medicamentos; todos ellos con una puntuación superior a 8 sobre 10. Entre siete y ocho puntos de media evaluaron otros tres aspectos: la disponibilidad horaria, los consejos/asistencia sanitaria que se les facilita a los usuarios y el servicio de urgencia. Los dos aspectos que reciben la puntuación más baja, si bien se acercan a los siete puntos, son: la relación calidad/precio y el seguimiento de la enfermedad. Este estudio⁹⁷ analiza, como no podía ser de otra manera, la actual farmacia distribuidora. Ya se ha insistido en que, a día de hoy, la actividad principal de la farmacia sigue siendo la dispensación de medicamentos y productos sanitarios.^{98, 99, 100, 101, 102, 103}

Este tipo de estudios puede llevar a conclusiones equivocadas¹⁰⁴. La satisfacción ante un servicio está totalmente condicionada por las expectativas que se tienen sobre el servicio en cuestión. De hecho la satisfacción hace referencia al juicio del consumidor sobre cómo le ha sido ofrecido un determinado servicio. Por tanto, el nivel de satisfacción es el resultado de la comparación del consumidor entre sus expectativas sobre el servicio y el servicio recibido. El espacio entre las expectativas y la experiencia sentida influye radicalmente sobre cómo sentimos y opinamos sobre el servicio, es decir, afecta al grado de satisfacción con el servicio¹⁰⁵. Por ello, los cuestionarios para la evaluación de la satisfacción deben ser diferentes si medimos servicios distributivos o servicios cognitivos.¹⁰⁶ Esto es lo que han hecho Rodríguez y col. cuando han medido conocimiento y satisfacción exclusivamente en torno al seguimiento

farmacoterapéutico.¹⁰⁷ En este estudio, al valorar la práctica del seguimiento farmacoterapéutico, también se encontró un grado de satisfacción elevado, pero en este caso respecto a un servicio cognitivo concreto.

Los usuarios hoy desconocen lo que la farmacia puede ofrecerles. Desconocen que existe un problema de salud pública, muy prevalente, que puede ser evitable en un porcentaje importante¹⁰⁸ y al que el farmacéutico puede hacer frente; además, desconocen que la farmacia, además de proporcionarles el medicamento y aportarles información sobre el proceso de uso de los mismos¹⁰⁹ puede ayudarles a que el medicamento sea efectivo y seguro¹¹⁰. Es bajo este nuevo prisma de práctica farmacéutica donde adquieren su importancia los distintos servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, de los que estamos hablando, y fundamentalmente el **seguimiento farmacoterapéutico**, como servicio básico en la futura práctica del farmacéutico comunitario¹¹¹

Así pues, los servicios cognitivos que la farmacia comunitaria puede ofrecer van a tratar de abordar necesidades no sentidas y por tanto no expresadas, no demandadas. Por ello, es posible afirmar que:

- 1) son nuevos servicios asistenciales y, por desconocidos por la población, no existe demanda. No son, por tanto, necesidades expresadas;
- 2) son desconocidos por los médicos e incluso por la administración sanitaria;
- 3) en algunos casos no han demostrado su efectividad ni su eficiencia.¹¹²

Barreras y Facilitadores descritos.

Todo lo expuesto explica, al menos en parte, que en realidad el proceso de cambio de la farmacia comunitaria está siendo lento.¹¹³ Aunque la mayoría de los farmacéuticos aprueban la filosofía subyacente a la Atención Farmacéutica,^{114,115,116,117} y más concretamente los beneficios de los programas de seguimiento farmacoterapéutico, su implantación generalizada en la práctica diaria es aún minoritaria.^{118, 119, 120, 121, 122,123,124}

En la literatura internacional existen muchos trabajos que analizan las barreras que dificultan, tanto la diseminación como la implantación y posterior sostenibilidad de diferentes servicios cognitivos. Sin embargo también es necesario analizar los posibles elementos facilitadores que puedan ayudar a superar esas barreras. Para ello, es necesario definir conceptos relacionados con la implantación de nuevos servicios como

son el propio concepto de innovación, en qué consiste la diseminación, implantación y sostenibilidad referidos a un nuevo servicio cognitivo, o los conceptos de dificultades o barreras y elementos facilitadores para la superación de dichas barreras.

Innovación es una idea, práctica u objeto que es percibida como nueva por un individuo u otra unidad de adopción.¹²⁵ Por tanto, se puede afirmar que en general, los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, y más concretamente el seguimiento farmacoterapéutico, son sin duda innovaciones en el campo de la práctica farmacéutica.¹²⁶ Se entiende por **diseminación**, la difusión de una innovación que está dirigida y controlada.¹²⁷ En referencia al mundo de la farmacia comunitaria, Benrimoj define la diseminación como “el acto de garantizar que los conceptos que subyacen en el servicio de la farmacia son difundidos y aceptados en todas las áreas de la profesión, con la consecuencia de un grado de implantación del servicio óptimo”.¹²⁸ La **implantación** consiste en el establecimiento, en la práctica, de un servicio cognitivo incluyendo protocolos, procesos, sistemas de documentación y evaluación de resultados, en su caso. La **sostenibilidad** hace referencia al mantenimiento de un servicio a lo largo del tiempo, incluyendo sus sistemas de documentación e indicadores de control, y es un elemento fundamental para confirmar que un servicio puede considerarse implantado. Se define como **barrera**, cualquier tipo de obstáculo (material o inmaterial) que dificulte o impida la diseminación, implantación y/o la sostenibilidad de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. Un **facilitador** es cualquier tipo de elemento (material o inmaterial) que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar la diseminación, implantación y/o sostenibilidad de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.

Barreras

Como el proceso de cambio está siendo lento, ha habido numerosos autores que han estudiado los elementos que dificultan la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria, sobre todo cuando existe un amplio consenso en la importancia de implantar nuevos servicios de Atención Farmacéutica en la farmacia.^{129, 130, 131, 132, 133}

En 1998 Bell et al. analizaron estas barreras en Irlanda del Norte.¹³⁴ Encontraron que consisten fundamentalmente en:

- (1) formación inadecuada,
- (2) orientación excesivamente comercial de los farmacéuticos,
- (3) aislamiento de los farmacéuticos,
- (4) falta de entusiasmo, y
- (5) falta de contacto con los pacientes.

En los Estados Unidos, Penna¹³⁵ describió una serie de barreras para la implantación de la Atención Farmacéutica. Incluyen:

- (1) excesiva orientación comercial hacia el producto,
- (2) falta de orientación hacia la oferta de servicios,
- (3) entorno desfavorable que no facilita la oferta de servicios,
- (4) falta de cooperación con otros profesionales de la salud,
- (5) falta de incentivos,
- (6) barreras logísticas,
- (7) falta de dinero para el desarrollo e ignorancia del farmacéutico.

En ese mismo país, Odedina¹³⁶ ha trabajado sobre los procesos de cambio y tras analizar las barreras en los EEUU llega a las siguientes conclusiones:

- (1) aspecto físico de la farmacia,
- (2) cualificación (formación) del personal,
- (3) orientación comercial de su ejercicio profesional,
- (4) expectativas del paciente,
- (5) falta de cooperación con los médicos,
- (6) falta de herramientas informáticas adecuadas y
- (7) falta de competencia en el sector.

Es clásico el trabajo de van Mil y col.¹³⁷ en el que analizaron las barreras percibidas para la implantación de servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria en once países europeos, incluido España. Los países fueron seleccionados porque en ellos habían tenido lugar intentos activos de implantar dichos servicios. El hallazgo fundamental fue que las dos barreras más importantes eran la falta de tiempo y la falta de dinero, o mejor, la falta de pago por los servicios. En la tabla 3 se muestran las 10 barreras más importantes en valores absolutos, según este estudio.

La falta de remuneración por los servicios es la barrera que se percibe como la más importante con una excepción, España, en la que el dinero no fue citado por los entrevistados. La tabla 4 presenta los resultados de este estudio en España. En las conclusiones generales del trabajo, se recomienda que las sociedades farmacéuticas europeas deberían prestar atención al sistema de remuneración del farmacéutico antes de tratar de implantar Servicios Cognitivos en la Farmacia Comunitaria en sus respectivos países.

Sin embargo, de acuerdo con Roberts y col¹³⁸, la experiencia australiana sugiere que el pago de servicios, por sí solo, no genera ni acelera el cambio, sino que es precisa la interrelación de un número de complejos facilitadores. Por otra parte se señala la importancia de tratar de modificar la actitud de los farmacéuticos ante el cambio de la práctica profesional lo que, de hecho, supondría modificar los currículos universitarios. Aunque en el epígrafe de conclusiones del trabajo de van Mil y col. no se hace referencia a España, si merece ser citada la importancia que los entrevistados españoles dan a la “actitud/opinión de otros profesionales sanitarios” en clara referencia a la opinión de los médicos sobre el trabajo de los farmacéuticos, hasta el punto de que esta barrera ocupa el primer lugar. También es reseñable la referencia a la actitud tanto del titular de la farmacia (2º puesto), como del resto del personal que trabaja en la misma (puesto 11).

Tabla 3

Las 10 barreras más importantes para la implantación de servicios cognitivos en Europa (van Mil et al. ¹³⁹)	
1	Dinero
2	Tiempo
3	Actitud/opinión de otros profesionales
4	Habilidad de comunicación
5	Estructura del Sistema de salud, en general
6	Falta de formación clínica
7	Actitud/opinión del farmacéutico
8	Falta de formación en comunicación
9	Falta de habilidades en gestión
10	Falta de visión sobre el futuro profesional

Tabla 4

Las 12 barreras más importantes para la implantación de servicios cognitivos en España (van Mil et al. ¹⁴⁰)	
1	Actitud/opinión de otros profesionales
2	Actitud del titular
3	Estructura del Sistema de salud, en general
4	Falta de tiempo
5	Falta de programas informáticos
6	Falta de demanda por los pacientes
7	Falta de habilidades en comunicación
8	Orientación de los farmacéuticos hacia el producto
9	Falta de formación clínica
10	Falta de habilidades en gestión
11	Actitud del personal de la farmacia
12	Falta de formación en comunicación

Plaza y Díez¹⁴¹ aunque no realizaron ningún estudio sobre el tema, sí manifiestan sus opiniones sobre las barreras que a su juicio encuentran los farmacéuticos para implantar servicios de Atención Farmacéutica. Los agrupan en tres apartados:

- (1) reticencias de los de los propios farmacéuticos,
- (2) dificultades de comunicación con el resto de los profesionales sanitarios,
- (3) dificultades con los consumidores.

En lo que hace referencia a las reticencias de los propios farmacéuticos, las resumen en: miedo a asumir nuevas responsabilidades; miedo a no disponer de los medios mínimos adecuados (fuentes de información, etc...); limitación de la estructura física de la farmacia; necesidad de formación específica.¹⁴²

En cuanto a las dificultades de comunicación con el resto de profesionales sanitarios distinguen entre las barreras corporativas, más difíciles de superar según estos autores, y las barreras individuales, en las que es más fácil llegar a un entendimiento.¹⁴³

Los consumidores que ya se benefician de estos servicios, los demandan y valoran, pero aún no ha calado en la opinión pública la posibilidad de que el farmacéutico colabore activamente con el usuario en la optimización de la farmacoterapia.¹⁴⁴

Recientemente, Plaza y Herrera¹⁴⁵, han publicado los resultados de un estudio Delphi que aborda estos temas. Los autores enviaron unos cuestionarios a dos grupos de farmacéuticos: uno que ellos consideraron como “expertos en Atención Farmacéutica” en base a unos criterios de selección previamente establecidos y otro de farmacéuticos sevillanos elegidos de manera aleatoria y estratificada.

Todos los entrevistados mencionaron una barrera, la que hace referencia a la ausencia de formación adecuada a las necesidades de la nueva actividad. Según este estudio, los expertos tenderían a un modelo de Atención Farmacéutica ideal, que aún está por llegar y para el que es preciso desempeñar un gran esfuerzo. Las barreras descritas por los expertos son:

- (1) el cambio de mentalidad en el modo de trabajar,
- (2) formación deficiente,
- (3) actitud negativa de los propios farmacéuticos (falta de ganas, incredulidad, miedo al cambio, etc).

Estos expertos no incluyeron la falta de tiempo y la falta de espacio en la farmacia. Por el contrario los farmacéuticos de Sevilla insistieron más en los problemas y carencias, resaltando sobre todo las barreras relacionadas con la estructura. En este grupo, las barreras encontradas fueron:

- (1) sobrecarga de trabajo,
- (2) falta de tiempo,
- (3) estructura insuficiente,
- (4) formación deficiente,
- (5) falta de motivación personal y económica,
- (6) absentismo ligado a la edad,
- (7) falta de autonomía de los adjuntos que, generalmente, son quienes están más motivados,
- (8) el aislamiento en la farmacia rural,
- (9) el paciente y el médico como barreras, y
- (10) el propio personal de la farmacia por falta de colaboración.

Este estudio muestra que cuando el farmacéutico no asume la filosofía y la práctica de la Atención Farmacéutica, mayor número de inconvenientes se manifiestan y éstos, además, están relacionados fundamentalmente con criterios de estructura. Por el contrario, a medida que crece la afinidad con la Atención Farmacéutica, los inconvenientes son menos y tienen más que ver con el proceso y los resultados.

Un abordaje interesante que realizan Plaza y Herrera, es analizar las barreras en función del grado de experiencia de los farmacéuticos en la práctica de implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. En este sentido, plantean que: (a) los farmacéuticos que ya han implantado servicios, están preocupados por los temas de formación y comunicación con los médicos; (b) los que se iniciarán en breve, por la falta de tiempo, formación y remuneración; (c) los que han abandonado esta práctica lo han hecho por falta de tiempo, de espacio en la farmacia, de remuneración, y falta de consenso en los procedimientos de trabajo, y falta de colaboración del equipo de la farmacia, de los pacientes y de los médicos; además señalan problemas en la formación; y (d) los que ven inviable la Atención Farmacéutica aducen problemas estructurales (falta de personal, de formación, de dinero, de espacio, de tiempo), falta de reconocimiento por parte de la Administración y falta de apoyo de las estructuras colegiales.

Otro estudio español¹⁴⁶ analiza el grado de conocimiento que tienen los farmacéuticos comunitarios de Granada sobre el seguimiento farmacoterapéutico, así como las barreras que ellos creen que impiden su desarrollo. Previamente a la ejecución del estudio se organizó un grupo nominal que elaboró una lista de barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. Las barreras descritas por este grupo y priorizadas por los participantes de estudio se muestran en la tabla 5. Por otra parte, las barreras detectadas como resultados del estudio resultaron ser las descritas en la tabla 6.

Tabla 5

Priorización por los farmacéuticos de las barreras para la implantación de servicios cognitivos descritas por un Grupo Nominal.	
1	Falta de tiempo
2	Falta de formación en seguimiento farmacoterapéutico
3	Desconocimiento de la magnitud de los Problemas Relacionados con los Medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos y sociedad
4	No se sabe bien qué es el seguimiento farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos y sin embargo creen que lo hacen
5	La dispensación como prioridad
6	Miedo a responsabilizarse y al compromiso
7	Farmacia como empresa y no como lugar sanitario
8	Miedo y vergüenza del farmacéutico a comunicarse con el médico y con los pacientes

Tabla 6

Priorización de las barreras para la implantación de servicios cognitivos por los farmacéuticos participantes en el estudio, concedores del término seguimiento farmacoterapéutico.	
1	Falta de formación en seguimiento farmacoterapéutico
2	No se sabe bien que es el seguimiento farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos y sin embargo creen que lo hacen
3	Desconocimiento de la magnitud de los Problemas Relacionados con los Medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos, y sociedad
4	Falta de tiempo
5	La dispensación como prioridad
6	Miedo a responsabilizarse y al compromiso
7	Farmacia como empresa y no como lugar sanitario
8	Miedo y vergüenza del farmacéutico a comunicarse con el médico y con los pacientes

En una revisión realizada por Martín Calero y col.,¹⁴⁷ al analizar las barreras para la implantación de servicios de Atención Farmacéutica, se afirma que “como toda práctica innovadora, origina un cierto rechazo entre los profesionales lo que se agrava por la falta de reconocimiento y por la falta de pago por los servicios.” En base a estas barreras, justifican los autores que la implantación de los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria está siendo lenta y de difícil realización.

Aunque estos autores son españoles señalan como barrera fundamental, que justificaría la lentitud y dificultad del proceso de implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, junto a la falta de reconocimiento, el hecho de la falta de pago por los servicios, lo que contradice los trabajos de van Mil et al¹⁴⁸, Plaza y Herrera¹⁴⁹ y el de Hidalgo.¹⁵⁰

Facilitadores

El estudio de las barreras para la diseminación, implantación y sostenibilidad de nuevos servicios cognitivos de la farmacia comunitaria es importante, porque puede permitir analizar diferentes elementos facilitadores que permitan a los farmacéuticos plantear estrategias de mejora que supongan la superación de dichas barreras y avanzar en el proceso de cambio.

Zardain, ha realizado un estudio en Asturias, y su conclusión preliminar es cuando menos preocupante: “muy pocos ejercen seguimiento farmacoterapéutico y la mayoría no se lo plantean a corto plazo”, encontrándose que un 57% de los farmacéuticos que respondieron se encontraban en la fase de precontemplación.¹⁵¹ Otro estudio realizado en Badajoz¹⁵² confirma estos datos, afirmando que tan sólo un 3% de los encuestados realizaba seguimiento farmacoterapéutico de una manera sostenible, continuada en el tiempo, mientras que más del 20% de los farmacéuticos afirmaba no conocer en qué consiste el seguimiento farmacoterapéutico. En este mismo trabajo identificó un 8% de farmacéuticos que manifestando que sabían en qué consiste el seguimiento, se pudo poner de manifiesto que no era así y que no habían entendido en qué consiste esta práctica profesional.¹⁵³

Este desconocimiento también fue puesto de manifiesto en el trabajo de Hidalgo,¹⁵⁴ en el que se constata que el 87,9% de los farmacéuticos de la ciudad de Granada desconocen el significado real del concepto de seguimiento farmacoterapéutico. Paradójicamente, el 93,8% de los farmacéuticos desean que dicho servicio se implante en las farmacias. Para completar el cuadro, el 72,3% de los farmacéuticos entrevistados creen que están realizando seguimiento farmacoterapéutico sin conocer en qué consiste dicho servicio. Este desconocimiento sobre el servicio del seguimiento farmacoterapéutico ha sido constatado recientemente por otros autores que lo sitúan en el 91%.¹⁵⁵

Roberts y col¹⁵⁶. realizaron una revisión bibliográfica sobre facilitadores que fueron agrupados en: a) aquellos que habían sido experimentados por los participantes en el estudio durante la modificación de sus prácticas profesionales (facilitadores experimentales) y b) otros que se proponían como posibles factores que podrían ayudar a superar las barreras existentes para la implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria (facilitadores potenciales). Encontraron 25 diferentes facilitadores en el primer grupo, mientras que el segundo, además de los anteriores, contenía 19 más. (Tablas 7 y 8)

Tabla 7. Revisión de Facilitadores experimentales según Roberts A. et al.¹⁵⁷

Facilitadores Experimentales. [1]	
Entorno de la farmacia. Ej.: espacio adecuado/privacidad.	Entrenamiento de los farmacéuticos y técnicos en servicios específicos.
Remuneración*	Formación continua.
Personal	Historial del paciente en la farmacia*
Utilización de los técnicos.	Atención a grupos de pacientes especiales.
Delegación de tareas.	Motivación.
Mejor utilización del personal existente.	Utilización de protocolos*
Práctica orientada al servicio.	Interacción con otros farmacéuticos.
Expectativas/demandas de los pacientes	Apoyo en la gestión.
Relación con los médicos.	Participación en proyectos.
Interacción con otros profesionales sanitarios.	Relación farmacéutico-paciente.
Equipamiento. Ej.: ordenadores.	Interacción con grupos de pacientes*
Acceso a la historia/información sobre el paciente	Apoyo de las organizaciones profesionales y del gobierno.
Competencia del farmacéutico.	
[1] Los Facilitadores con (*) sólo se identificaron en la literatura en relación con factores experimentales. El resto también lo fueron como facilitadores potenciales.	

Tabla 8. Revisión de facilitadores potenciales según Roberts A. et al.¹⁵⁸

Facilitadores Potenciales. [1]	
Publicidad	Habilidades de comunicación.
Beneficios (probados) del servicio	Fuentes bibliográficas
Legislación exigiendo la provisión de los servicios.	Reconocimiento profesional
Trabajo en equipo.	Autonomía
Sistema de documentación	Redes interprofesionales de comunicación
Sistema de prescripción electrónica entre el médico y la farmacia.	Bajo volumen de recetas
Conocimiento del farmacéutico de los servicios cognitivos	Actitud/percepción de los médicos
Experiencia del farmacéutico en servicios cognitivos	Actitud/percepción de los pacientes
Actitud del farmacéutico sobre los servicios profesionales	Orientación emprendedora
Confianza de su capacidad para proveer servicios cognitivos	
[1] Para evitar repeticiones, tan sólo se han incluido como facilitadores potenciales en este cuadro los que no han sido incluidos en el cuadro de facilitadores experimentales.	

La conclusión de este trabajo fue que había pocos estudios que identificaban facilitadores basándose en aspectos prácticos relacionados con la experiencia personal.

En el posterior estudio cualitativo realizado por estos mismos autores,¹⁵⁹ identificaron 6 facilitadores del proceso de cambio:

- (a) remuneración por la implantación y/o por el servicio,
- (b) apoyo externo o asistencia,
- (c) reorganización de la estructura de la farmacia y sus funciones,
- (d) comunicación,
- (e) liderazgo interno, y
- (f) delegación de tareas.

Además, estos autores identificaron lo que han denominado “motivadores para el cambio en la práctica” como, por ejemplo, deseo de satisfacción profesional, ofrecer cuidados sanitarios al paciente, o temor a las amenazas contra el modelo de negocio. Se afirma que los valores filosóficos que tiene un farmacéutico o sus razones para desear un cambio profesional, suponen un importante factor a la hora de predecir el éxito en el cambio en el ejercicio profesional.

En la revisión bibliográfica realizada por los autores de la presente memoria,¹⁶⁰ no se han encontrado publicaciones orientadas a la búsqueda e identificación de elementos facilitadores en España. Sin embargo hay trabajos que indirectamente describen estos elementos, que ayudan a superar las barreras. Por ejemplo, Vázquez¹⁶¹, afirma que la formación no es un facilitador mientras que la Administración sí que lo podría ser, no sólo apoyando sino obligando a su práctica. Esta autora afirma que si la Administración remunerase los servicios cognitivos en lugar de remunerar los distributivos, se transformaría en “el facilitador definitivo”.

Aunque Plaza y Herrera¹⁶² no utilizan la denominación de facilitador, mencionan algunos elementos comunes a los dos grupos analizados y descritos anteriormente (expertos y farmacéuticos):

- (1) el desarrollo de procedimientos consensuados,
- (2) el desarrollo de sistemas adecuados de colaboración y comunicación con los médicos,
- (3) necesidad de formación adecuada a las necesidades del proceso,
- (4) dar a conocer el servicio a los pacientes y a la sociedad,
- (5) dar a conocer el servicio a los médicos,
- (6) fundamentar los procesos, buscando modos de implantación, sistemática de trabajo, etc...,
- (7) que sea un servicio viable para todas las farmacias (carácter universal del servicio), y
- (8) financiación del servicio.

También la formación y el hecho de que la administración pagase los servicios fue constatado como un posible facilitador en el estudio de Hidalgo y col.¹⁶³

Implantación de servicios cognitivos

Hopp y Roberts han investigado sobre nuevos abordajes para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria, en base al estudio y conocimiento de los facilitadores.¹⁶⁴

De acuerdo con estos autores, las universidades realizan un buen trabajo investigando en nuevas áreas de práctica profesional, demostrando que la implantación de nuevos

servicios origina beneficios tanto para la población como para los farmacéuticos. Utilizando el argumento de ese beneficio, los líderes profesionales consiguen, en ocasiones, que la Administración financie algunos de estos servicios. En España tenemos el ejemplo de los programas de mantenimiento con Metadona que, en aquellas comunidades autónomas en las que las autoridades locales se han convencido de las posibilidades que ofrece la farmacia y de los beneficios que origina, financian la práctica de dichos programas.^{165,166} Finalmente, los estrategas profesionales deben diseminar el servicio, o diseñar e impulsar programas para la provisión del mismo.

La pregunta que se plantean estos investigadores es la siguiente: en una situación como la descrita, en la que se ha conseguido el éxito en todos los pasos del proceso, y en la que, por tanto, existe un servicio bien investigado, y que cuenta con financiación de la administración, con el apoyo de las organizaciones profesionales, ¿supone esto que el servicio será implantado automáticamente con éxito, alcanzándose un cambio a nivel de la farmacia?

La respuesta, para estos investigadores es que no, que éste es una idea equivocada, que desafortunadamente se asume como cierta con frecuencia. (Figura 5)

Figura 5.



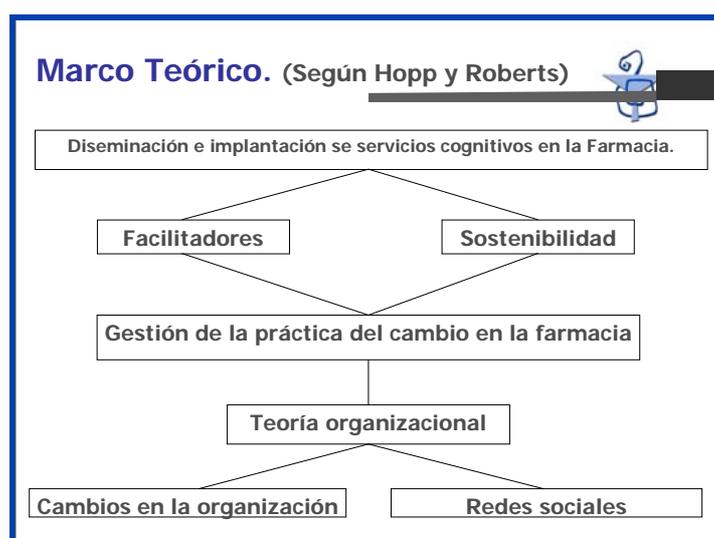
Este error queda bien ilustrado por la frase de un estratega holandés que afirmó, sobre un programa concreto, en una entrevista de la investigación de estas dos autoras: “*el que los farmacéuticos abran el envase y lean la guía de implantación del servicio que contiene,...* es un ejercicio relativamente simple”. Hoy sabemos que la implantación de

nuevos servicios no es un proceso simple, y que, además, existen diferencias entre los distintos países, dependiendo de los modelos sanitarios, de farmacia e incluso de sus diferencias socio culturales.

Estos autores afirman además, que cada actor se está dando cuenta de que sus áreas de actuación no son exclusivas. Así, los estrategas hoy saben que no es suficiente con conseguir desarrollar una buena metodología o conseguir financiación para un servicio, para que este se implante automáticamente. Los educadores son conscientes que no es suficiente con ofrecer una buena formación en aspectos clínicos, sino que debe cambiarse el comportamiento de todos los profesionales que trabajan en una farmacia. Además, los farmacéuticos no quieren “paquetes cerrados”, sino que exigen poder elegir.

Hasta el momento se ha trabajado mucho en abordajes de implantación de servicios que tienen en cuenta al farmacéutico aislado, como persona independiente, y en estrategias de cambio del comportamiento a nivel individual. Hopp y Roberts, por su parte, en base a que consideran que el cambio se debe realizar en el conjunto de la farmacia, han planteado un abordaje del proceso de cambio y han realizado una base teórica, desde una perspectiva organizacional, basada en teorías de organizaciones y de redes sociales.¹⁶⁷ (Figura 6)

Figura 6. Marco teórico para la implantación de servicios cognitivos, basado en la teoría de las organizaciones.

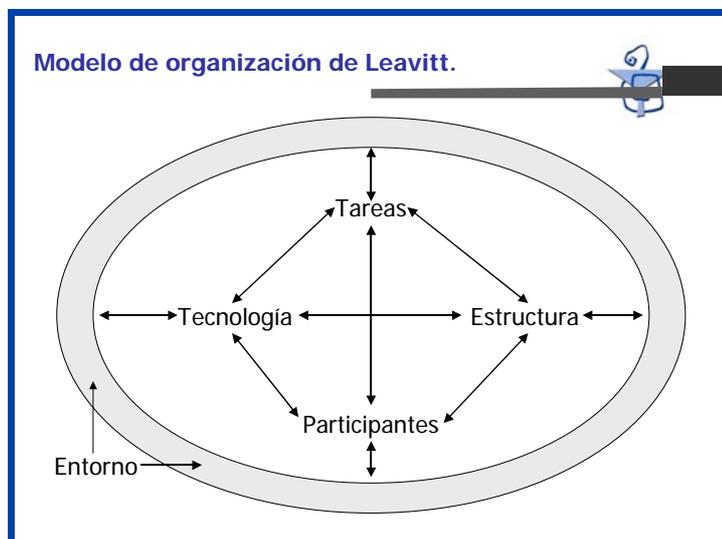


Como modelo de organización, se basan en la teoría del modelo de organización de Leavitt, denominada también, teoría del anillo de Leavitt. Este autor define una organización como un grupo de individuos que trabajan hacia la consecución de unos objetivos comunes, y cuyo comportamiento se ve modificado por las normas y por la estructura. Utilizan ese modelo como marco para comprender el proceso de implantación de un nuevo servicio en la farmacia. El modelo consiste en cinco variables: estructura, participantes, tecnología, tareas, y el entorno:

- Participantes: Son las personas que trabajan en la organización como, por ejemplo, los farmacéuticos (incluidas sus culturas, roles, conocimientos y habilidades).
- Tareas: Son los servicios o resultados que las personas de la organización están intentando conseguir.
- Estructura: Hace referencia a las relaciones existentes entre las personas dentro de la organización. En la farmacia, se trata por ejemplo de las relaciones entre el farmacéutico y resto del personal de la farmacia, y sobre cómo se organizan las tareas dentro de la farmacia. La estructura no sólo describe las interacciones humanas, sino la influencia de los factores externos como fuentes financieras, o la estructura física, o el aspecto externo de la farmacia.
- Tecnología: Hace referencia a los protocolos, guías o procedimientos de los servicios de la farmacia.
- Entorno: Todo lo que rodea a la farmacia, incluidas las personas claves o las diferentes organizaciones. Influye también decisivamente en la implantación de nuevos servicios.

Además, el modelo señala que estas cinco variables son interdependientes, lo que significa que cualquier cambio en una de ellas tendrá, o podrá tener, influencia en cualquiera de las cuatro variables restantes. (Figura 7)

Figura 7. Modelo de organización de Leavitt, según Hopp y Roberts.



Con esta base teórica, en la investigación realizada en Dinamarca¹⁶⁸ se identificaron 51 facilitadores que afectan a la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria. A continuación se citan algunos de ellos:

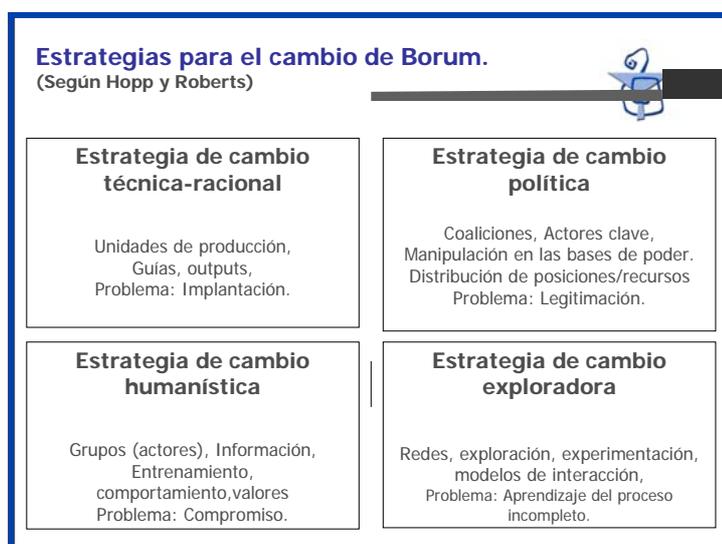
- Tareas: Algunos factores relacionados con las tareas son, por ejemplo, el formar parte de los equipos de salud y la combinación de los aspectos profesionales propios de un sanitario con los aspectos mercantiles propios de la farmacia.
- Participantes: En esta variable, se identifican factores como la mejora de la competencia profesional del personal (formación), y la continuidad del personal en la farmacia (excesiva movilidad) para evitar la pérdida de tiempo repitiendo la formación a personas nuevas que vienen a sustituir a los que se van. También es importante que, junto al resto del personal, el titular de la farmacia sea también activo. Este hecho es más importante en España, debido al tamaño y escaso personal que existe de media en cada farmacia.¹⁶⁹ Otros elementos identificados en Dinamarca hacen referencia a la gestión y priorización de tareas (trabajo por tareas)
- Estructura: la organización de la farmacia debe favorecer la implantación de nuevos servicios. Es importante crear un ambiente de aprendizaje y de adaptación a cambios en los sistemas y en la cultura de la farmacia. Otros factores incluyen la dispensación, la organización de la farmacia, las reuniones del equipo profesional de la farmacia, inversiones a futuro, etc...
- Tecnología: Existencia de guías y protocolos, además de sistemas de gestión e información.

- Entorno: Es importante la creación de redes y la mejora de comunicación con los agentes clave (como médicos o pacientes), o con organizaciones de todo tipo en el exterior de la farmacia.

En resumen, el estudio danés identifica un conjunto complejo de factores que, además son, todos ellos, interdependientes, lo que hace más difícil la implantación de servicios. Esto puede explicar el poco éxito alcanzado hasta el momento en la implantación generalizada de los servicios cognitivos.

Otra perspectiva diferente fue la utilización de la teoría de la estrategia para el cambio de Borum. Esta teoría se centra en las cuatro diferentes estrategias que pueden adoptarse para entender y facilitar el cambio. Cada una de estas estrategias cubre distintos aspectos del conocimiento sobre lo que sucede en el área que está cambiando, a la vez que proporciona distintos modelos para trabajar en la implantación de un servicio nuevo en la farmacia. Cada estrategia tiene su propio propósito, método y problemas. (Figura 8)

Figura 8. Estrategias para el cambio de Forum, según Hopp y Roberts.



- En la estrategia de cambio técnica-racional, la organización es percibida como un sistema de producción y el objetivo fundamental se centra en la mejora de la efectividad. Si imaginamos la farmacia como un sistema de producción, el proceso de cambio debe pasar por rediseñar el sistema. Para promover el cambio en ese sistema, una de las posibilidades es preparar guías o procedimientos o, en su caso, modificar los existentes. La forma en que el cambio se produce es mediante el pilotaje previo de las guías, antes de su implantación. El mayor problema con

este tipo de estrategias es, precisamente, conseguir que las guías sean realmente implantadas en la práctica diaria.

- La estrategia humanística difiere de la anterior en que aquí la organización se analiza en base a la existencia de grupos y sub-culturas. El objetivo es la innovación. Si entendemos la organización como un conjunto de personas empleadas, el proceso de cambio se basará en su información, formación y entrenamiento. Por tanto, se va produciendo el cambio a medida que van cambiando los comportamientos y los valores de las personas que trabajan en la farmacia. El problema de esta estrategia es la necesidad de alcanzar el compromiso de los empleados en la farmacia.
- En la estrategia política, la farmacia se ve como una organización en medio de un sistema de coaliciones entre actores clave, tales como otras farmacias, organizaciones nacionales, estrategas, y otros agentes sanitarios. En este apartado el objetivo está puesto en los intereses e influencias en el propio sistema, en su conjunto. El proceso de cambio se basa en conseguir coaliciones, acuerdos, distribución de las posiciones de cada uno de los actores y obtención de recursos, tales como el pago por ciertos servicios. El problema de esta estrategia es la legitimidad de cada cual en el papel que ocupa.
- La exploradora, no está tan desarrollada como las tres anteriores, y presenta dificultades de aplicación al mundo de la farmacia. La organización está inmersa en redes y el método para el cambio se basa en facilitar la autoorganización y la creación de oportunidades de aprendizaje. Los indicadores del cambio son los modelos de interacción y el problema fundamental es el proceso de aprendizaje incompleto.

Las cuatro estrategias, son en realidad cuatro modelos diferentes que se pueden utilizar para cambiar una organización, en nuestro caso la farmacia. A menudo, en la vida real, se usan combinaciones de las cuatro estrategias para, por ejemplo, implantar un nuevo servicio en la farmacia.

En relación a esta teoría, el estudio danés, obtuvo unos resultados basados en la opinión de estrategias de aquel país, pertenecientes tanto a la Universidad como a asociaciones profesionales:

- Estrategia técnica-racional: Necesidad de desarrollo de guías y protocolos y su implantación real en la práctica. Objetivo centrado en el sistema de producción.
- Estrategia humanística: Necesidad de modificar la enseñanza y realizar tutorías del personal de la farmacia. Objetivo centrado en el proceso de aprendizaje.
- Estrategia política: Necesidad de establecer la negociación para obtener el pago de ciertos servicios cognitivos que se realizan en la farmacia. Otros ejemplos consistieron en la modificación de los sistemas de control, actualizar las normas legales y establecer sanciones. Objetivo centrado en las bases de poder.
- Estrategia exploradora: Necesidad de creación de plataformas de aprendizaje y de redes. También se incluye la organización interna de la farmacia.

Como conclusión, los autores afirman que en Dinamarca identificaron diferentes estrategias de cambio en las que predominaron las estrategias humanísticas, aquellas basadas en la formación y las tutorías.

Como corolario de su estudio, estos autores utilizan una metáfora.¹⁷⁰ En general los estrategias, provenientes del mundo universitario o del campo de los líderes profesionales, suelen desarrollar y diseñar programas de implantación de servicios como si se tratara de un “menú estándar” con todos los ingredientes incluidos. Es decir, se espera que el facultativo que lo va a utilizar lo haga de principio a fin, tal como se indica en las instrucciones del mismo. Todo lo necesario para realizar el programa se encuentra descrito en el menú. De forma metafórica se puede decir que cuando la farmacia se siente preparada (es decir, cuando se tiene hambre) sólo tiene que pedir el menú y ahí encuentra todo lo que necesita para implantarlo (para saciar su hambre).

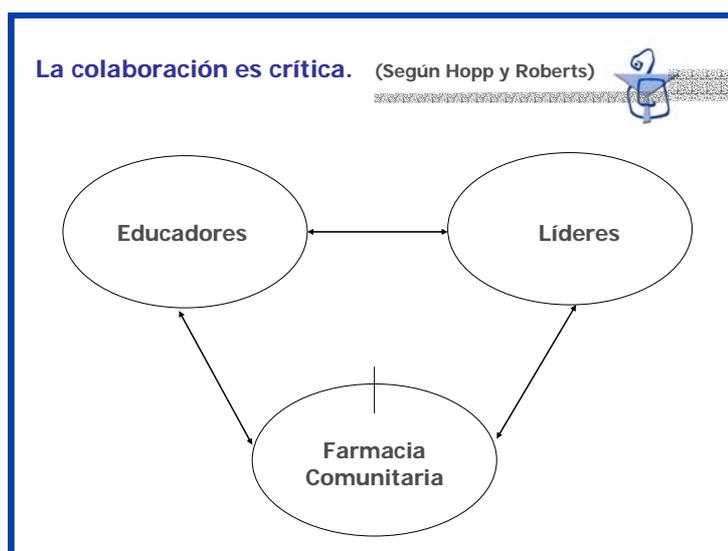
Sin embargo, estos investigadores descubrieron que los farmacéuticos, titulares o adjuntos, ven estos programas como un “buffet” del que pueden “picar” ciertas cosas y dejar de lado otras, tratando así de adaptar los diferentes programas a la realidad de

cada farmacia. Además el objetivo de utilizar el sistema del buffet no es tratar de alcanzar resultados a partir de un único programa sino de la suma de resultados de distintos programas, cada uno de ellos de diferente importancia.

Los autores plantean esta dicotomía, buffet - menú estándar, como un área de investigación a futuro, teniendo en cuenta que nunca se debe perder la calidad de los programas que se vayan diseñando en el futuro.

Lo que sí les parece claro es que para implantar servicios en la farmacia es crítica la colaboración de los diferentes agentes implicados: educadores, líderes profesionales y farmacéuticos comunitarios, tal como se muestra en la figura 9.

Figura 9. Colaboración entre los distintos agentes implicados en el proceso de implantación de nuevos servicios cognitivos.



Objetivos

OBJETIVOS

Objetivo 1: Identificar y analizar los elementos que facilitan y los que dificultan la diseminación, la implantación y sostenibilidad de distintos servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española.

Objetivo 1.1: Identificar barreras y facilitadores en opinión de profesionales farmacéuticos y estrategias del mundo de la farmacia.

Objetivo 1.2: Identificar facilitadores y priorizarlos en función de su importancia y factibilidad, en opinión de expertos en gestión del cambio y farmacéuticos comunitarios expertos en la implantación de servicios cognitivos.

Método

METODO

Características

Diseño:

Para la consecución de estos objetivos se escogió la metodología cualitativa, utilizándose tanto el método de encuesta semiestructurada, como las técnicas de grupo nominal.

Ámbito:

El estudio se realizó en el ámbito geográfico de España.

Periodo:

Las entrevistas se realizaron entre el mes de mayo de 2003 y octubre de 2004.

El grupo nominal con expertos en gestión de cambio se realizó el día 9 de mayo de 2005, mientras que el grupo nominal en el que participaron farmacéuticos comunitarios expertos en implantación de servicios cognitivos tuvo lugar el día 14 de julio de 2005.

Población:

La población se seleccionó mediante un muestreo intencionado siguiendo los siguientes criterios:

- De homogeneidad: Titulación en farmacia (licenciatura), que ejerzan en el territorio español.
- De heterogeneidad: Los criterios de heterogeneidad corresponden a las características con que fue segmentada la población: ámbito de trabajo y tipo de actividad, lo que se hizo exclusivamente para los estrategas.

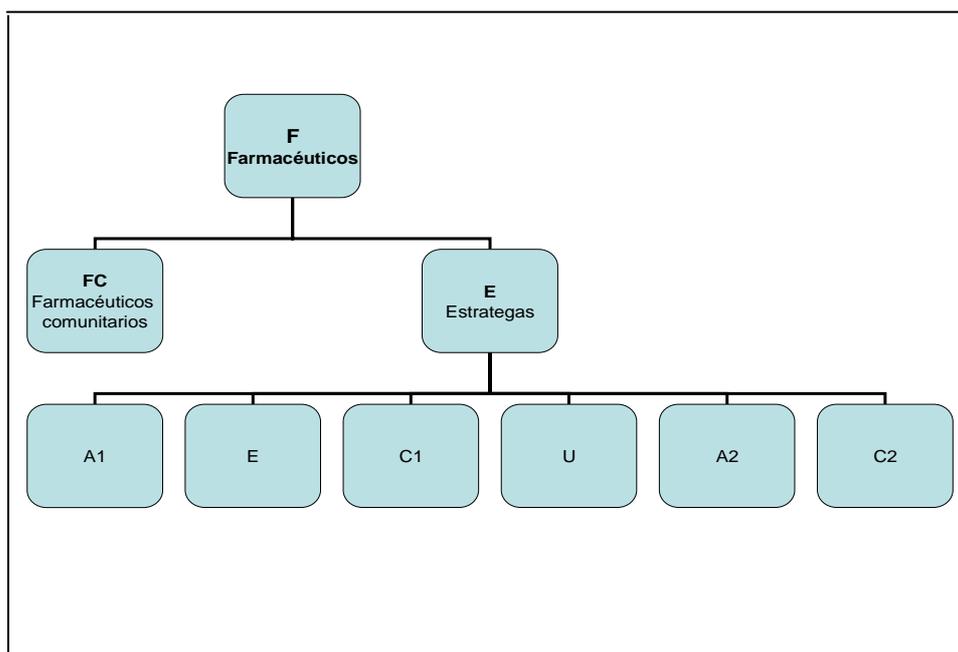
La tipología de los entrevistados se muestra en la figura 10.

Figura 10. Presentación jerárquica de los diferentes perfiles utilizados. (I)

TIPOLOGÍA DE ENTREVISTADOS	
GRUPO 1: FT (Farmacéuticos Comunitarios)	Definimos a estas personas como profesionales farmacéuticos comunitarios españoles que tienen la experiencia de haber implantado o haber participado en programas que incluyan la práctica de distintos servicios cognitivos.
GRUPO 2: ES (Estrategas)	<p>Son personas provenientes de distintas áreas tales como organizaciones profesionales, universidad, etc..., que tienen o han tenido responsabilidades y capacidad de decisión para poder diseñar, impulsar, y tratar de diseminar e implantar diferentes servicios cognitivos o programas que incluyan dichos servicios.</p> <p>Se definieron 6 perfiles diferentes dentro de este grupo que se considerarán separadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales de la Administración Sanitaria A1 - Asociaciones Empresariales E - Pertenecientes a la Corporación Profesional C1 - Prof. vinculados a la Universidad U - Pertenecientes a Sociedades A2 - Científicas/Asociaciones profesionales - Profesionales vinculados con la comunicación C2

Del proceso de segmentación se derivan los siguientes perfiles que se muestran en la figura 11:

Figura 11. Presentación jerárquica de los diferentes perfiles utilizados. (II)



Por tanto el perfil 1 se corresponde con el grupo 1, mientras que el resto de los perfiles se encuentran dentro del grupo 2:

Perfil 1= F + FC
Perfil 2= F + E + A1
Perfil 3= F + E + E
Perfil 4= F + E + C1
Perfil 5= F + E + U
Perfil 6= F + E + A2
Perfil 7= F + E + C2

Técnica

Entrevistas semiestructuradas y Grupo Nominal

Entrevistas semiestructuradas

Para el objetivo 1.1 se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas

Se seleccionó como técnica de recogida de información la entrevista semiestructurada por considerarse adecuada para el logro de los objetivos propuestos y las necesidades. Para la realización de la entrevista se utilizó una “guía para el cuestionario” o guía para la entrevista, modificada de la descrita por Roberts A, et al.¹⁷¹ que fue traducida por el investigador.

En el anexo 1 figura la guía para la entrevista traducida al español, mientras que en el anexo 2 se muestra la guía original de Roberts y colaboradores, tal como se encuentra publicada en la literatura.¹⁷²

La técnica de entrevista semiestructurada aporta un espacio de conversación cara a cara, un diálogo para obtener información específica de un área definida de interés, favorece la expresión de actitudes personales, permite aclarar dudas y ampliar respuestas e implica a la población de estudio en la investigación, evitando en lo posible imponer estructuras y suposiciones del entrevistador. En este estudio, permitió conocer las percepciones y experiencias de las personas consultadas sobre elementos que facilitan y dificultan la diseminación, implantación y sostenibilidad de servicios cognitivos, pero intentando llegar más allá de la superficie del tema, indagando el por qué de sus actuaciones y opiniones.

Esta técnica permite explorar lo que dice la gente en tanto detalle como sea posible y descubrir nuevas áreas no anticipadas al comenzar la investigación, permitiendo flexibilidad en cuanto a que, el orden de las preguntas puede variar así como el diseño de las mismas, adaptándose al vocabulario de los diferentes entrevistados. Recoge las opiniones de un grupo de personas, convenientemente seleccionadas (según los criterios de segmentación descritos anteriormente) con el propósito de recoger e indagar información sobre las preguntas de investigación (objetivos del estudio).

A partir de un guión temático (previamente elaborado basado en los objetivos y dimensiones de análisis propuestas) las entrevistas permitieron conocer percepciones, opiniones y valoraciones, así como los comportamientos y experiencias de los diferentes grupos de participantes, expresadas "en sus propias palabras", obteniendo información muy rica y matizada.

Número de entrevistas:

Se realizaron un total de 33 entrevistas, de las que 15 pertenecían al grupo de farmacéuticos comunitarios y 18 se correspondían con el de los estrategas.

Lugar de las entrevistas:

Para la realización de las entrevistas el entrevistador, que en todos los casos fue el investigador, se desplazó bien a los lugares de trabajo de los entrevistados, bien concertó una cita con ellos en lugares que por distintos motivos convenían a ambos.

Duración de las entrevistas

La duración media de las entrevistas fue de 59,7 minutos. La entrevista más corta duró 39 minutos mientras la más prolongada tuvo una duración de 80 minutos. La mediana fue de 60 minutos, valor casi idéntico a la media. En total fueron analizados un total de 32,8 horas de entrevistas grabadas.

Formato de registro de la información.

La información se registró en cintas magnetofónicas. Posteriormente se procedió a la transcripción literal de las mismas, encargada a un transcriptor con experiencia en este tipo de tareas.

Captación de participantes

Tal como se ha dicho más arriba, la selección de los entrevistados la realizó el investigador, utilizando un muestreo intencionado. Se utilizó un protocolo de captación que consistía en una relación de las personas interesantes.

Selección de Farmacéuticos (Grupo1: FT)

Se analizaron los diferentes grupos, más o menos organizados, que existen en España trabajando en la implantación de servicios cognitivos.

Selección de Estrategas (Grupo 2: ES)

Se analizaron todas las organizaciones que tienen que ver con el mundo de la Farmacia y que habían tenido alguna implicación en la organización de servicios cognitivos o en el desarrollo de programas que los incluyen y se eligió un perfil dentro de ellos. En este sentido se decidió definir los seis perfiles que han sido descritos más arriba. No se incluyó el perfil “Distribución mayorista” porque salvo en muy contados casos, en los que básicamente se ofrece formación al farmacéutico, la Distribución no se encuentra directamente implicada en el diseño ni desarrollo de servicios cognitivos o en programas que los incluyan.

A los candidatos elegidos para ser entrevistados, tras un primer contacto telefónico, se les envió un escrito con una invitación formal a participar que incluía, además del protocolo de investigación, un documento de consentimiento informado en el que se les garantizaba la confidencialidad respecto a su persona y a la información que iban a aportar durante el transcurso de la entrevista. (Anexo 3)

Procedimiento de realización de entrevistas.

Guión temático

El guión de las entrevistas, se deriva de los objetivos de la investigación y de las dimensiones de análisis propuestas en la “guía para la entrevista” descrita por Roberts A, et al.¹⁷³ Inicialmente se realizó una traducción transcultural de la “guía para la entrevista” mediante su traducción al castellano y posterior traducción al inglés. Este instrumento incorpora el estudio de dimensiones que permiten indagar sobre los distintos temas a investigar:

- Percepciones de los “agentes clave” relacionados con la implantación de diferentes servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria. Fundamentalmente sobre las funciones que realiza y sobre las que debería realizar un farmacéutico concreto y la farmacia comunitaria entendida como una organización,¹⁷⁴ en general, con relación a la provisión de los mismos.

- Proceso de implantación de diferentes servicios a través de las experiencias de aquellas personas que los hayan implantado en el pasado o que hayan participado en diferentes programas relacionados con los mismos.

- Estrategias utilizadas para diseminar y/o implantar servicios cognitivos como parte de proyectos específicos de práctica en farmacia comunitaria.

- Agentes clave relacionados con la diseminación e implantación de programas de servicios cognitivos, así como la interrelación entre dichos agentes.

- Influencia que tienen los aspectos económico – financieros en el proceso de cambio de la farmacia comunitaria y la compatibilidad de los aspectos profesionales con los financieros.

Guión entrevista:

A partir de la “guía para la entrevista” traducida, se realizó un “guión para la entrevista” que abarcara todos los aspectos contenidos en la “guía” y que garantizara que a todos los entrevistados se les iban a realizar las mismas preguntas formuladas de la misma forma.

El “guión de la entrevista” se aplicó a los entrevistados de ambos grupos (FT y ES) con pequeñas diferencias de matiz en función del grupo al que pertenecían. A los miembros del Grupo 1 (FT) se les preguntaba sobre su participación en programas o el grado de implantación de servicios en sus lugares de trabajo, mientras que a los pertenecientes al Grupo 2 (ES) se les preguntaba sobre la forma de liderar u organizar programas o servicios que “otros” deberían implantar. A modo de ejemplo, en el Tema 2, la pregunta 3 se formuló de dos maneras diferentes, según fuera dirigida a un miembro del Grupo 1 o a un miembro del Grupo 2.

“Si tuviese que participar otra vez en alguno de esos programas...” era la pregunta dirigida a los FT, mientras que la pregunta para los ES fue, “si tuviera que liderar otra vez alguno de esos programas...”

El guión temático se muestra en el anexo 4.

Análisis de la información.

Fases del análisis

La información resultante dado su carácter cualitativo se analizó mediante una técnica de análisis de contenido centrado en el análisis semántico, entendido esto como la selección de unidades de contexto (frases), que permiten describir el discurso de los entrevistados.¹⁷⁵

Para ello se siguieron los siguientes pasos:

- Registro de la información en la entrevista individual
- Transcripción literal de las grabaciones
- Lectura completa de la transcripción de cada entrevista
- Creación de categorías
- Definición de atributos
- Señalización de las partes del discurso correspondientes a cada una de las categorías y perfiles establecidos.
- Agrupación de los textos referidos a cada categoría, codificación y triangulación.
- Análisis de las opiniones de los entrevistados sobre:
 - Elementos Dificultadores (Barreras)
 - Elementos Facilitadores

Registro de la información en la entrevista individual

El contenido íntegro de las entrevistas fue grabado en cinta magnetofónica.

Transcripción literal de las grabaciones

Se transcribieron literalmente las cintas grabadas de cada entrevista realizada. En ningún caso se realizó síntesis o resumen, se trató de recoger la información aportada por los participantes tal y como ellos se habían expresado.

Las cintas se transcribieron en procesador Word® dándoles después un nuevo formato de acuerdo a las indicaciones que facilitan el posterior reconocimiento del texto por el Programa NUDIST VIVO®.¹⁷⁶

El programa NUDIST® (denominación que se obtiene mediante acrónimo de la expresión inglesa *Non.numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*) es un software específicamente diseñado para auxiliar al investigador cualitativo en su tarea de analizar datos. Su origen es australiano, habiendo sido desarrollado por QSR (*Qualitative Solutions and Research*), una compañía dedicada a la creación de software, localizada en Melbourne. El NUDIST® permite trabajar datos cualitativos, haciendo posible las operaciones que implica el análisis de este tipo de datos, es decir, la codificación de documentos, la realización de búsquedas de mayor o menor grado de complejidad, la disposición de datos y la teorización a partir de los resultados obtenidos en el análisis.

Los programas que se utilizan en el análisis de datos cualitativos sirven como herramientas que agilizan las operaciones mecánicas que comporta el análisis, pero no así las conceptuales, que siguen siendo competencia del analista.

La primera tarea es la creación de los documentos. Cada entrevista individual transcrita es un documento del sistema de documentos del proyecto importado desde Word® a NUDIST VIVO®, donde se crea una base de datos en la que “el dato” es el texto.

Lectura comprensiva de los textos

Cada participante se expresó desde su contexto (vivencias, condiciones de vida, procedencia social, expectativas, etc.), por lo que es necesaria la lectura minuciosa y comprensiva del texto antes de proceder a la sistematización de la información en el Programa Nudist Vivo®.

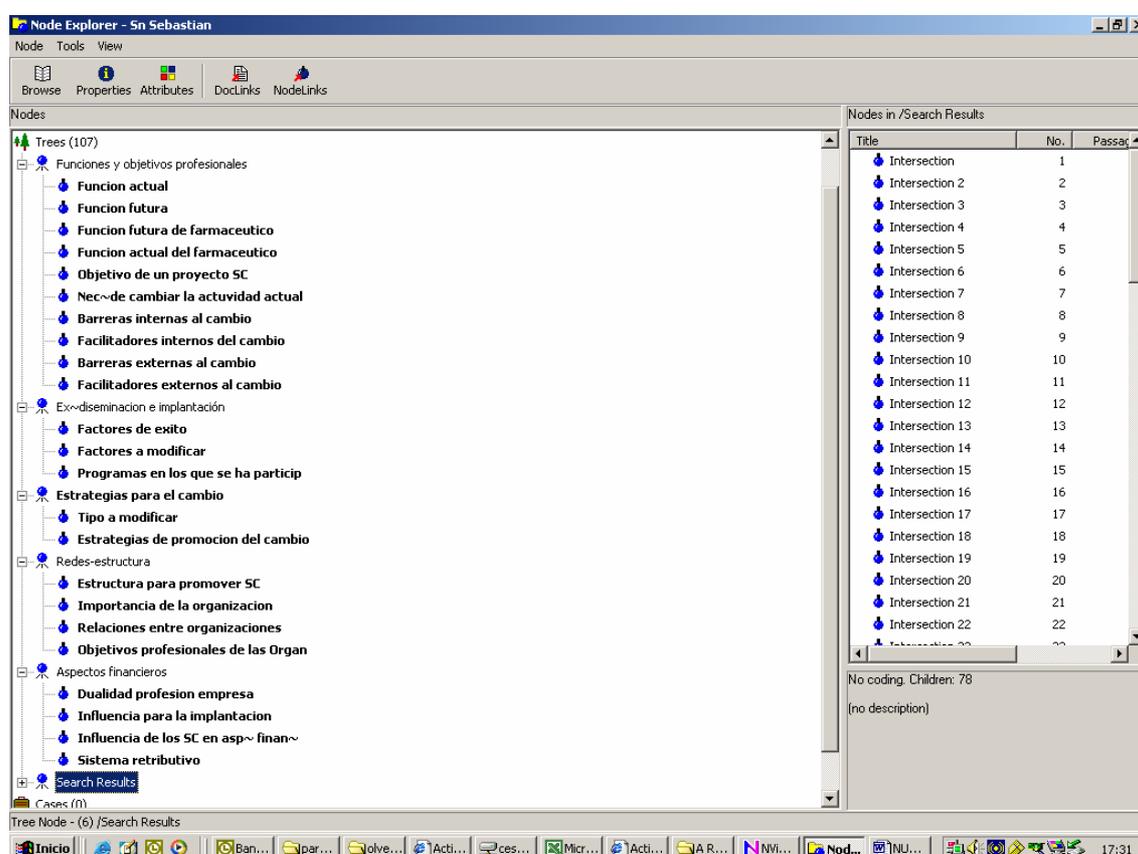
Creación de categorías

Los temas se desprenden de los objetivos que persigue el estudio. En una primera fase se consideraron los que se recogen del instrumento mencionado anteriormente; sin embargo algunos no aportaban ninguna utilidad por lo que nos centramos en las

relacionadas directamente con las barreras y los facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos.

Teniendo en cuenta que el enfoque cualitativo permite la incorporación o modificación de ellas en el transcurso del proceso, de la lectura del texto se adaptaron las categorías de análisis. El árbol lógico creado para este proyecto en el Programa Nudist Vivo® se presenta en la figura 11:

Figura 11. Arbol lógico del programa NUDIST®.



Tras la transcripción literal de las cintas los textos fueron sometidos a un análisis de contenido de nivel semántico segmentando y codificando los discursos de acuerdo a las dimensiones o categorías de análisis.

Diccionario de códigos

1. Número del grupo (Grupo 1= FT, Grupo 2= ES)
2. Perfil del participante (código del participante, asignado en la ficha de control de perfil) utilizado en los miembros del grupo 2: Profesionales de la administración (A1), Asociaciones Empresariales (E), Pertenecientes a la Corporación Profesional (C1), Profesionales vinculados a la Universidad (U), Pertenecientes a Sociedades Científicas/Asociaciones Profesionales (A2) y Profesionales vinculados con la comunicación (C2)

Se realizaron fichas de control de cada uno de los entrevistados y los resultados fueron organizados en matrices textuales.

Grupo nominal

Para el objetivo 1.2 se utilizó la técnica de grupo nominal

Con esta técnica se trató de identificar facilitadores que ayuden a la diseminación, implantación y sostenibilidad de servicios cognitivos, y a priorizar estos elementos en función de su importancia relativa en la práctica y de la factibilidad respecto a su utilización. Se realizaron dos reuniones de Grupo Nominal, una con la participación de estrategias expertos en gestión del cambio y otra con participación de farmacéuticos comunitarios expertos en la implantación de servicios cognitivos.

Criterios de selección

Estrategas expertos en gestión del cambio.

Para la selección de los participantes en este taller de expertos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión. Personas con el perfil definido de estrategias que, conociendo bien la farmacia, tenían experiencia en dirección y en procesos de gestión del cambio.

Se realizó el día 9 de mayo de 2005 y tuvo una duración de tres horas. De los nueve expertos convocados acudieron siete. Junto a ellos estaba presente un moderador y el investigador - coordinador.

Farmacéuticos comunitarios

Para la selección de los participantes en este taller se recurrió a farmacéuticos comunitarios con práctica diaria en farmacia comunitaria, expertos en implantación de servicios cognitivos, que pertenecieran al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.¹⁷⁷ También acudieron siete farmacéuticos que fueron los que finalmente constituyeron el grupo nominal.

Esta reunión tuvo lugar el 14 de julio de 2005 y también tuvo una duración de tres horas. Junto a los expertos estaban presentes el mismo moderador e investigador – coordinador.

Metodología del taller de expertos

La metodología completa, paso a paso, se encuentra descrita en el anexo 5. A continuación se expone un resumen del método seguido.

Tras una breve introducción por parte del investigador - coordinador con la intención de que los participantes se familiarizaran con el tema, el moderador presentó los objetivos de la sesión, idénticos en ambos talleres de expertos:

- Identificar elementos facilitadores para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española
- Priorizar estos elementos facilitadores en función de su importancia relativa en la práctica y de su factibilidad respecto a su utilización.

Cada experto identificó dos facilitadores en el primer taller y tres en el segundo, que posteriormente fueron expuestos y registrados tanto físicamente en un panel como en la aplicación informática preparada para este fin.

Se agruparon todas las ideas complementarias y se listaron los elementos facilitadores resultantes.

A continuación se pidió a los expertos que puntuasen la “importancia” de los facilitadores identificados de 1 a 5 (1 mínima importancia y 5 máxima importancia) y la “factibilidad” de 1 a 10 (1 mínima factibilidad y 10 máxima factibilidad). Es interesante

señalar que se utilizan dos escalas de votación diferente en función del criterio objeto de votación. En la votación del criterio importancia se puntúa cada una de las ideas de 1 (mínimo) a 5 (máximo). Esta escala es menor que la utilizada en el segundo criterio para obligar a una menor dispersión de las puntuaciones de este criterio clave. Por otra parte, el segundo criterio, la factibilidad, se valora cada idea desde el 1 (mínimo) al 10 (máximo).

La puntuación directa de cada dimensión se incluye en la hoja de Excel, siendo ésta puntuación la puntuación bruta. A continuación se tipifica la puntuación directa pasándola a una escala de 100 multiplicando la puntuación directa o bruta por 100 y dividiendo por la cifra resultante de multiplicar el número de participantes por el valor máximo de la escala (5 para el criterio de importancia y 10 para el criterio de factibilidad). En nuestro estudio, como en ambos casos fueron 7 los miembros del Grupo Nominal, los cálculos son:

$$IM \text{ (bruto)} \times 100 / (7 \times 5)$$

$$FC \text{ (bruto)} \times 100 / (7 \times 10)$$

Una vez terminada la votación, se leyeron las puntuaciones, se registraron en el ordenador que las ajustó a una escala de 100, y se prepararon los gráficos resultantes.

Finalmente, el moderador presentó los resultados obtenidos en función de la “importancia” y de la “factibilidad” y se verificó que reflejaban razonablemente el pensamiento del grupo.

Analisis

Por tanto, el análisis se fue realizando a medida que la técnica se iba desarrollando mediante la introducción de la información en un programa de software realizado en Excel®.

La introducción en la técnica de Grupo Nominal de votar dos características que denominaremos criterios: factibilidad e importancia, permite además de identificar los grupos de ideas, o dimensiones, más destacados en cada uno de ellos, la comparación de la posición de las dimensiones en ambos criterios. Los resultados orientan la toma de decisiones organizacionales o políticas en el corto, medio o largo plazo, destacando las oportunidades estratégicas o acciones de mejora prioritarias de una política o planificación en nuestro caso.

Como resumen del grupo se utiliza la mediana que es un buen indicador porque obvia las puntuaciones extremas ocasionales. El cálculo se realiza con las puntuaciones tipificadas de cada grupo de ideas para el criterio de factibilidad e importancia.

Los resultados también se organizaron en matrices textuales y gráficos.

RESULTADOS

RESULTADOS

Entrevistas

...”yo pienso que estamos en medio de una auténtica revolución, aunque la palabra revolución, depende como la digas, puede sonar muy positiva o muy negativa”.
(ES-09 C1)

Antes de abordar los resultados que hacen referencia a las Dificultades y a los Elementos Facilitadores que manifiestan los entrevistados en relación a la diseminación, implantación y sostenibilidad de servicios cognitivos, se presenta, siquiera brevemente, un primer apartado que contiene algunas opiniones sobre la situación actual y futura de la farmacia comunitaria española en relación con las funciones y objetivos que actualmente realiza y/o que, de acuerdo con los entrevistados, es interesante que lo haga en un futuro.

Funciones y objetivos

En el contexto de las entrevistas, se entiende la farmacia en su conjunto como un establecimiento, como una organización. Cuando se habla de la farmacia comunitaria, en adelante “la farmacia”, se hace referencia a un establecimiento sanitario. En este sentido se confirma que esta organización, tiene dos características fundamentales; por un lado asegura la accesibilidad al medicamento y por otro se aporta una garantía de calidad al mismo.

“yo creo que proporciona algo que a lo mejor aquí ya no lo valoramos porque lo tenemos, pero que es muy claro, que es acceso y garantía de calidad... Acceso al medicamento y garantía de calidad del medicamento...”.
(ES-16 A1)

Se ve como un establecimiento sanitario bien distribuido geográficamente que permite la accesibilidad de los usuarios tanto a un profesional sanitario, universitario, como al establecimiento propiamente dicho, en el que este profesional ejerce.

“es un establecimiento bien distribuido... en cuanto a localización urbana, por tanto es un establecimiento que uno encuentra, llamémosle relativamente cerca de su domicilio. Y permite disponer de un profesional con una accesibilidad por parte del ciudadano que no lo tiene otro profesional sanitario...”
(ES-04 U)

El sistema de ordenación y planificación con que se cuenta en España, con el objetivo de ordenar y garantizar la amplia distribución

“Yo veo las funciones de la farmacia como el servicio sanitario donde se dispensa el medicamento; donde la

y accesibilidad de las farmacias, tiene sentido por ser éstas los establecimientos en los que los ciudadanos acuden a retirar los medicamentos que necesitan, sean o no de prescripción. Se define la farmacia como el lugar donde los ciudadanos adquieren los medicamentos.

población sabe que tiene acceso al medicamento... siempre tiene sus medicamentos, ... Y si no, tardan un cuarto de hora en tenerlo,... Creo que es el sitio donde obtienes medicamentos...” (ES-03 U)

Pero de la que no se obtiene todo su potencial, contando con muchas posibilidades sanitarias no utilizadas.

“Es un establecimiento de venta de medicamentos y bastante desaprovechado”... (ES-15 A1)

A la dispensación de los medicamentos se unen actividades de Educación para la Salud, o actividades de “asesoría” que vienen a reforzar la actividad como educador sanitario del farmacéutico comunitario.

“Se hacen otra serie de cosas paralelas, de educación sanitaria que se hacen perfectamente y lo que pide el ciudadano...” (ES-06 A2)

“Que fuera un centro de información de medicamentos, un centro de educación sanitaria, que fuera un centro de... que prepara farmacéuticos capaces de responsabilizarse de los pacientes, de sus tratamientos...” (FT-06)

La farmacia es un establecimiento en el que junto a la dispensación de medicamentos se deberían realizar actividades de educación sanitaria, o de “orientador sanitario”.

“Yo creo que debería ser un establecimiento sanitario, que debería contribuir mucho más al sistema sanitario general del país. Que debería ser el centro de formación de la población en materias de salud en general y de medicamentos en particular y que debería implicarse mucho más asumiendo responsabilidades que en este momento la mayoría de los farmacéuticos no asume todavía...” (ES-05 A2)

“hoy día tiene además un componente de orientador sanitario ¿no?. Podríamos hablar de un papel único para todos los farmacéuticos que sería el relacionado con la logística, y habría otro papel que sería el rol de consejo sanitario...” (ES-13 C1)

Incluso se llega a afirmar que la dispensación junto a la educación para la salud son las dos únicas actividades que se deberían realizar hoy en día en la farmacia, ya que el seguimiento farmacoterapéutico

“ahora está todo el mundo pendiente del seguimiento. Yo creo que vamos un paso por delante y de hecho mi experiencia es que falla; yo

falla porque los pacientes no tienen verdadera conciencia del concepto de enfermedad y salud. Se asegura que es pronto para pensar en implantar un servicio como el de seguimiento farmacoterapéutico, y que sólo cuando las actividades básicas como la dispensación y la educación para la salud estén ampliamente implantadas se podrá comenzar a pensar en servicios más complejos.

creo que el fracaso del seguimiento... se basa en que mis pacientes no tienen un concepto de enfermedad y de salud claro, solamente... Por eso me parece que la educación sanitaria... me parece a priori lo más importante que tendríamos que hacer..." (FT-11)

Si bien es cierto que también se entiende la actividad fundamental de la farmacia como una actividad exclusivamente dispensadora, a la que de manera casi testimonial asocia algún otro servicio, como puede ser la formulación magistral, pero con una relación temporal insignificante.

"Fundamentalmente sigue vigente el rol tradicional, que consiste en acercar el medicamento al usuario. Yo diría que esto es una estructura real de la atención farmacéutica en España que ha ido ocupando el ochenta o noventa o noventa y cinco por ciento del tiempo o de las tareas asociadas a la oficina de farmacia". (ES-14 E)

Por un lado se confirma el papel de la Farmacia en cuanto a su actividad dispensadora y por otro se refuerza mediante la práctica de una actividad más asistencial, referida a la ayuda a los pacientes en el uso de los medicamentos, a la vez que se rechaza la presencia de ciertos artículos de parafarmacia en las Farmacias.

"Me gustaría que se identificara como un servicio sanitario, con los medicamentos allí... Sería el sitio donde los pacientes obtendrían los medicamentos. Eso está claro, pero además de los medicamentos obtendría ayuda sobre cómo usar esos medicamentos... Pero yo todavía veo en las farmacias alimentos infantiles y veo ya zapatos y todo eso... Creo que la Farmacia debería ser un establecimiento sanitario alrededor del Medicamento y de Productos Sanitarios, exclusivamente. (ES-03 U)

Apoyando esa opinión vinculada al mundo de la Universidad, se indica que actualmente existen dos tipos de farmacias: aquellas en las que se "venden" medicamentos y aquellas otras que tienen una función sanitaria orientada fundamentalmente al medicamento, en la que pueden existir otras actividades o servicios como la óptica, ortopedia y análisis clínicos. Es posible intuir una farmacia donde junto a la dispensación de medicamentos, se realizaría seguimiento farmacoterapéutico y se atenderían ciertos problemas de salud abordables por el farmacéutico. La dispensación debería acompañarse siempre de la oferta de seguimiento; junto a todo esto

"yo creo que existen dos modelos de farmacia, hoy por hoy, diferentes. Uno que es el establecimiento puramente comercial, lo que es la tienda. En donde en vez de garbanzos, lo que damos son medicamentos. Y otro en ... donde debería haber un experto en medicamentos, y quitaría todas las cremas, todos los potitos y todo lo que fuese parafarmacia..." (FT-14)

se podrían realizar otros servicios como el de consulta de indicación farmacéutica, nutrición, etc... siempre relacionados con aspectos sanitarios, en alusión clara a la dermofarmacia que no debería estar incluida entre las actividades de la farmacia.

No está en absoluto desarrollado el centro fundamental de la farmacia, que es el medicamento, mientras que se está trabajando en preparar un “envoltorio precioso” a base de dedicación a la dermofarmacia, los análisis, la educación sanitaria, etc,... olvidando siempre lo que debe ser el núcleo central de la actividad farmacéutica, el medicamento. Lo que da sentido a la farmacia y a la existencia del profesional farmacéutico es el medicamento, hecho éste demasiadas veces olvidado por los farmacéuticos. Estos, se afirma, dedican más esfuerzos y tiempo de aprendizaje a actividades paralelas, que el entrevistado denomina “envoltorio”, que al medicamento.

“Estamos llegando a un punto en que ... se están desarrollando actividades profesionales, no digamos secundarias, sino paralelas, a la que debería ser la principal y se están empezando a desarrollar bien en forma de cosas de dietas, en forma de analíticas, en forma de consejos de salud, en forma de dermofarmacia incluso... Y ..., no se ha desarrollado en absoluto,...”
(FT-08)

Se confirma la exclusividad del medicamento como objeto del trabajo del farmacéutico comunitario, quien debería constituirse en un “experto en medicamentos”; sería bueno despojar a la farmacia de todos aquellos productos que no sean medicamentos o productos sanitarios para evitar comportarse como “tiendas” en lugar de como establecimientos sanitarios con un profesional universitario al frente.

“Sí es un establecimiento en el cual, se expenden medicamentos... Aunque se denomine, dispensen medicamentos, pero en realidad lo que se sigue haciendo normalizadamente es expender medicamentos, no es ni mera dispensación, es... ¡la venta de medicamentos!...¡Eso es!: venta de medicamentos...”
(FT-02)

Aparece el tema de la “venta” de medicamentos al recordar que en muchas farmacias se siguen “vendiendo” medicamentos en contraposición a lo que debería constituir una dispensación de acuerdo con el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica

“Me da la impresión de que en el futuro, el componente logístico que se llama dispensación y que incluye, custodia y adquisición de los medicamentos, parte que es también importante, cotizará a la baja,...”
(ES-13 C1)

En el futuro el componente logístico disminuirá su peso específico y la farmacia avanzará hacia la oferta de conocimientos, mediante la potenciación de acciones de promoción de la salud y la enseñanza de la utilización de los medicamentos.

“Me da la impresión de que en el futuro, el componente logístico que se llama dispensación,... cotizará a la baja...”
(FT-09)

La farmacia debería transformarse en una “empresa más social”, en la que el centro debe ser el medicamento y a su alrededor, la salud.

*“La farmacia tiene que ser más social. Farmacia social, integrarse en la sociedad. Y se integra en la sociedad saliendo a la calle, quitándose la bata y yendo a la puta calle...”
(FT-09)*

La dispensación la puede hacer “cualquiera” y que la verdadera diferenciación radica en ofrecer educación para la salud y seguimiento farmacoterapéutico, servicios que nos permiten realizar una actividad más asistencial e incorporarnos de una manera más integral al sistema sanitario.

“creo que lo que es la mera dispensación lo puede hacer cualquiera... Cualquiera. Entonces, lo que creo es que se necesita una diferenciación. Y uno de los canales es el servicio de seguimiento, o participación en programas de educación sanitaria.” (FT-12)

Llegados a este punto, conviene recordar la reiteración en el sentido de que la farmacia debería ser un establecimiento que garantiza el acceso al medicamento en condiciones de calidad y seguridad, a la vez que ofrece conocimiento e información sobre el medicamento, la enfermedad y sobre la salud en su sentido más amplio.

*“Fundamentalmente dispensación, ...y luego un indudable papel como, ... consultor,..., orientador sobre los recursos que el sistema sanitario ofrece, educación sanitaria, etcétera, ..., pero en cualquier caso, funciones que son tan amplias como las que el interés del consumidor o del paciente...”
(ES-02 C2)*

Este concepto de farmacia como establecimiento de salud en sentido amplio o establecimiento basado en el medicamento planea a lo largo de las entrevistas de una manera divergente. En este sentido, por una parte la Farmacia es un establecimiento sanitario en el que trabaja el experto en medicamentos con actividades exclusivas en aspectos derivados del medicamento como por ejemplo la educación para la salud y la realización del seguimiento farmacoterapéutico, pero por otra se trata de un establecimiento sanitario con funciones amplias, que podríamos decir, engloban aspectos del medicamento y de la salud en general.

*“precisamente el medicamento está para devolvarte la salud y entonces ligado al medicamento van una serie de cuestiones ¿no?. Y en ese sentido, yo creo que la farmacia enriquece el valor del medicamento, ...como reparador de la salud. ... sino productos de cuidado de la salud, garantía y también yo creo que hay un componente muy importante de esa seguridad de garantía de salud; se ve salud en la farmacia. Y eso yo creo que es importante”.
(ES-11 E)*

Aunque también es cierto que se afirma la dificultad de separar qué es un centro basado en el medicamento y qué es un centro de salud, precisamente por la interrelación entre medicamento y salud. Se precisa que la farmacia debe ser un ‘centro de salud’, lo que no debe confundirse con una ‘bazar de salud’.

*“Ahora mismo lo veo más como un centro del medicamento, me cuesta mucho trabajo diferenciar, entre lo que es un centro del medicamento y un centro de salud. Yo creo que se puede trabajar mucho por la salud desde la farmacia”.
(ES-15 A1)*

Para finalizar este primer apartado de resultados orientados a las funciones y objetivos de la farmacia Comunitaria y del farmacéutico, es conveniente hacer una referencia al actual modelo de farmacia que, en general, es defendido por el resto de los entrevistados. Sin embargo, también se sostiene que el modelo actual está agotado y que la farmacia debe ofrecer otros servicios mediante conciertos o contratos con compañías aseguradoras o con la administración, incluyendo controles de esos servicios en cuanto a calidad e indicadores de efectividad.

“Yo creo que el modelo está agotado, este modelo... yo creo que sí, que está agotado... Y yo creo que... hombre, eso lo hemos comentado muchas veces, no sé si en plan así teórico, pero que sí tiene que dar otros servicios... mediante una relación contractual con... ,no tanto con los pacientes, sino con el sistema, o con grupos aseguradores detrás, ofreciendo una serie de servicios y una medida de esos servicios en cuanto a calidad, con unos indicadores... etc...”
(FT-10)

La farmacia del futuro debería ser una farmacia dependiente del estado, de mayor tamaño que la actual en la que se realizase cotidianamente el seguimiento farmacoterapéutico.

“una farmacia ... donde hubiese ocho farmacéuticos que hiciesen de expertos en medicamentos. Además formados en diferentes temas de los medicamentos y que hiciesen seguimiento del tratamiento. Solamente dedicado al medicamento.”
(FT-14)

Es importante destacar el reto de la necesidad de reprofesionalización del farmacéutico, planteado por dos entrevistados. La actividad en la Farmacia debe de reorientarse y pasar de vender “producto” que es lo que se viene haciendo, a vender “servicios” con el objetivo de atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación. Además de esa evolución constante hacia una nueva filosofía de la práctica farmacéutica, en la que cobran especial sentido los diferentes servicios profesionales, el farmacéutico español es cada día más consciente de esa necesidad de reprofesionalizar su ejercicio profesional.

“Antes te he dicho que lo que se hacía hasta ahora era vender producto, tendría que cambiar a vender servicio, con un objetivo, que es el cuidado del paciente”. (ES-01 C1)

“Y también se ha dado cuenta de que necesita dar más servicios, entre comillas, profesionales, del nivel profesional... El farmacéutico español se están dando cuenta de que tienen que profesionalizarse, pero no sé si”...
(FT-10)

Todo ello es de gran importancia, ya que si no se cambia de modelo y se implanta el seguimiento farmacoterapéutico de manera generalizada, este servicio acabará saliendo de la farmacia comunitaria, o dicho de un modo más coloquial, “si no lo hacemos nosotros, alguien lo hará”.

“Y el gran riesgo que hay para el modelo farmacéutico en ese sentido, es que si no se apuesta por un modelo claro en esto, al final el seguimiento farmacoterapéutico saldrá de la farmacia comunitaria”...
(FT-07)

Existe el grave riesgo, ya apuntado anteriormente, de que la farmacia se transforme en lo que podríamos denominar una "tienda de medicamentos".

"..., dejando las farmacias a un nivel de tiendas ¿no?, de medicamentos..." (FT-07)

Además, el proceso de cambio que se está discutiendo, no va a ser fácil ni rápido ya que va a suponer esperar a que pase al menos una generación para pensar en la posibilidad de que el cambio se materialice realmente.

"La barrera más importante en este momento para realizar algo, pues... En primer lugar, ese porcentaje alto de profesión que tiene que pasar una generación para un cambio activo"... (FT-02)

En lo que hace referencia a las Funciones y Objetivos tanto de la Farmacia Comunitaria como de los Farmacéuticos Comunitarios que en ella ejercen, no se aprecian diferencias en los discursos asociados a los diferentes perfiles entrevistados. La realidad es que en cada perfil se expresan, en general, todo el conjunto de elementos identificados.

Barreras

“No es lo mismo enamorarse de una innovación que ponerla en práctica” (FT-06)

Cuando se hace referencia a la implantación de servicios cognitivos es preciso tener presente que son servicios que deben ser implantados por farmacéuticos. En este sentido existe cierto pesimismo ya que se opina que no todos los farmacéuticos podrán implantar servicios cognitivos; unos porque no van a ser capaces (aptitud), otros por falta de formación, y otros porque simplemente no van a querer implantar dichos servicios (actitud).

“Pienso que sería peligroso decir: “ahora vamos a pagar a todos los farmacéuticos para que hagan atención farmacéutica” cuando sabemos que hay muchos que no son capaces de hacerla, porque no tienen la farmacia adecuada o porque no lo quieren hacer”.
(ES-05 A2)

El cambio se está produciendo a un ritmo excesivamente lento, ritmo que para el colectivo de profesionales innovadores e incluso para los adoptadores rápidos, es demasiado lento y puede producir desánimo.

“Quizás el cambio éste, por parte de muchos de nosotros, hubiéramos o quisiéramos que hubiese sido mucho más ágil... Resultados antes, pero como todo, las cosas van lentas”...
(FT-15)

Junto a esto, también se manifiesta la opinión de que existen farmacéuticos que “creen” que ya realizan servicios cognitivos, aún sin realizarlos, y que por tanto no son conscientes de su necesidad de cambio.

... “o dicen creer que ya saben lo que es la atención farmacéutica, o el error es creer que lo que han estado haciendo toda su vida es atención farmacéutica.” (FT-12)

Los farmacéuticos tienen inseguridad ante el cambio, probablemente por falta de preparación.

“Inseguridad, me da la impresión de eso... creo que en el fondo no se siente preparado” (ES-03 U)

De manera opuesta, el farmacéutico tiene mucha formación aunque se vuelve a confirmar la escasa implantación de los servicios cognitivos en la Farmacia comunitaria, y se plantea la cuestión de por qué a pesar de la adquisición de suficientes conocimientos prácticos mediante la participación en actividades formativas, al final no se da el paso decisivo para ir implantando en la práctica nuevos servicios, es decir, para poner en práctica los conocimientos adquiridos.

“Pero yo voy a un curso de diabetes, aprendo un huevo de diabetes y al día siguiente vienen tres pacientes de diabetes y lo único que hago es darle a la caja... ¿Por qué? ¿Por qué yo al día siguiente?... ¿Por qué esa dificultad de pasar de la teoría a la práctica? ¿Por qué esa dificultad? ¿Por qué?,...” (FT-07)

Incluso se ha llegado a una situación paradójica en la que todo el mundo habla a favor del cambio profesional pero no se actúa a la

...”es una cosa un poco sorprendente. Si tú los oyes hablar a todos, parece que a todo el mundo le interesa mucho

hora de apoyar la práctica; es como si se quisiera, en realidad, que todo siga manteniéndose como está.

esto y quieren apoyar un proceso de cambio, pero luego, cuando llega la hora de la verdad, no hacen nada... Yo creo que lo que quieren es que se quede todo como está... es algo raro”... (ES-03 U)

Opinión en cierto modo confirmada por la afirmación según la cual se constata que los problemas de la farmacia derivan de aspectos económicos (directivas del comercio, libre competencia etc,...) y que para luchar contra ellos la mejor estrategia es no tocar el actual modelo profesional.

“El problema está... si empezamos por ver que en Europa, nuestros problemas de farmacia, se mueven más por las directivas de comercio, por las directivas de asuntos exteriores, por la libre competencia...” (ES-08 C1)

“Siempre que los mínimos estén cubiertos”, la barrera para la implantación de servicios cognitivos no es económica sino de actitud y visión de futuro. Falta la suficiente actitud de disposición de ayudar a los pacientes a resolver sus problemas derivados del uso de los medicamentos.

”... Pero cuando tiene los mínimos cubiertos, no sé... el problema es más de mentalización, de visión de futuro, más que el económico.” (ES-12 C1)

“A mí desde luego me afecta muy poco que me paguen o que no me paguen... pero me sabe muy mal, quizás porque yo tengo mis servicios cubiertos, y al tenerlos cubiertos, yo no quiero mas dinero, ...” (FT-06)

Se recuerda también que, a esa necesidad de cambio de actitud como mayor barrera para la implantación de servicios cognitivos, se une la necesidad de cambio de modelo ya que el modelo basado exclusivamente en la distribución de medicamentos está agotado debido, entre otros motivos, a los avances tecnológicos de la actualidad. En este entorno cobra más importancia la implantación de servicios de manera que se vayan ampliando los objetivos de la práctica farmacéutica.

...”el problema de la gente es que no se está dando cuenta que el modelo se está agotando. Y que si quiere seguir ganando dinero, tiene que ganar dinero en lo que la sociedad lo valore. Y ahora mismo, pues entregar el medicamento correcto en el momento correcto, con el Internet, con la logística que hay, que no sé qué, que no sé cuanto, ese tema, ahora mismo es...” (FT-07)

Se afirma que para que de una manera real se implanten servicios cognitivos es preciso que se produzca un cambio de actitud individualizada, en cada uno de los farmacéuticos, señalándose además que siempre es posible encontrar una excusa para justificar la no implantación de estos servicios.

“O sea, el cambio de actitud tiene que ser una cosa asumida individualmente por cada..... Y excusas para no hacer nada hay muchísimas ¿no?” (ES-05 A2)

Ante esa necesidad de cambio de actitud orientada a implantar servicios cognitivos no se detecta la existencia de grupos organizados pero sí se observan actitudes que agregadas tienen un claro efecto negativo en ese sentido, transformándose en una barrera para la implantación de servicios.

“Grupos en contra, no te sé decir... No lo sé... Pero yo creo que actitudes, que... todas agregadas... Es decir,... es que yo creo que actitudes cerradas, en las que limitarse a la dispensación... Eso... se convierte en una barrera...” (FT-12)

Barreras que provienen de profesionales que afirmando que defienden la atención farmacéutica como vía de futuro, plantean actuaciones a futuro sin querer abordar con decisión el presente posponiendo cualquier iniciativa de cambio real en su práctica cotidiana.

...”estamos, en un momento en que los colectivos, las organizaciones, están jugando ahora mismo, al día de hoy, un papel barrera. Barrera absolutamente ¿no?...¿Por qué?... Yo creo que precisamente ahora los enemigos son los que están dentro... Porque ya todo el mundo admite que la atención farmacéutica es el futuro... pero... para conseguir el futuro tienes que mover el presente ¿no?” (FT-07)

Y, es que no existen ganas de cambiar, lo que le lleva a una actitud pesimista respecto al futuro de la profesión.

...”es decir, tanto la empresarial como el consejo general son frenos,... soy bastante pesimista, si porque veo que dentro no hay ganas de cambiar, dentro del colectivo...” (FT-10)

En realidad no hay verdaderas presiones negativas en contra del cambio profesional, aunque tampoco se ven como necesarias porque se afirma que no existe un proceso de cambio real ya que son muy pocos los profesionales de la farmacia que quieran cambiar.

“No yo creo que no hay voluntad de que cambie. No es que alguien este precisamente en contra, yo creo que es justo al revés, no hay demasiada gente...” (FT-11)

Hay opiniones que se plantean la siguiente cuestión: ¿para qué cambiar?. Cuanto mejor profesional se es, más beneficios económicos se obtienen, y esta afirmación es aplicable a todos los sectores, incluida la farmacia. Hoy aquellos farmacéuticos que profesionalmente actúan bien ya tienen una recompensa económica que no tienen otros.

... “yo digo siempre lo mismo, si tú eres un buen profesional, al final como en todos los profesionales se nota en tus incentivos económicos... Es decir, te irá mejor económicamente...” (ES-08 C1)

Además se menciona que el farmacéutico va modernizando sus establecimientos sin ninguna exigencia exterior, tan sólo por dignidad profesional. Por ello, se afirma que la farmacia española en su

“Ha mejorado el estatus de su farmacia, sus instalaciones, muchas veces sin necesidad... O sea, tú estas sólo en un pueblo... No tienes que cambiar

conjunto avanza a un ritmo razonable.

teóricamente, y sin embargo, cambias... ¿Qué hay? Ahí hay un aspecto, claramente profesional,... de dignidad... creo” (ES-08 C1)

“... ya se está cambiando... avanzar... Se está cambiando... La verdad es que creo que se está cambiando” (FT-09)

Se abunda en la opinión anterior y se afirma que la farmacia actual está evolucionando y lo hace para atender las necesidades de la sociedad, que cada día es más culta y más exigente. La farmacia siempre ha respondido a esa necesidad y lo sigue y seguirá haciendo.

“... la propia sociedad nos está llevando a hacer una farmacia, a mi no me gusta llamarla más profesional, porque pienso que siempre hemos sido profesionales... Pero quizás una farmacia más adecuada a las necesidades de la gente. ...” (ES-09 C1)

Hasta tal punto se está evolucionando que se afirma que actualmente está a punto de culminar una gran primera etapa de transformación de la Farmacia.

“Y creo que estamos en pleno proceso de cambio, estamos intentando culminar una gran primera etapa de transformación de la farmacia”. (ES-09 C1)

Por tanto se cambia a buen ritmo, ritmo que permite ser optimistas de cara al futuro ya que, se afirma usando un símil marino, que "si el barco no se ha hundido hasta ahora, jamás se va a hundir, pase lo que pase”

... “No lo tengo claro, Miguel Ángel, no lo tengo claro... Y creo que no, creo que no. Creo que hay una muy buena parte del colectivo que piensa que "si el barco nunca se ha hundido hasta ahora, jamás se va a hundir, pase lo que pase"... (F-01)

Ese optimismo y constatación de una realidad de cambio en la farmacia es contraria a la afirmación que asegura que es difícil definir un modelo único de farmacia, debido fundamentalmente a la poca capacidad de auto-análisis y a la dispersión geográfica del colectivo.

“Yo creo que primero por esa escasa capacidad de auto análisis y segundo también por la dispersión numérica geográfica, del colectivo, es muy difícil, ...intentar definir un modelo único, un modelo mas o menos uniforme sobre cómo debería ser la farmacia”. (ES-02 C2)

Es preciso tener una actitud más autocrítica y abordar un proceso de crítica interna en nuestro colectivo. Se manifiesta en este sentido que no es de recibo que los análisis sobre las actuaciones y práctica profesional del colectivo farmacéutico se tengan que hacer desde organizaciones ajenas al mismo.

...”parece mentira, parece mentira que tengan que venir los de la OCU, a denunciar algo, que tendría que ser corregido desde el interior, que sería en este caso, del colectivo farmacéutico”...(FT-01)

Los farmacéuticos no están persuadidos de la necesidad de cambio, probablemente porque no conocen el objetivo final que se persigue

“Sin embargo si estoy absolutamente persuadido que lo que hay, es en términos generales, una escasa

- con la implantación de nuevos servicios cognitivos, lo que puede originar incertidumbres y traducirse en una barrera. Hasta el punto de que ese desconocimiento puede justificar las resistencias que encuentra el proceso de cambio en su avance o, dicho de otro modo, se afirma que las presiones en contra de la implantación de servicios cognitivos se basan fundamentalmente en el desconocimiento del farmacéutico sobre su futuro profesional.
- Junto al desconocimiento, en la actualidad, lo que realmente marca la pauta en el colectivo farmacéutico es la “pereza profesional” existente.
- Pereza que es abordada desde otra perspectiva con la manifestación de que existe una gran diferencia entre asumir una innovación (“enamorarse”) y aplicarla (ponerla en práctica). La asunción de la innovación supone un cambio de actitud, un cambio en la estructura mental y su posterior práctica y ofrecimiento al público, lo que demanda un esfuerzo adicional al que se opone esa denominada “pereza profesional”.
- Además, el farmacéutico está más receptivo a los asuntos relacionados con aspectos empresariales, económicos y de gestión administrativa, que a los temas relacionados con el mundo cognitivo, con los aspectos profesionales.
- Esta afirmación se complementa con la opinión de que los aspectos empresariales y profesionales de la farmacia vienen impuestos por la propia naturaleza jurídica de la misma.
- Sin embargo, el farmacéutico no separa los aspectos comerciales de los profesionales, por lo que vende productos milagro, cosmética, dietas mágicas de adelgazamiento, etc... De forma genérica, en la farmacia, actualmente, se venden productos no efectivos. A pesar de ello, al menos, estos artículos no ocasionan daño a sus usuarios.
- percepción de la necesidad de ese cambio, es decir, ¿cambiar para que?” (ES-02 C2)*
- “Yo creo que no. En el fondo no conoce lo que es. La mayoría de la gente que intenta frenar esto es por desconocimiento o por interés...” (FT-14)*
- “Yo creo que lo que realmente marca la pauta es la pereza profesional...” (ES-10 E)*
- ... “somos pocos... los que nos hemos enamorado de una idea y que la practicamos ¿no? Porque una cosa es enamorarse y la otra practicar... Yo creo que nos hemos enamorado de la idea lo suficiente como para cambiar de actitud, para cambiar la estructura mental, para practicarla y para ofrecerla a la gente...” (FT-06)*
- “Entonces pues al final para la gente lo más imperante es lo que tiene que ver con la parte económica de la farmacia y eso se nota muchísimo.... Se nota muchísimo cómo captan por ejemplo una normativa económica a cómo captan una normativa profesional.” (ES-16 A1)*
- “... yo creo que no está reñido el aspecto profesional y el aspecto empresarial. Yo creo que además nos impone la propia naturaleza jurídica de la farmacia, actual ¡eh! Otra cosa que hablemos de que si no es bueno, cambiar la naturaleza jurídica...” (ES-12 C1)*
- “... hay tal brecha entre lo que para el farmacéutico es su farmacia como negocio y luego lo que es profesional, que lleva al hecho de que en el colegio de Madrid se pueden vender chalecos reflectantes para los accidentes de tráfico,... o que*

Aquellos productos que pueden ser perjudiciales para la salud no deberían ser vendidos por un farmacéutico.

haya productos milagro que estén en la farmacia. ...Las cosas que son, no sé... los cosméticos, eso no ataca a nadie, ahora un producto de adelgazamiento que es perjudicial para la salud, no lo puede vender un farmacéutico". (ES-16 A1)

El hecho de la existencia de estos productos límite se justifica porque en la farmacia actual prima la parte económica sobre la profesional. Este hecho hace además que junto a la situación de venta de productos de dudosa ubicación en la farmacia se frenen actividades cognitivas, cuya implantación sería más importante si éstas fuesen pagadas.

"Porque lo que prima es la parte económica, antes de la profesional.... O sea siempre terminamos hablando de dinero. ..., si en el tema del seguimiento hubiese dinero por medio, seguro que se avanzaría". (FT-14)

Además, se constata que el farmacéutico está demasiado anclado en la gestión económica y administrativa. En este sentido se afirma que el farmacéutico debería ser consciente de sus limitaciones en estos ámbitos ya que si trata de competir con gestores profesionales profundizando en las cadenas, logos, etc.. está introduciéndose en un peligroso camino a medio plazo debido fundamentalmente a la debilidad económica de la farmacia que bajo ningún concepto va a poder competir con esas grandes y bien organizadas estructuras económicas.

... "parece que lo que nos preocupa es lo económico y (el farmacéutico) es el peor economista del mundo... se está metiendo en un mundo, en que como... pretenda usted competir con lo que es delegar una cadena... vamos, le barren a usted al primer plumazo... Por tanto, no pierda usted esa dignidad profesional, aprovechamiento de espacios, mayor integración en la gestión, pero ¡contra! no se haga usted tan empresario,"... (ES-08 C1)

Este entorno tan economicista es un entorno poco profesional que origina inseguridad al farmacéutico, sobre todo en sus primeros años de andadura profesional. Los farmacéuticos tienen inseguridad ante el cambio, probablemente porque cuando comienzan a trabajar en la práctica diaria lo hacen en un entorno "superficial" poco profesional, y por tanto poco favorable. De esta manera las habilidades que en otras profesiones se van adquiriendo con la práctica diaria, no se adquieren en la práctica cotidiana de la farmacia. La consecuencia es que el farmacéutico se queda anclado en la gestión.

.... "yo pienso que ellos entienden que las habilidades y actitudes, se adquieren con la práctica, pero se siente inseguros..., eso les pasa a todos los profesionales; estoy segura de que cualquier médico al principio se siente inseguro, empieza a estudiar,... pero como el farmacéutico, cuando comienza a hacer prácticas, se queda en una parte muy superficial del medicamento, pues cada vez se siente más inseguro"... (ES-03 U)

En relación a la excesiva dedicación a los aspectos de gestión por parte del farmacéutico se afirma que quizás el farmacéutico está demasiado centrado en sí mismo, en la actividad interior de la farmacia, en sus necesidades inmediatas, sin analizar realmente

..."que el mundo de la salud adolece de una gran falta de información sobre el paciente ... ¿no? De que quizás lo profesionales estamos pensando mucho más en lo que son nuestras necesidades", (FT-07)

cuales son las necesidades de los pacientes.

Se insiste en ello cuando se afirma que los farmacéuticos desconocen las demandas reales de los usuarios o, al menos, no obtienen conclusiones operativas correctas, estratégicas ni cotidianas en cuanto a los posibles nuevos servicios que pueden implantar.

“Pero desconfío de la capacidad de análisis del farmacéutico respecto a sacar conclusiones operativas, estratégicas y mucho menos del día a día, vinculadas a las demandas de la gente...” (ES-02 C2)

Este déficit de análisis de las demandas sociales en la farmacia es constatado también por una opinión que afirma que la razón de ser de los farmacéuticos es el medicamento pero que el colectivo no tiene claro si la sociedad, además, no demanda a la farmacia otros aspectos complementarios tan importantes como el medicamento en sí. Se afirma que de la misma manera que lo hace la farmacia, también la sociedad evoluciona y, por tanto, va cambiando sus requerimientos hacia lo que los farmacéuticos deben ofrecer a los usuarios, hasta el punto que se afirma que estos nuevos requerimientos pueden ser tan importantes como el propio medicamento.

... “el medicamento,... es mi razón de existir”, porque es verdad, desde el punto de vista universitario, nosotros somos los expertos del medicamento y farmacológicamente es nuestra razón de existir... Pero es que lo que no sabemos es, si la sociedad en esa transformación que también está sufriendo, necesita que además del medicamento se le den una serie de complementos que le pueden ser tan necesarios o que pueden entenderse como medicina preventiva, tan importante como lo que es el propio medicamento en sí”. (ES-09 C1)

Entre estos nuevos servicios que la sociedad va demandando, no se encuentra el seguimiento farmacoterapéutico ya que, hasta el momento actual, no ha sido visto como necesario por ningún colectivo; ni los pacientes ni los médicos ni, en muchos casos, los propios farmacéuticos lo ven como necesario.

... “no lo que creo que en estos momentos, a lo mejor me equivoco, no yo creo que desde mi opinión, hasta este momento, nadie ha visto que lo que se necesita ahora mismo es eso.” (ES-06 A2)

En esta situación de necesidad de análisis sobre si la farmacia debe cambiar o no, o hacia donde debe dirigirse, se opina que aunque es normal que exista una resistencia natural al cambio por parte del farmacéutico comunitario, también es imprescindible ser capaz de reconocer aquellos momentos en que es necesario el cambio y sobre todo conocer hacia dónde ha de encaminarse la profesión. Y esto, de acuerdo con estas opiniones, a día de hoy falta.

“Hay varias cosas, una es la resistencia humana al cambio, sucede en cualquier actividad. ... Luego para que alguien cambie un momento esencial, es tener muy claro qué es lo que hay que hacer en la nueva situación. Y eso quizás ahora no se ha producido...” (ES-16 A1)

Se opina también que ese miedo natural, normal, que se siente al comienzo de un proceso de cambio debe ir desapareciendo a medida que se comienza a evolucionar.

“Bueno, siempre en todas las evoluciones hay una reserva... Miedos que van desapareciendo cuando te vas metiendo en ello.” (ES-08 C1)

Lo que ocurre es que ese miedo que se siente por parte de algunos farmacéuticos no se refiere tan sólo a la normal resistencia al cambio sino que se siente miedo a los resultados económicos que como consecuencia del mismo puedan resultar en la farmacia comunitaria.

“yo creo que en el fondo hay muchos colectivos que no les interesa cambiar, que les da miedo el cambio, ... Les da miedo el que la estructura tal y como está ahora funcionando económicamente de la farmacia, haya un cambio y económicamente sea perjudicial.”
(FT-05)

Además se opina que existe otro factor que produce miedo y es la inseguridad derivada de la falta de conocimiento. Así lo afirma un entrevistado que manifiesta que comenzar haciendo seguimiento a todos los pacientes es un problema porque además de que requiere mucho esfuerzo, el farmacéutico no se encuentra seguro de sus conocimientos.

“...el tema de empezar, con todos los pacientes a hacer seguimiento también lo veo un problema, porque hay que estudiar y necesitamos mucho esfuerzo,... y yo creo que eso mismo, nos da una inseguridad”
(ES-01 C1)

Junto a los temores derivados de los posibles peores resultados económicos consecuencia del proceso de cambio y a la falta de conocimientos para llevarlo a cabo, también se opina que el farmacéutico tiene miedo a asumir nuevas responsabilidades.

“...si pero... sí hay un cambio importantísimo, ... y es la responsabilidad;..., en el campo profesional, lo que da miedo son las responsabilidades,...”
(ES-04 U)

Miedos que hacen que se opine que es el propio farmacéutico la mayor barrera, aunque también el principal facilitador, en la implantación de servicios cognitivos, y por tanto del proceso de cambio que se está discutiendo.

“...lo único que facilita que, o que dificulta, creo que somos los propios farmacéuticos ¿no?”
(FT-07)

Se recuerda que el farmacéutico es un profesional que trabaja aislado, en ocasiones sin conexiones con el resto del mundo de la salud hasta el punto de que llega incluso a no conocer en profundidad a su principal cliente, la Administración.

“... A lo mejor estamos un poco aislados...” (FT-12)

“...yo he tenido que ver con muchos farmacéuticos, de no saber ni lo que es nada, ni lo que es un centro de salud, ni que eso de la consejería y el servicio regional de salud, dices ¡Hombre! Esas son cosas básicas y tú formas parte de este sistema sanitario y te debería de preocupar, quien te paga, aunque solo sea quien te paga.”
(ES-15 A1)

También se añade que en este momento el farmacéutico individualmente no es capaz de abordar el proceso de cambio lo que

“A mi no me parece que pueda ser individualmente. Yo... me parece una profesión bastante dividida, bastante solitaria...”

le convierte en una barrera ya que se transforma en una profesión (ES-15 A1) dividida y solitaria, muy dependiente de su corporación.

Por otra parte se afirma también que se trata de una profesión relativamente cómoda, hecho que tampoco facilita el cambio. “Sí, sí es una profesión cómoda.” (FT-10)

Esto justifica una opinión que afirma que los farmacéuticos son conservadores debido a la solvencia económica y a la relativa comodidad de su ejercicio profesional. Sus grandes preocupaciones son los porcentajes, el funcionamiento del mercado, y otras medidas económicas-mercantiles. La comodidad y el conservadurismo son, por definición, enemigos del cambio por lo que pueden ser identificados como barreras para el mismo. “...la comodidad desde un punto de vista social provocada por una solvencia, llamemos económica suficiente,... provoca un cierto conservadurismo. Por lo tanto, para un profesional que se encuentra cómodo, cualquier cambio y cualquier cambio importante, como puede ser el que estamos apuntando, puede ser... da, provoca cierto rechazo.” (ES-04 U)

Junto a esa comodidad con su actual modelo de la práctica se encuentra la satisfacción con el actual estatus social. Ambos son considerados como causantes de que en general el profesional farmacéutico no sea receptivo al cambio. “...el profesional de la farmacia en términos generales es un profesional cómodo, desde un punto de vista de estatus social. Por tanto estamos hablando de gente que esta haciendo una farmacia, llamémosle buena, que podría hacerla mejor, pero que ese condicionante de estatus, provoca que no sea muy receptivo a cambios profundos o bruscos.” (ES-04 U)

Sin embargo también se afirma que a lo largo de estos últimos años en los que se pasó de la fabricación de los medicamentos a una actividad fundamentalmente distributiva, a pesar de haber ganado en estabilidad económica, el farmacéutico ha perdido en autoestima. “...hace sesenta, setenta u ochenta años, el farmacéutico tenía que preparar los medicamentos, el también tenía una especie de crecimiento de autoestima, ¿qué pasa?, que al nivel de la dispensación, se ha ido perdiendo.” (FT-10)

La situación económica relativamente solvente, con pocas exigencias en cuanto a responsabilidad, causa un alto grado de inmovilismo con el objetivo de preservar el actual *statu quo*, transformando al farmacéutico en una persona fundamentalmente cómoda. Se afirma que las nuevas generaciones no admiten esta situación que es, por otra parte, la más frecuente. “Aquí hay un problema generacional importante, ... Pero es como que estas nuevas generaciones no consienten tanto el hecho de ganar dinero a cambio de nada. A cambio de esa falta de responsabilidad absoluta.” (ES-07 A2)

Frente a ese inmovilismo generalizado tan sólo se aprecia una tímida presión positiva por parte del colectivo.

*“Mira, yo creo que hay una tímida presión por parte del colectivo, que apoya todos estos temas de la atención farmacéutica...”
(FT-01)*

Tímida presión porque se mantiene que es tan sólo un pequeño grupo de élite el que apoya verdaderamente el cambio y la implantación de servicios. Frente a este reducido grupo se afirma que se encuentra la Corporación, completamente inmovilista. Existe también una gran mayoría silenciosa, inmovilista, y un 30% de farmacéuticos que no quieren oír hablar de ningún tipo de cambio.

“... en la elite... porque estamos siempre, más o menos los mismos... Y otra cosa es el resto de la profesión que está representada por la gran... por la corporación... Entonces que la corporación sea inmovilista, es otro motivo para que los políticos, no sean capaces de apostar por nosotros en absoluto...”(FT-02)

A pesar de que hasta el momento se han apuntado varias barreras o dificultades como son la aptitud, la comodidad, la falta de formación y la actitud de los farmacéuticos, también se percibe inquietud por la falta de pago de los servicios cognitivos. Así, para un farmacéutico, el hecho de que la remuneración del farmacéutico se de sólo en una dirección, en función de las ventas de medicamentos, evidentemente es un factor limitante del desarrollo de los servicios cognitivos.

*“Claro, claro... en que la remuneración sea sólo en una dirección, y de una manera, limita el desarrollo del... de esos servicios. ¡Claro que los limita!”
(FT-04)*

Se aventura que sin incentivos no se implantarán los servicios cognitivos de una manera tangible y visible por la sociedad. Y ello, porque para varios entrevistados la falta de pago de los servicios supone una pérdida de rentabilidad de la farmacia por incurrir en un aumento de los gastos sin una contrapartida económica. En este sentido un farmacéutico afirma que es más rentable no hacer seguimiento farmacoterapéutico que hacerlo, mientras que otro confirma que no es económicamente rentable realizar el mismo servicio afirmando que lo que origina rentabilidad para la farmacia es la dispensación, o, dicho con sus palabras, “estar mucho rato en el mostrador”.

*“... e incluso, es más rentable no hacerlo (seguimiento). Porque claro, estás perdiendo muchísimo tiempo, que tú lo puedes utilizar en otras cosas o para atender a más pacientes...”
(FT-02)*

“Entonces yo creo que económicamente es más rentable, económicamente, es estar mucho rato en el mostrador y que te digan y que te conozcan y que tal.” (FT-05)

También se menciona que la implantación de servicios profesionales supone dedicar tiempo, esfuerzo y dinero a cambio de “nada”, hablando en términos económicos.

*“Creo que el farmacéutico es preso del propio sistema ... no entiende por qué tiene que tener A menos B,... a cambio de nada, porque si no lo hago, cobro exactamente lo mismo.”
(ES-15 A1)*

Está claro, según opiniones de farmacéuticos entrevistados, que a día de hoy, para ofrecer servicios de atención farmacéutica se debe ganar dinero como resultado de otra actividad, fundamentalmente de la dispensación, ya que mientras no se pague por servicios, estos serán deficitarios.

“Porque yo en el último congreso de atención farmacéutica he sacado una conclusión fundamental y es que como no nos paguen, esto se hunde. La atención farmacéutica se hunde, porque no se puede estar toda la vida manteniéndose con la ilusión.” (FT-13)

Opiniones que son confirmadas por otras que por un lado afirman que implantar servicios profesionales supone, como mínimo, la obligación de contratar un farmacéutico adicional con su coste económico correspondiente, mientras que por otro se asegura que la implantación de servicios cognitivos, al final, sólo aporta tensión, disgustos y ningún ingreso para amortizar el coste añadido que conlleva su realización.

“... les va a generar un gasto, que no se va a ver compensado de ninguna forma. Prácticamente de ninguna forma” (FT-01)

“¿Costo de la atención farmacéutica? Un empleado, una seguridad social ... ¿Para qué? Para que no te reporte nada; nada más que más tensión, más cabreo, la gente no se da cuenta, que no pueda amortizar esos cuatro millones, y si no puede amortizar esos cuatro millones, bueno, dejo de gastar.” (FT-09)

Negro panorama porque si el servicio no se autofinancia, no es posible su sostenibilidad; lo mismo afirma un farmacéutico que manifiesta que un servicio nuevo puede ser deficitario transitoriamente, pero no siempre. Si no se autofinancia a medio plazo, hay que eliminarlo.

“...un servicio nuevo y al principio puede ser deficitario, porque lo pagan los otros. Pero no puede ser deficitario toda la vida. Si sigue siendo deficitario, pues hay que eliminarlo ¿no?” (FT-13)

Y es que, se recuerda que los farmacéuticos son personas que, como la inmensa mayoría, necesitan ingresos económicos y que no es posible que vivan altruistamente.

“...antes que farmacéuticos somos personas. Y si las personas necesitamos dinero y no nos lo dan, hacemos otras cosas....” (FT-09)

Tan importantes son los aspectos económicos que un farmacéutico los antepone claramente a factores de cualificación profesional.

“Yo creo que si, hombre también influye el tema del curriculum vitae, de las acreditaciones y tal, pero yo creo que influye muchísimo más el aspecto económico.”(FT-05)

Por tanto, queda claro que los aspectos económicos, derivados de la falta de pago de los servicios cognitivos, son importantes hasta el punto de poder transformarse en un elemento facilitador, tal como afirma un farmacéutico. Esta opinión asegura que los aspectos económicos son tan importantes a la hora de implantar nuevos servicios, que si se pagara el seguimiento farmacoterapéutico habría

“Yo creo que le papel que juega es fundamental. Un peso súper importante, pero yo tengo clarísimo que si mañana le pagan treinta euros al farmacéutico por paciente que tenga en seguimiento, todos tendrían doscientos pacientes en seguimiento.” (FT-14)

muchos farmacéuticos prestando ese servicio a muchos pacientes.

Sin embargo también se afirma que hoy día, con el sistema de remuneración existente, el aludir a la falta de pago de los servicios para justificar su no implantación no es sino una coartada, una excusa, en la que escudarse para no asumir la responsabilidad de implantar servicios cognitivos.

“Yo creo que tampoco tanta... yo creo que tampoco tanta, aunque pueda ser una excusa, yo creo que es una excusa, pero no una realidad. Yo creo que la gente no deja de hacer cosas porque estas le cuestan dinero.” (FT-11)

Aún así se manifiesta la opinión de que el seguimiento farmacoterapéutico es el servicio más costoso y que eso justifica la no implantación de éste u otros servicios de una manera generalizada.

“Es muy importante el coste que pueda suponer el desarrollar servicios de atención farmacéutica, por ejemplo, el de seguimiento que es el más costoso”. (FT-12)

Esa afirmación se refuerza con la idea mantenida por algunos entrevistados del mundo de la farmacia que mantienen que ésta se encuentra en una situación económica límite que no va a poder soportar otras actuaciones de la Administración como por ejemplo otra disminución del margen, ya que los gastos generales que soporta la oficina de farmacia hoy día son muy elevados.

“... decreto 5/2000... ese ha sido el palo más gordo y más sin sentido que han dado... Entonces, bajar más el margen: ¡no por favor! Porque el margen, entre empleados, y esto y lo otro..., el diez por ciento es el real... ¿sabes? No me queda más de margen...” (FT-09)

Esta opinión es reforzada por otras que afirman que modificar el actual sistema retributivo mediante recortes del margen que conducen a una disminución de los ingresos de la farmacia, pensando en conseguir un ahorro para el Sistema, no es la mejor estrategia para conseguir que el farmacéutico implante nuevos servicios, añadiendo que además que este tipo de políticas de disminución continuada del margen, acaban repercutiendo negativamente en el propio sistema.

“Siguiendo con el sistema retributivo que tenemos ahora mismo y no cambiando nada, teniendo los márgenes como están, lo que pueda hacer que la gente cambie, desde luego no es eso.” (FT-11)

“Y entonces bajar la rentabilidad de las farmacias sencillamente pensando en un ahorro del sistema, creo que es malo para el servicio farmacéutico”. (ES-11 E)

Esta estrategia de la administración sanitaria de mantener una continua reducción en los márgenes de la farmacia comunitaria ha conseguido que, en estos momentos, la situación actual en materia económica de la farmacia suponga un freno ante cualquier iniciativa de cambio.

“...este momento histórico concreto, se nos ha vuelto en contra, porque las medidas de carácter económico, etc. motivan poco al farmacéutico a colaborar, con actitudes proactivas hacia esto.” (ES-14 E)

Además, esta problemática se acentúa de una manera más evidente si hacemos referencia a las farmacias pequeñas, con poca

“... en España hay todavía farmacias muy pequeñas que están ofertando un buen servicio a costa de un esfuerzo

rentabilidad económica, que sobreviven a base de esfuerzo personal e imaginación. *profesional del individuo, en imaginación, en solventar los problemas y tal...” (ES-11 E)*

Se manifiesta la existencia de diferencias radicales entre la imagen que, en aspectos económicos, la farmacia transmite a la sociedad y la percepción de los farmacéuticos sobre la realidad económica actual de ‘sus’ farmacias. En este sentido se opina que la imagen que la farmacia transmite a la sociedad es la de que es un “negocio” aunque, en opinión del informante, esto no sea cierto. *“El farmacéutico es un profesional al que su empresa o su pequeña empresa, le da lo suficiente para poder vivir dignamente... Sin embargo, la imagen que se está dando a la sociedad es que sí es un negocio para todo el mundo... Yo creo que está pasando igual que con los futbolistas... Los futbolistas de XXX ni cobran... Y creo que son la mayoría... Pero claro, la gente identifica futbolistas con los del Real Madrid, no con los de XXX...” (ES-06 A2)*

Se afirma en ese sentido que la disminución de beneficios en la farmacia ha sido de tal envergadura que en estos momentos la remuneración del farmacéutico está llegando a niveles de salario de un técnico en lugar de salarios acordes a un profesional. *“... pero hoy en día lo que hacemos es bajar el margen pero no se pagan los servicios. La cuestión es bajar a un nivel de cobro de técnico.” (FT-10)*

Un problema añadido con el que se encuentra el mundo de la farmacia es que no le llega un mensaje claro de sus líderes profesionales en relación a hacia dónde debe caminar la profesión. Como consecuencia de ello, el profesional se encuentra desorientado lo que supone que no se pueda caminar en un sentido único. *“... sino la incertidumbre sobre qué tipo de cambios son los que esperas de él, el que a la gente se le diga hacia donde debe de ir... y no ha entendido cómo y creo que todavía en eso seguimos fracasando.” (ES-16 A1)*

Una opinión que refuerza esa idea manifiesta que lo que ocurre es que al no existir un mensaje claro sobre el rol profesional del farmacéutico, “lo importante no está aún definido”. El farmacéutico sigue las indicaciones que sus organizaciones profesionales le envían; de esta manera ha evolucionado técnicamente, ha mejorado la gestión administrativa y empresarial de las farmacias, etc... Sin embargo, falta un concepto unívoco en relación a, cuál debe ser, o en qué debe consistir, la práctica farmacéutica en el futuro. Y es que el farmacéutico siente la necesidad de saber qué se espera de él, qué *“Le han dicho que cambie las farmacias; ya las han cambiado. Le han dicho que estudie gestión, ya está estudiando gestión. Que ponga ordenador, ya lo ha puesto. ... y haces los cambio que has de hacer, es cambiar el punto de venta informático, por el punto de atención informática, que requiere la atención personalizada., pero al final...lo importante no está definido...” (FT-08)*

es lo que se supone que debe de hacer en su futuro profesional, o dicho de otro modo, cual es el objetivo del cambio. *“Sí, y sin embargo hay mayor inquietud que nunca, eso lo digo así, y mayor profusión a decir: “Bueno, dime lo que tengo que hacer” (ES-08 C1)*

Esta necesidad no sólo no se ve atendida sino que se magnifica más cuando los líderes actuales plantean actuaciones en direcciones diferentes. Este proceder es muy negativo porque confunde incluso a aquellos farmacéuticos que están en disposición de cambiar pero que se sienten desorientados por la divergencia de mensajes.

“...siguen divergiendo atrás, entonces desorientan.” (ES-16 A1)

Se menciona que esto ocurre por un exceso de protagonismo en los líderes profesionales actuales.

“...existe un problema clarísimo en este país de protagonismo...” (ES-13 C1)

Líderes que no son capaces de plantear un proyecto común a largo plazo para la profesión.

“Al no haber... un proyecto profesional a largo plazo, lo que estamos intentando hacer ahora, seguramente que ni tu ni yo lo veremos realizado, y esto es duro...” (FT-08)

Hasta tal punto se manifiesta esa falta de proyecto de futuro que algunas de las actuaciones actuales, en lugar de apoyar la Atención Farmacéutica y la implantación de nuevos servicios, desvirtúan ese futuro.

“Por ejemplo, el consejo de colegios con su plan de atención farmacéutica, me parece que está haciendo bastante daño. O que va a hacer bastante daño, porque va a desvirtuar el futuro... Las empresariales... que las empresariales hayan abandonado la atención farmacéutica....” (FT-07)

El funcionamiento interno de la farmacia en lo que hace referencia a actividades administrativas derivadas fundamentalmente de los convenios de prestación farmacéutica firmados entre la corporación y la administración sanitaria suponen una carga excesiva de trabajo burocrático, administrativo y de gestión que dificulta mucho la dedicación a otras actividades más profesionales. Se afirma que es importante descargar de este tipo de tareas al farmacéutico para que pueda realizar una reorganización del tiempo y redistribución de las tareas a nivel interno, en la farmacia.

“Porque yo me acojo al convenio, soy farmacéutico, creo que tengo una formación fuerte y con el convenio normal, yo no sé facturar... Yo no entiendo como en el siglo veintiuno, hay que hacer veinticinco cosas distintas: MUFACE, ISFAS, recetas con punto, sin punto... recetas de especial control médico, de diagnóstico hospitalario, lo otro de no sé cuanto, lo otro de no sé qué... O sea que el cuarenta por ciento de nuestro tiempo...” (ES-06 A2)

Otros aspectos relacionados con las barreras para la implantación de nuevos servicios son los relativos al actual modelo de farmacia. En este sentido se afirma que el actual modelo minifundista es insostenible y debe reorientarse desde la actual eficacia a la eficiencia deseable, manteniendo siempre la garantía de facilidad de acceso al medicamento que ofrece la farmacia actual.

“...el modelo debería huir del minifundismo... se deberían ensayar fórmulas nuevas... para llegar a todas partes con garantías pero con más eficiencia... Hoy llega con una gran eficacia, pero no con eficiencia....” (ES-13 C1)

En este sentido se recuerda que el tamaño de la farmacia española es bastante menor que el de la europea, lo que supone un obstáculo añadido para el desarrollo profesional. *“...la farmacia europea...es más grande objetivamente.” (ES-11 E)*

Este menor tamaño, que lleva parejo un número reducido de personal en las farmacias, hace que debido a que la implantación de estos servicios cognitivos consume recursos de tiempo y de personal, esto se convierta en otra barrera importante. *“... como eso consume recursos,... recursos de tiempo,... y de personal...” (FT-04)*

Además, se manifiesta que con el sistema actual de remuneración no se puede ofrecer servicios a muchos pacientes ya que hay que dedicar tiempo a otras tareas de gestión y administrativas, que suponen una importante dedicación en tiempo. *“...con ese sistema de remuneración no se puede hacer muy extensivo... o si tratas a los obesos, pues tendrás cuarenta y si tratas a los... si haces seguimiento, pues tendrás cincuenta. Porque el resto te tienes que dedicar a si se hizo bien el pedido, si se devolvió al almacén, que si no sé... que si...” (FT-04)*

Incluso aún en el caso de que el farmacéutico esté motivado son necesarios refuerzos como el cobro por los servicios prestados ya que en caso contrario se resienten los aspectos financieros generales. Esto es así ya que, según se informa, para ofrecer un servicio hay que dedicar tiempo y esfuerzo. *“...los aspectos profesionales son mi motivación, ...pero ¿que pasa a veces?, que como para hacer ... ese nuevo servicio tienes que quitar tiempo de otras cosas, y a medida que quitas tiempo de otras cosas, también pues claro, los aspectos financieros empiezan a resentirse, si no te pagan...” (FT-10)*

Hasta tal punto el tiempo es una barrera importante a la hora de implantar nuevos servicios profesionales que se afirma, incluso, que se trata de la mayor barrera para la implantación de nuevos servicios, incluso más que la falta de remuneración por los mismos. *“Yo más que el impacto económico, depende del tiempo, el estar haciendo tratamiento directamente observado, seguimiento farmacoterapéutico, etc... requiere dedicación, ... “ (ES-15 A1)*

Junto a la falta de tiempo como barrera relacionada con la actual estructura de la farmacia, se plantea la opinión de que no es posible gestionar la venta de productos, es decir medicamentos, productos sanitarios y parafarmacia, y a la vez ofrecer servicios cognitivos; para esto último se debe detraer tiempo de la gestión y venta, que es la actividad por la que actualmente se cobra. *“¡Ah, no!. Es grave; es grave porque gestionar la venta de productos lleva mucho tiempo, y lógicamente nadie es capaz de decir: "quito tiempo de la venta y de la gestión", porque si no, no sobrevive. Es que no hay manera de compaginar ambas cosas” (FT-04)*

En este sentido se recuerda que el farmacéutico está preparado para vender. Por ello se afirma que el actual sistema retributivo condiciona mucho la actitud de los farmacéuticos porque el negar una venta, o el distraer tiempo para ofrecer servicios cognitivos, les supone un esfuerzo negativo importante.

“...el farmacéutico está preparado para vender, y lo que sabe es de la venta, pero tiene que hacer un esfuerzo en decir, bueno aunque no venda estoy haciendo mi trabajo, pero es un esfuerzo negativo, cuando decide no vender...” (FT-08)

Sin embargo, por el momento el sistema retributivo no debe de modificarse. Se afirma que la eliminación del margen supondría, de hecho, una “socialización” de la farmacia. Además, no existiría ninguna garantía de actualización futura de las cantidades que se pudieran llegar a pactar con la Administración lo que a la larga originaría mayores problemas de empobrecimiento de la farmacia lo que impediría la implantación de servicios profesionales.

“... cambiar el margen....como estamos en unos sistemas en que somos iniciativa privada ...sería como una socialización, una estatalización,... Cosa que ningún gobierno se compromete, (a la actualización anual) y al siguiente año te viene con otra historia... y luego te torea” (ES-08 C1)

Asimismo, se recuerda que el debate sobre la modificación del sistema retributivo está desvirtuado como consecuencia de la implantación del RD 5/2000 que ya establece unos topes máximos.

“Aquí hay dos problemas, uno si esta pregunta hace unos años, hubiera sido por mi parte radicalmente clara, debe cambiar. El problema es que ha cambiado, el problema del 5/2000, es que establece los límites a los que son servicios de disponibilidad del medicamento, servicios distributivos, que ya están ahí, con lo cual ya es un debate que de alguna manera está desvirtuado porque...porque hay un tope máximo. Es decir ya ha cambiado, ahora el problema es dónde pones la base de partida...” (ES-14 E)

Se afirma que antes de la publicación del citado real decreto, sí podía considerarse conveniente la modificación del sistema retributivo pero actualmente, debido a su influencia, el margen final de la farmacia se ha resentido a niveles que impiden cualquier modificación del sistema.

“Es decir, él vende los medicamentos y yo los dispenseo con lo que eso lleva detrás de tiempo, de preguntas, etc. ... y los dos tenemos el mismo margen.” (FT-12)

Sin embargo también se afirma que no es justo que gane lo mismo un farmacéutico que verdaderamente dispensa los medicamentos, es decir que junto a su entrega ofrece servicios adicionales, que aquel que se limita simplemente a su entrega o venta.

“Profundamente injusto... Hombre, verás... Es justo para lo que damos ahora mismo ¿no? Porque si el farmacéutico que entra en la farmacia de al lado del ambulatorio no percibe que su farmacia de su barrio le da algo más que eso, me parece”

Es decir, el actual sistema retributivo es profundamente injusto, aunque se recuerda que en la actual situación de la farmacia en la que lo que prima es la entrega de medicamentos, puede ser razonable. Es decir, el sistema retributivo se puede considerar injusto

“Profundamente injusto... Hombre, verás... Es justo para lo que damos ahora mismo ¿no? Porque si el farmacéutico que entra en la farmacia de al lado del ambulatorio no percibe que su farmacia de su barrio le da algo más que eso, me parece”

sólo a partir del momento en que unos farmacéuticos ofrezcan servicios diferenciados a los de otros, sin una recompensa económica por ellos.

justo que entre en la de al lado del ambulatorio o que vaya un día a una y vaya otro día a otra.” (FT-07)

No sólo injusto, sino que se va más allá cuando se afirma que el actual sistema retributivo es perverso porque se gana más cuantos más medicamentos son entregados; además se afirma que no se permite a la farmacia ninguna actuación que posibilite un ahorro al sistema.

“... Si no nos dejan la posibilidad de suponer, de conseguir ahorro... no nos va. Pero es perverso ganamos más por dar más medicamentos.” (FT-12)

Esta opinión queda matizada por otra que afirma que el actual sistema retributivo no es exactamente perverso, ya que aún siendo cierto que el farmacéutico que dedica tiempo a implantar servicios pierde no sólo el tiempo, sino también el dinero, no es lo mismo “perder que dejar de ganar”.

“Hombre, yo no hablaría tanto de perversión. Tan grave no, ¿no? Porque tampoco es tan drástico, pero sí que es verdad que al final el que dedica su tiempo a la parte profesional, tiene que perder de algún lado. Entonces no es que beneficia, no beneficia a nadie, sino que tú dejas de ganar. No es lo mismo perder que dejar de ganar.” (FT-14)

También se opina que aún cuando el sistema retributivo pueda considerarse perverso, esto no implica obligatoriamente que el farmacéutico lo sea; según esta opinión hay mucha gente honesta “dentro de este sistema perverso”.

“El sistema es perverso pero nosotros no somos perversos, que eso a veces confunde. ... pero es el mismo sistema perverso que tiene mi hermano que es médico privado que gana más cuanto más opera,” (FT-06)

Sin embargo se informa que es difícil “dejar de ganar” voluntariamente. En este sentido se afirma que en ocasiones la buena práctica profesional del farmacéutico le puede obligar a no dispensar un medicamento, lo que le va a suponer una disminución de sus ingresos, algo no demasiado lógico.

“...si un farmacéutico hace una buena atención farmacéutica es posible que venda menos medicamentos de los que vendería si no lo hiciera... Y por tanto es una contradicción que en una profesión el ser buen profesional suponga ganar menos que el ser mal profesional.” (ES-05 A2)

Por otra parte se opina que el sistema retributivo del farmacéutico debe modificarse; para ello se plantea un modelo “a tercios” según el cual una farmacia cobraría una cantidad por estar abierta, otra parte como pago por la distribución de los medicamentos, y una tercera parte por pago por servicios. Este sistema supone disminuir el margen que actualmente cobra la farmacia como consecuencia de la dispensación a la vez que incluye el pago por los diferentes servicios

“El sistema retributivo debe cambiar.” (ES-13 C1)
“Yo creo que habría que buscar algún tipo de modelo... yo alguna vez he oído ese modelo de las tres partes de la tarta, el que una farmacia recibiera una remuneración simplemente por estar abierta y yo creo que eso le ayudaría a las farmacias pequeñas mucho... y que luego

cognitivos realizados.

lo que es la venta se paga, se pague lo que significa distribuir medicamento que creo que es bastante menos de lo que se está pagando ahora y que el otro tercio de la tarta fuera por servicios profesionales.”
(ES-03 U)

Además se opina que modificando el sistema retributivo de la farmacia, se premiaría a los buenos profesionales y, de alguna manera, se penalizaría a los que no realicen servicios.

“...habría que premiar a aquellos que hagan un buen servicio profesional y penalizar de alguna manera, a los que no lo hagan ¿no?” (ES-05 A2)

Esta modificación, de acuerdo con otra opinión debería basarse en la teoría de los vasos comunicantes, es decir, pagar menos por la dispensación y más por los servicios cognitivos; sin embargo se afirma que lo que está ocurriendo es que se está reduciendo el pago por la Dispensación y no se están ofreciendo alternativas en cuanto a cobro por servicios.

“Hombre, es quizás,... sería como unos vasos comunicantes, es decir, quizás, claro pagar menos la dispensación... y pagar más los servicios...” (FT-10)

Esta necesidad de modificar el sistema retributivo de la farmacia se constata también por opiniones que añaden que la revisión del sistema retributivo no es algo urgente o prioritario, aunque se matiza que se debe comenzar inmediatamente a analizar diferentes alternativas. Además, se afirma que esa revisión y las posteriores discusiones que conlleve deben comenzarse internamente y sin prisas, con tranquilidad.

“Pero tampoco es el prioritario, mucha gente lo establece como prioritario, si no me pagan, para mi no es... para mi no es prioritario, es muy importante, pero no prioritario” (FT-06)

“Yo creo que el sistema actual es imperfecto, por bastantes cosas... uno porque no motiva a un mayor servicio... pero yo creo que requiere un análisis, requiere una análisis abierto, profundo, probablemente por gente que no haya estado viviendo este mismo análisis durante años... pero esto hay que explorarlo con mucha tranquilidad y al principio internamente...”
(ES-16 A1)

Se constata una vez más el deseo de que se deben remunerar los servicios prestados y se afirma que una forma de avanzar hacia el pago por servicios podría ser la de ir comenzando a pagarlos a medida que se vayan introduciendo en las farmacias, a la vez que de una manera simultanea se fuera disminuyendo algo el pago que hoy se realiza por la dispensación.

“...o pasamos todos a ser asalariados o no hay más modo de pagar, que el pago por acto, pago por servicio, pago por servicio definido...” (FT-04)

“Claro, ya te he dicho que habría que cambiarlo; pagar menos por la dispensación e ir introduciendo el pago por servicios...” (FT-10)

Esa opinión, dicha de otro modo, se concreta en la afirmación de que en nuestro país actualmente se paga un sobreprecio por la Dispensación de medicamentos. Esta afirmación supone que hay margen para disminuir el pago que el farmacéutico recibe como consecuencia de su actividad dispensadora.

“Bueno..., yo pienso que por la dispensación de medicamentos sé esta pagando de más, y sé esta pagando con el dinero de todos...” (ES-03 U)

Además, se asegura que mientras el sistema de pago de toda la actividad de la farmacia, servicios cognitivos incluidos, consista en un margen por medicamento dispensado será muy difícil que triunfe la implantación de nuevos servicios ya que aquellos farmacéuticos que no lo hagan tendrán menos gastos y mayores beneficios que los que los implanten.

“...yo tendré que cobrar por lo que hago ¿no?, pero ¿cómo hago los servicios profesionales?, porque, yo ¿por qué tengo que cobrar por una cosa y hacer seguimiento sin cobrarlo?; usted hace seguimiento pero yo le pago otra cosa.” (FT-05)

Esta afirmación está muy de acuerdo con otras opiniones que mantienen que si el seguimiento farmacoterapéutico se pagase habría muchos más compañeros que lo implantarían, aunque también se recuerda que es más fácil ganar dinero con el margen comercial que con el seguimiento.

“Porque es mucho más fácil ganar dinero con el margen comercial que haciendo seguimiento.” (FT-05)

Se puede resumir este tema afirmando que si bien puede afirmarse que la realización del seguimiento aporta beneficios económicos a la farmacia porque fideliza al paciente, permite captar nuevos clientes, etc..., finalmente quien más gana sigue siendo aquella farmacia que consigue dispensar un mayor número de recetas, independientemente de la calidad de la información ofrecida y de los diferentes servicios que en dicha farmacia puedan estar ofreciéndose. Este es un hecho lógico ya que es comprensible que cuando a un profesional se le paga por una actividad, sea ésta y no otra la que realice, y por tanto, en el caso de la farmacia si se paga por vender, el farmacéutico se dedicará fundamentalmente a vender.

“...mi experiencia personal es que el seguimiento farmacoterapéutico, ya con este sistema te da importantes beneficios económicos... me ponga como me ponga, el del ambulatorio, al final, sigue ganando más dinero que yo ¿sabes?” (FT-07)

“...es que esta centrado exclusivamente en la venta... Cuando tú ganas dinero por lo que vendas, está claro que te vas a dedicar solamente a vender...” (ES-03 U)

Así se confirma por las manifestaciones que recuerdan que la dispensación supone una actividad profesional muy importante, que tiene una característica muy particular que es la actividad por la que, de una manera general, el farmacéutico cobra. Además, se afirma que el resultado de una buena práctica en la actividad dispensadora

“No veo yo farmacias que porque no hagan seguimiento tengan problemas de tener fidelización de paciente para nada. Yo tengo la mejor farmacia de barrio que existe y no hacemos nada de estas actividades, está todo el día con sus pacientes y tiene todos sus pacientes fidelizados”

conlleva la fidelización de los pacientes.

*¿no? y no hace ninguna actividad profesional.”
(ES-15 A1)*

Lo cierto es que la farmacia tiene una dualidad comercio-profesión, y por ello se opina que se debería separar el sistema de pago: en la parte comercial debería existir un margen, mientras que en lo que hace referencia a los aspectos relacionados con la realización de servicios cognitivos, éstos deberían ser pagados. Es decir, esta opinión plantea la coexistencia de dos sistemas de pago en función de qué actividad se esté pagando.

*“Yo pienso que si la farmacia sigue siendo una mezcla de comercio y profesional, también hay que separar. De la parte de comercio tiene que haber un margen, ... Pero sin embargo la medicación, ... debía de ser lógicamente uno de retribución por servicio.”
(FT-13)*

Opinión confirmada por otras que afirman que el margen es el mejor sistema de remuneración cuando hacemos referencia a la dispensación mientras que los servicios deben pagarse de manera diferente mediante contratos o conciertos por servicio.

“Pero si estamos hablando de una dispensación activa, yo creo que no es malo, el sistema de realizar, vía margen, ... si nos vamos a un seguimiento farmacoterapéutico ... tendríamos que estar ya hablando de otras variables distintas.” (ES-10 E)

*“Yo no soy partidario del cambio retributivo, en la farmacia. ¿Por qué?, porque entiendo que ese margen es para gastos de sustentación; o sea tú tienes empleados y tal, gastos estructurales, en la oficina de farmacia y para el salario mínimo del farmacéutico. Lo que sí es verdad, que si tú haces servicios a mayores sí se te pueden compensar. Si tú estas haciendo Metadona, o estas haciendo no sé que, pues ese ciudadano que recibe un servicio más, pues lo tiene que pagar.”
(ES-11 E)*

También se opina, de manera casi similar, que el sistema retributivo en relación a los servicios distributivos no se debería modificar, mientras que en otros servicios complementarios sí sería posible buscar fórmulas diferentes.

“...los servicios..., directamente vinculados a la dispensación del medicamento, va a ser muy difícil cambiarlos. Y en los otros servicios complementarios a la dispensación del medicamento,... habría que buscar fórmulas...” (ES-14 E)

Sin embargo aunque se pretenda pagar por servicios, se opina que va a resultar muy difícil y complicado evaluar el precio de cada servicio concreto, lo que supone una barrera adicional.

*“... y luego pagas los servicios que presta... ahí esta lo más complicado, porque ¿cómo evalúas esos servicios?, ¿cómo les adjudicas un precio?...
(ES-03 U)*

Junto a esas opiniones relacionadas con la necesidad o no de modificar el sistema retributivo se mantienen otras en las que se transmite un cierto pesimismo hacia el futuro debido a la falta de respuesta institucional tanto profesional como por parte de las autoridades sanitarias.

“Yo soy bastante pesimista. Sí, sí soy pesimista porque veo que nos estamos atrasando en demostrar otras vías de trabajar, de cómo medir lo que estamos haciendo y no veo respuesta a nivel institucional, tanto de las administraciones sanitarias, tanto como a nivel institucional.” (FT-10)

Junto a esa falta de apoyo se aprecia un exceso de protagonismo que preocupa más a nuestros líderes profesionales que la propia implantación de nuevos servicios.

“Hay más interés, por crear un programa y decir que es mío que por que realmente se implante ” (FT-05)

La defensa de la profesión y la defensa en la implantación de nuevos servicios cognitivos se plantea también con un cierto romanticismo, afirmando que no se pide el “suicidio colectivo” sino que la necesidad de cambio se hace como “un canto a la vida y a la supervivencia de la profesión”. Se plantea una crítica seria hacia los dirigentes profesionales en general porque se afirma que no ponen los medios para facilitar el cambio y evitar así “la muerte de la profesión”. Además, se afirma que los grupos más activos en el proceso de cambio son pocos y tienen escaso poder de motivación o de convocatoria lo que ha supuesto un enlentecimiento en la renovación profesional.

“Yo lo que no estoy pidiendo el suicidio colectivo... Yo creo que lo nuestro precisamente es un canto a la vida y un canto a la supervivencia de la profesión...” (FT-07)

“...La gente que esta a favor o tiene poco poder de motivación o poco poder de convocatoria, o poca fuerza...” (FT-11)

Se señala en este sentido que a los actuales líderes profesionales les falta “convencimiento vocacional” por lo que se constata un escaso apoyo institucional hacia los servicios cognitivos y cuando se apoya la atención farmacéutica se hace tan sólo por corrección política.

“Sí. Es decir, aquí todos... todos los representantes en el colectivo, todos los representantes, se hacen... se autoeligen como los pioneros en... la atención farmacéutica, pero a la hora de la verdad, pues realmente, el empuje es más político que de convencimiento vocacional...” (FT-01)

Así, se manifiesta que existe un grupo de líderes “oportunistas”, en los que se incluye a la mayoría de los colegios farmacéuticos, que han sido tardíos y poco receptivos a asumir el cambio y cuando lo comienzan a apoyar es simplemente debido a que lo ven como una necesidad vital para su mantenimiento político en el tiempo, y en ocasiones sin convicción real. Es por ello que apoyan o dicen apoyar,

“Por ejemplo yo en el grupo de los oportunistas meto a la mayoría de los consejos profesionales farmacéuticos, que han sido tardíos y poco receptivos en los conceptos de cambio de la prestación farmacéutica, pero que se ha sumado al carro como una necesidad casi vital de no

determinados proyectos concretos, sin la suficiente convicción ni interés, con el objetivo de mantenerse en su situación y de evitar que se produzcan cambios reales en la profesión.

quedarse fuera del tema. Que lo ha hecho mal y a destiempo.” (ES-14 E)

“O sea, parece que están apoyando a determinados proyectos, pero en el fondo yo no creo que estén presionando, como para que se cambie.” (FT-05)

En cuanto a la corporación es preciso definirla como el conjunto de colegios oficiales de farmacéuticos provinciales, consejos autonómicos y el consejo general. Haciendo referencia a los colegios, se afirma que los hay que apoyan el cambio pero otros no.

“Los colegios... Bueno, ahora, hay colegios que se han apuntado, con verdadero deseo... Pero no el mío, claro... Pero hay unos que sí, otros que no, y eso supone una diferencia enorme... Sí. El mío es una barrera. El mío es una barrera explícita.” (FT-04)

También se recuerda que durante estos años pasados, en que se apuntaba el cambio, los colegios profesionales no han encabezado estas oportunidades de cambio.

“...en estos años donde se apuntaba un cambio, es que los colegios profesionales, no han encabezado las oportunidades de cambio.” (ES-04 U)

Teniendo en cuenta que en nuestros días quienes verdaderamente lideran la profesión son los Colegios profesionales se afirma que ellos deberían ser los líderes del cambio. El problema es que hasta el momento no lo han sido y se plantean importantes dudas respecto a que lo vayan a ser a corto o medio plazo.

“Quien lidera la profesión actualmente, son los colegios profesionales, luego ellos deberían de haber sido, llamémosle los cabezas de esta gran reforma o de este cambio, que no lo han sido.” (ES-04 U)

Esa falta de liderazgo de los colegios se manifiesta también en la afirmación de que éstos han sido un freno en la implantación de nuevos servicios, porque si el cambio no es liderado por los colegios, muchos farmacéuticos no lo van a secundar, y eso es lo que está ocurriendo en la actualidad.

“...y si un colegio no lidera un cambio, pues hay muchos, un porcentaje importante de colegiados, que no se sienten llamados a ese cambio, por tanto yo creo que actúa de tapón...” (ES-04 U)

Quizás, el motivo de que los colegios no lideren el proceso de cambio se deba a que son pocos los implicados verdaderamente interesados en el mismo y se resisten a liderar algo que sólo apoyan unos pocos farmacéuticos.

“...siento que ellos serán poco capaces de liderar algo que va solo digamos a favor de unos pocos...” (FT-08)

Esto mismo ocurre con la corporación en general donde no se va a plantear la implantación de servicios cognitivos como una alternativa profesional sino, en todo caso, como búsqueda de un ingreso

“Entonces determinados colegios, etcétera, nunca, yo creo que nunca lo van a plantear con decisión. Siempre lo plantearán cómo un ingreso

añadido. Este hecho, sin una distribución en el presupuesto destinado a farmacia, supone inexorablemente un aumento en el montante total dedicado a esta partida con lo que se afirma que la administración sanitaria no va a estar dispuesta a ello.

añadido, pretendiendo que nos paguen todo lo que cobramos ahora y sólo algo más para los que hagan seguimiento. Y... dudo que la administración esté dispuesta a pagar más.” (FT-05)

En relación a la convicción de los dirigentes colegiales sobre la necesidad de implantar nuevos servicios se vuelve a manifestar que ésta en realidad no existe, es decir, que los líderes profesionales de los colegios profesionales no están realmente convencidos de la necesidad de implantar estos servicios, y se asegura que en ocasiones hacen como que apoyan distintas iniciativas pero sin acabar de creérselas.

“Sí, sí, pero dudo que el colegio lo haga. Entonces no me parece que sean los que tengan, bendito sea si lo lideraran, pero no los veo convencidos de que el farmacéutico necesite de esto para seguir avanzando.” (ES-15 A1)

“... una implicación importante colectiva no la ha habido nunca. ... nunca se lo han creído... Los directivos del colegio, nunca se lo han creído” (FT-08)

De hecho, los colegios de farmacéuticos no han liderado el cambio hasta el momento presente, precisamente porque tratan de atender exclusivamente las necesidades del colectivo farmacéutico que fundamentalmente, desde su perspectiva, no son otras que el mantenimiento del estatus económico ante la administración.

“Quizás, porque..., el colegio profesional trata de dar un servicio a sus colegiados, y el servicio más patente que puede el colegiado ver, es conseguir que haya un compromiso por parte de la administración a que su estatus no se vea perjudicado, no cambie o no disminuya significativamente.” (ES-04 U)

“... además a las corporaciones profesionales,... a las que fundamentalmente se les exige como única cosa defender su ‘statu-quo’... (el de los farmacéuticos)” (ES-02 C2)

Sin embargo, se recuerda que la función primordial de los colegios debe ser garantizar que en la farmacia se cumple con sus deberes profesionales. Y la deontología y la ética de las profesiones sanitarias pasa por dar respuesta a las necesidades de salud de los pacientes que en este momento no pasan única y exclusivamente por que se les garantice el acceso al medicamento, sino además, porque se les ayude a conseguir que ese medicamento sea lo más efectivo y seguro posible.

“Es decir el hecho de que el profesional que ejerce dignamente y correctamente su profesión y para eso están los colegios, para controlar que deontológicamente se cumple.” (ES-12 C1)

También se afirma que la mayor barrera es el corporativismo del farmacéutico.

“Yo en ese aspecto lo tengo muy claro. Para mí, en efecto hay muchísimas barreras. El corporativismo del farmacéutico,

es la peor barrera. Por lo tanto estoy hablando sobre todo de los colegios profesionales y del consejo.” (FT-13)

Opinión que se aproxima a la manifestación de que el farmacéutico depende excesivamente del Consejo General que es la organización que ha impulsado o frenado lo que hasta hoy se ha hecho en nuestro país en materia de farmacia, sea esto mucho o poco. Se afirma además que si la mayoría de los farmacéuticos desconocen a qué se hace referencia al hablar de nuevos servicios cognitivos, concretamente cuando se cita el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, se mantiene que la conclusión inmediata es que el consejo general no ha hecho lo suficiente en este campo.

“...creo que nosotros tenemos una estructura muy dependiente de nuestro consejo. No sé si para bien o para mal. ...nuestro consejo, en este momento, es el que ha frenado o ha impulsado las cosas que se han hecho,... existe información de que el ochenta por ciento de las farmacéuticos de España no saben de que estamos hablando... entonces...” (FT-08)

Esa dependencia del farmacéutico hacia su colegio queda manifestada por la afirmación de que el farmacéutico es el profesional más disciplinado y dependiente de su colegio, que se conoce. Se dice también que resulta una paradoja esa dependencia institucional cuando los farmacéuticos a nivel individual no transmiten esa sensación de dependencia e incluso niegan la representatividad al consejo general.

“No lo sé, porque a ni me llama mucho la atención cómo el farmacéutico, cuando hablas de manera individual con los farmacéuticos, no reconocen al colegio, su representatividad, pero luego son harto disciplinados en los colegios profesionales. Yo creo que, es mi opinión, es la profesión más disciplinada con su colegio profesional que hay.” (ES-15 A1)

Lo cierto es que existe un grado elevado de paternalismo en la profesión farmacéutica; se afirma que el farmacéutico necesita que se le diga qué debe hacer, siendo este hecho extremadamente negativo y por tanto se opina que es algo con lo que se debe acabar.

“...acaba la conversación diciendo: “bueno, dime lo que hay que hacer”... Que también es un paternalismo con el que hay que ir acabando...” (ES-08 C1)

En relación al excesivo corporativismo se matiza que el consejo general frena la implantación de servicios y la evolución de la farmacia comunitaria, pero los colegios que son los encargados de aplicar las normas, de hecho, son los que suponen la mayor barrera. Esta opinión se corrobora con la afirmación de que la estructura colegial supone un claro freno al cambio profesional y que los colegios son inmovilistas.

“Sí, sí, porque el consejo... está a otro nivel y ya bueno el consejo da unas normas... lo malo es la aplicación de esas normas que es lo que corresponde al colegio. Que se aplica de una manera, pues corta de miras y perjudicando...” (FT-13)

“Sí... sí... Yo creo que hay un freno en el estamento... en la estructura colegial...Somos un colegio muy inmovilista. Bien por intereses políticos, o por luchas de poderes o por lo que sea. ... Sí..., un freno institucional y

estoy pensando en la corporación en general.” (FT-10)

El miedo a la diferenciación de las farmacias en función de los servicios ofrecidos a sus usuarios, es uno de los temores que tienen casi todas las organizaciones profesionales farmacéuticas. De acuerdo con esta opinión, sólo las sociedades científicas, y de manera testimonial por su falta de recursos, apoyan el cambio. El resto de las organizaciones utilizan el seguimiento como estrategia de marketing, siempre con el temor de que al final, la evolución profesional conduzca a una diferenciación de farmacias en función de los servicios prestados.

“...puede haber alguna asociación científica que sí, que está a favor, claramente... Sí que estén impulsando, sí. De buena voluntad nada más, porque claro, no pueden hacerlo de otra manera. Y hay organizaciones que están... O sea, que ponen lo del seguimiento farmacoterapéutico en general como estrategia de marketing, para...” (FT-03)

Esa diferenciación de las farmacias en función de los servicios no sólo no gusta a las organizaciones profesionales, sino que se trata de una idea que tampoco está apoyada por el conjunto del colectivo de farmacéuticos comunitarios que están muy acostumbrados a que todas las farmacias sean en cierto modo ‘iguales’. Se afirma que para mantener ese igualitarismo, en primer lugar no se muestra interés por conocer hacia dónde debe de ir la evolución de la farmacia, y en segundo lugar y, fruto también de ese desconocimiento, se intenta frenar cualquier proceso de evolución y cambio.

“Que lo desconocen y entonces al desconocerlo, se montan su propia idea de lo que es. Y creen que esto viene a crear farmacéuticos de primera y de segunda. A hacer, no sé, es como la idea esto de... de algo que desconozco tampoco me interesa mucho conocerlo, pues mejor no se hace ¿no? mejor lo intento frenar y estoy en contra...” (FT-14)

En relación a las asociaciones empresariales, se afirma que estas organizaciones constituyen una barrera para el cambio. Se manifiesta que no es previsible que vayan a apoyar opciones de evolución profesional sencillamente porque no entra dentro de sus competencias, porque no se considera su función.

“... las empresariales en absoluto.” (FT-02)

“..., no le veo yo el sentido porque tiene que estar en otros temas, si siempre que se dice empresarial es empresa, parece que tenga que tener otros objetivos.” (FT-05)

Sin embargo se opina también que las empresariales deberían tener una actitud más activa en el impulso de la atención farmacéutica, ya que la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico puede considerarse como el mejor modo de conseguir la satisfacción del cliente, satisfacción que debe ser el objetivo principal de cualquier empresario.

“... que las empresariales hayan abandonado la atención farmacéutica y se la hayan dejado, nada más que al consejo de colegios, las empresariales, nada más que hablen de gestión y de todo ese tipo de cosas, me parece un atraso total... Las empresas van buscando la satisfacción del cliente... Y van más allá de las entregas de un producto... Y el modelo empresarial, ahora mismo, es un modelo de

*seguimiento
farmacoterapéutico,... (FT-07)*

En cuanto al papel de las sociedades científicas se afirma que aunque pueden jugar un importante papel en el impulso del cambio en la farmacia comunitaria, primero deben solucionar la sectorialización que soportan al estar diferenciadas en función del lugar de trabajo del farmacéutico: hospital, atención primaria y farmacia comunitaria. Se opina que esta división impide que las sociedades alcancen la implantación suficiente para que puedan convertirse en motor del cambio.

“Las sociedades científicas a mí me parece que son tan sectoriales, que no tienen suficiente implantación. En farmacia existen los de atención primaria, los de hospital, los de comunitaria... Es que esto, en el modelo que tomamos de referencia no existe... No existe los... los médicos de hospital, los médicos de primaria... Solamente existen los médicos de familia, los de medicina interna..... Y aquí fíjate que nos asociamos en función del medio en el que ejercemos... Yo pienso que hasta que esto no se salve, las sociedades científicas no tendrán cabida... (ES-13 C1)

Asimismo se afirma que la distribución mayorista está en contra de la evolución de la farmacia.

“La distribución farmacéutica, yo me imagino que está en contra,...” (FT-03)

Por su parte la universidad española tampoco desea cambios en la práctica de la profesión farmacéutica debido fundamentalmente a que la propia universidad no se encuentra preparada para asumir ese cambio.

“Y creo que la universidad tampoco quiere cambios. No quiere cambios, porque no está preparada ella misma para el cambio, como no está preparada, no puede ofrecer... (FT-06)

Se argumenta esa afirmación con la opinión de que la universidad, consciente de que deben incorporarse a sus enseñanzas aspectos clínicos relacionados con los pacientes, no cuentan con los profesores cualificados dentro de la institución; se opina que la solución planteada por la universidad es sencillamente “bordear” el problema sin abordarlo de una manera que aporte soluciones.

“Por lo menos la facultad sí que sabe que tiene un problema. Cosa que hasta hace un tiempo no lo asumían, con lo cual creo que es un paso hacia delante.... . Que nuestros educadores no tienen experiencia clínica,...” (ES-13 C1)

En este sentido se mantiene que al no preparar profesionales formados con una educación clínica, el profesional que se incorpora al mundo del trabajo no puede poner en práctica esos aspectos que después, durante la vida laboral, son muy difíciles de adquirir. En efecto, se afirma que una vez finalizada la formación universitaria, es decir, en el postgrado es muy difícil que sean interiorizados los aspectos clínico-asistenciales no adquiridos en el pregrado.

“...que mucha gente va a seguir incorporándose al mundo profesional sin un criterio clínico suficiente... Es decir, resulta que la gente que sigue apareciendo en el firmamento profesional, los jóvenes que se incorporan al mundo de trabajo, al mundo profesional, sigue siendo profundamente ilustrada en conocimientos pero escasamente formada en el tema asistencial y clínico.. reeducar a los

profesionales en el campo clínico... Porque no han sido educados en este sentido en su fase de pregrado...” (ES-13 C1)

Y, es que se afirma que debería ser la universidad la promotora de los cambios en la profesión; se manifiesta que esto se conseguiría preparando futuros profesionales imbuidos de criterios clínicos, con experiencia en el trabajo con pacientes, que hayan interiorizado esa necesaria actitud asistencial de ayuda a los pacientes. Pero, se afirma que este hecho, desgraciadamente, no ocurre todavía ni va a tener lugar en un futuro cercano.

“...Y me da mucha rabia. Porque tendría que ser la promotora de los cambios, y si la universidad fuera capaz de generar una masa crítica de farmacéuticos que salieran capaces de comprometerse con un nivel asistencial bueno, a lo que corresponde su carrera o su formación, entonces el cambio sería mucho más fácil.” (FT-06)

Sea por el motivo que sea, se afirma que actualmente los servicios no se pueden considerar implantados ya que son muy pocos los pacientes que se benefician de ellos, lo que hace que esta actividad no tenga ninguna repercusión económica positiva constatable, sin un impacto real, ni en la sociedad ni en la farmacia.

“...tampoco eso te hace ganar más dinero..., afecta a muy poca gente, porque si yo tengo un programa de seguimiento me puede afectar... a cincuenta personas, eso no lo nota la sociedad, no lo nota nadie.” (FT-11)

Se mantiene que la práctica del seguimiento farmacoterapéutico es una buena herramienta de fidelización de pacientes, pero debido a su escasa implantación práctica, origina una fidelización tan sólo testimonial, con escasos resultados desde un punto de vista de análisis económico. Sin embargo sí es cierto que para implantar este tipo de servicios, es necesario un cambio de actitud de los miembros del equipo de la farmacia, actitud de ayuda al paciente que se transmite al exterior con lo que, al final, aunque se preste el servicio a pocos pacientes, la percepción de un cambio en el interior de la farmacia es percibida por la mayoría de los usuarios de la misma, se beneficien o no del servicio.

“Yo creo que el seguimiento puntual, o sea el seguimiento en determinado pacientes sí que fideliza a sus pacientes. Evidentemente. Pero es verdad que hoy en día no se puede abarcar la población que maneja una farmacia. Entonces a lo mejor sólo fidelizas a unos pocos de manera no significativa, pero sí se notará el cambio de actitud. El cambio de actitud de la plantilla entera de los farmacéuticos, de los auxiliares, de la gente que trabaja en una farmacia. Un cambio de actitud, la gente lo percibe. El colectivo lo percibe y yo he tenido la oportunidad de comprobarlo...” (FT-14)

Por otra parte se opina que es preciso demostrar la efectividad de estos servicios porque se opina que sólo se comenzarán a pagar este tipo de servicios cuando exista suficiente evidencia científica de su efectividad, o dichos con las propias palabras del entrevistado, cuando “un servicio merezca ser pagado”.

“... un servicio pasará a ser pagado, cuando demuestre que merezca la pena ser pagado. ”... (FT-01)

Pero se añade que no sólo es preciso demostrar que los servicios cognitivos son efectivos, sino también que éstos son eficientes, es decir que además de mejorar la calidad de vida de los pacientes, pueden suponer un ahorro a la administración.

“Hay dos aspectos: un aspecto es la mejora de calidad de vida del paciente que se atiende,...Lo que hay que hacer, es medir, si eso es rentable para el estado o no... Si todo eso, la atención farmacéutica, repercute en mejorar el sistema, que no está probado...” (FT-02)

Además, se recuerda que siempre, el primer análisis que se hace cuando existe el planteamiento de implantar un nuevo servicio cognitivo es que va a suponer un gasto añadido sin una utilidad claramente definida.

“Pues lo primero que lo vemos todos como un gasto... “¿Eso qué me cuesta? ¿Eso para qué sirve? ¿Eso para qué sirve?”... Es lo primero que va a decir...” (FT-09)

Se afirma que hay dirigentes que entienden que si plantean un cambio que no es asumido por la mayoría de los farmacéuticos les puede suponer un desgaste político lo que les hace retraerse. Es decir, se opina que a los líderes profesionales temen el coste político que les puede suponer apoyar actividades que no tienen un respaldo mayoritario ante la profesión y no lo hacen.

“...al final, las personas que tiene más o menos poder dentro de esos estamentos, (Corporación y Empresarial), ven clarísimamente que si plantean un cambio, que van demasiado lejos, que pueden ser no asumidos por una mayoría y lo que ocurre es que supone un desgaste político. Con lo cual no se atreven a hacer el cambio.” (ES-10 E)

También se afirma que la administración sanitaria se encuentra a la expectativa sobre el proceso de cambio que tiene planteada la farmacia comunitaria. Se mantiene que esto es debido a que los farmacéuticos todavía no tienen definidos los objetivos finales y los procedimientos necesarios para el éxito de este proceso de cambio.

“La administración,...yo creo que... está a la expectativa...Sí dice: “cuando lo tengáis muy claro, y muy hecho, ya lo hablaremos”. (FT-08)

Se opina que la administración sanitaria, al igual que la administración pública en general, es una mala gestora por lo que se mantiene que es mejor que este proceso se deje en manos del sector privado.

“Yo por lo que veo en el sector público la gente no gestiona, como gestiona su casa, cuando esta administrando bienes que no son suyos. Normalmente suelen gestionar bastante mal. Entonces yo creo que me he definido muy claramente.” (ES-12 C1)

Sin embargo, hay opiniones que manifiestan que la administración no sólo no debería mantenerse al margen sino que debería implicarse más en el proceso de cambio manifestándose la posibilidad de que la administración planteara, utilizando sus herramientas legislativas, una especie de campo de juego de las profesiones sanitarias implicadas

“...la Administración debe dar a las profesiones el campo de entendimiento necesario. Porque si no, mientras tanto, por más intenciones que tengamos de acercarnos unos a otros, será puntual.” (FT-02)

para promover el entendimiento entre ellas.

Por el contrario también se opina que a la administración no le interesa apostar claramente a favor de la farmacia y de la implantación de nuevos servicios en ella porque teme que el colectivo médico no comprenda esta nueva práctica farmacéutica con los subsiguientes problemas que ello acarrearía.

“... pero no sé hasta que punto a la Administración le interesa apostar, claramente por nosotros y luego a lo mejor el colectivo médico se les echa encima, entonces, hasta cierto punto no sé si pueden estar incluso frenando.” (FT-05)

Otra opinión afirma que la administración sanitaria sí desea que la farmacia evolucione y modifique su práctica profesional, sin embargo se añade que debido a su característica de principal cliente y, por tanto, de financiador de estos posibles servicios, se mantiene a la expectativa, aunque se asegura que puede ser considerada una barrera en sí misma, aunque no se interprete como una dificultad importante.

“Yo creo que a la administración le gustaría un cambio. Porque... el actual sistema de financiación de las farmacias no sé hasta que punto será sostenible. Entonces, pretende buscar probablemente otras vías de sostenibilidad a las farmacias... Pero está a la expectativa, está a la expectativa. ... yo creo que la administración no ayuda, pero básicamente no es nuestro peor escollo.” (FT-06)

Otras opiniones afirman que por su condición de financiadora del gasto en medicamentos, la administración está demasiado condicionada por el día a día, de manera que sólo piensa en la reducción del gasto en medicamentos olvidando el establecimiento de incentivos positivos para favorecer el cambio o para financiar la implantación de nuevos servicios, que a medio - largo plazo pudieran suponer una mejora para los pacientes a la vez que un ahorro para el sistema.

“La Administración, no quiere que haya follones. Quiere que todo siga igual, mientras que se distribuyan los medicamentos, al precio más barato,...” (FT-03)

“...les agobia la inmediatez de la sostenibilidad del sistema... de ahorrar por ahorrar... sin preocuparse mucho de los aspectos profesionales con resultados a medio largo plazo ¿no? Les preocupa pagar menos ¿no?. Nunca hay una propuesta innovadora.” (ES-13 C1)

En este sentido, se opina que la administración sólo espera de la farmacia que cumpla bien con su misión de distribución de medicamentos, no de “dispensación” entendida como servicio profesional en el que además del medicamento se entrega información y consejo farmacéutico. Con la distribución se garantiza el acceso de la población al medicamento. Además, este servicio, básicamente logístico, está bien valorado por la ciudadanía a pesar de su elevado coste. Por todo ello se opina que la administración no tiene interés en que la farmacia pueda ofrecer otros servicios profesionales alternativos, y por tanto se manifiesta que por omisión,

“Entonces la administración es consciente de que tiene un servicio de alta calidad, percibido por la población como de alta calidad, aunque le cueste muchísimo dinero, gran parte de la estructura del presupuesto, pero es verdad que es un servicio bien valorado. Y dice: “para lo que te quiero es para que des los medicamentos y me hagas la prestación farmacéutica me va bien”.” (ES-15 A1)

es decir, por no establecer incentivos positivos para apoyar la implantación de servicios, la administración debe considerarse como una barrera a la implantación de los mismos.

“... a mí, la administración sólo me está obligando a que yo dispense los medicamentos en buenas condiciones... Pero la única presión que ejerce es controlar administrativamente las recetas que me llegan... Y dispensar los medicamentos lógicamente en buenas condiciones” (FT-12)

Contrariamente hay opiniones que se manifiestan en el sentido de que aún cuando a la administración sí le interesa la mejora en el servicio farmacéutico actual, considera que en la actualidad paga en exceso por el servicio recibido, servicio de distribución de medicamentos. Se añade también que en ese sobreprecio podría incluirse el coste añadido de nuevos servicios cognitivos que se fueran implantando por lo que la administración seguiría pagando a la farmacia cantidades similares mientras que en la farmacia, junto a la distribución y dispensación de medicamentos, se deberían ir implantando paulatinamente nuevos servicios profesionales.

“...quizás la administración piensa que a la farmacia le está pagando mucho, por el servicio que hoy ofrece y entre otras cosas, lo piensa porque tiene datos objetivos que le dicen que paga mucho. Pero yo... pienso que la administración estaría dispuesta a pagar eso si el servicio sanitario fuera mejor, si la población recibiera más servicios ¿no?...” (ES-03 U)

Se afirma también, que en la práctica la administración no ha apoyado de manera real la implantación de servicios a pesar de que se hayan realizado manifestaciones de apoyo político o incluso de que conceptualmente se haya manifestado reiteradamente a favor del cambio en la farmacia. Se opina que aún en ese contexto, la administración no ha sido capaz de establecer incentivos positivos para que el cambio en la profesión farmacéutica tenga lugar.

“... (la administración) podría establecer incentivos positivos para que ese cambio se produzca; pero hasta ahora la administración no ha sido capaz, no ha dado ese paso...” (ES-13 C1)

“Yo creo que la administración sanitaria desde el punto de vista teórico también, apuesta por los modelos en los cambios de la dispensación y de la actividad farmacéutica, pero en la práctica no da un paso adelante para poder hacerlo.” (ES-14 E)

Otro colectivo que se plantea como un elemento dificultador para la evolución de la farmacia comunitaria es el colectivo médico. Así lo ponen de manifiesto ciertas opiniones que aseguran que la Organización Médica Colegial (OMC) ha originado mucho daño a este proceso de cambio hasta el punto que se afirma que ha conseguido frenar la implantación de la atención farmacéutica.

“...el tema de los colegios de médicos, que, hombre, nos ha hecho mucho daño, para el desarrollo profesional, ...” (FT-04)

Aunque, probablemente todo el conflicto entre médicos y

“...no sé, yo creo que con los médicos es una cuestión de... comunicación inadecuada, que

farmacéuticos esté originado simplemente por el desconocimiento sobre los objetivos reales de los farmacéuticos consecuencia de una falta de comunicación adecuada entre ambos colectivos.

no logramos explicárselo bien..” (ES-16 A1)

“Pero es cierto que el colectivo médico, ha sido y está todavía, pues muy reacio a que el farmacéutico pues tome parte en cometidos que actualmente, pues no formaba parte ¿no?. Pero yo creo que el error está en la falta de conocimiento y la falta de diálogo y de intercambio de ideas.” (ES-04)

“Fundamentalmente los médicos en la evolución de la farmacia y fundamentalmente los médicos y probablemente porque no hemos sabido explicárselo... tampoco... yo creo que no hemos sabido explicárselo al colectivo en general, ¡cuidado! Porque a título individual, a título personal... yo mis experiencias con los médicos, cuando hemos hablado de estos temas, los reciben de puta madre.” (ES-12 C1)

Se añade además que la causa de ese desencuentro no es tan sólo la falta de comunicación sino también la falta de una cultura de colaboración interprofesional. Según esta opinión, el médico nunca ha tenido un farmacéutico cerca que le ayude en aspectos relacionados con el medicamento, hecho que ha supuesto la existencia de una falta de confianza y ausencia de expectativas de colaboración profesional.

“A los médicos le pasa igual; no conocen qué ayuda les puede prestar el farmacéutico... En el caso del médico yo creo que el problema es el desconocimiento y la falta de cultura. Que nunca ha tenido un farmacéutico que le ayude, y entonces no sabe lo que puede esperar de él.” (ES-03 U)

En contra de esas opiniones existen otras que afirman que no se puede considerar que el colectivo médico esté entorpeciendo el cambio, simplemente porque el médico desconoce qué pretenden los farmacéuticos.

“...los médicos yo creo que no les interesa pero porque, yo creo que por desconocimiento, a lo mejor no...” (FT-05)

Se opina que el médico siente un temor hacia el movimiento que está teniendo lugar en la farmacia comunitaria. Se afirma también que este temor, que se asocia a un posible intrusismo del farmacéutico en las tradicionales funciones del médico, es fruto del desconocimiento. Esta opinión manifiesta que en lugar de entender al farmacéutico como un profesional colaborador para tratar ambos de ayudar al paciente, el médico simplemente teme perder competencias profesionales.

“...los médicos, está claro que están en contra.... Están en contra, de que tú te revalorices como profesional. Porque siempre piensan que algo les vas a quitar. ” (FT-03)

“Desde fuera de la profesión claramente tenemos un grupo absolutamente opuesto a cualquier tipo de cambio, que es el colectivo médico. Yo las

veces que he tenido oportunidad de hablar con el colectivo médico, institucionalmente sobre este tema, lo que siempre me he encontrado es un desconocimiento absolutamente profundo, sobre los conceptos que estábamos manejando.”
(ES-14 E)

“Cuando he escuchado al colectivo, a la organización médica colegial, que esto es un intrusismo, y que tal, entiendo que no sabe lo que está hablando y que no conoce.”
(ES-15 A1)

No sólo existe desconocimiento en los médicos sobre las pretensiones de los farmacéuticos en relación a su evolución profesional, sino que se opina que también existe un desconocimiento profundo de los médicos en todo aquello relacionado con el medicamento. Se afirma que este desconocimiento profundo hace que el colectivo médico se posicione en contra, manifestando una postura todavía más conservadora que la de los propios farmacéuticos, hecho éste ya difícil ‘per se’.

“..su desconocimiento (los médicos) profundo de lo que es el medicamento... y de la atención farmacéutica y en ambos casos se posicionaban en contra. Con lo cual permítame, la broma, los hay más conservadores que nosotros (los farmacéuticos).”
(ES-14 E)

Como explicación a ese desencuentro entre dos colectivos de profesionales sanitarios, médicos y farmacéuticos, se opina que el colectivo médico organizado (OMC) está en contra del cambio en la farmacia como consecuencia de un conflicto de intereses, intereses económicos derivados del dinero que emplea la industria farmacéutica en promocionar sus productos entre los médicos.

“... Y los tenemos en contra por un puro conflicto de intereses. No sé si quieres que hablemos mucho o poco de este conflicto de interés. ... Teóricamente la industria farmacéutica debe gastar alrededor de un doce por ciento en promoción de medicamentos, cuando en realidad está gastando alrededor del cuarenta por ciento. Ese treinta, del doce al cuarenta, ese veintiocho por ciento es precisamente “el conflicto de intereses”. No se cuan claro es el ejemplo.”
(ES-07 A2)

En la actualidad por parte del médico existe una visión negativa del farmacéutico, en relación a aspectos puramente económicos. Se manifiesta que no está bien visto por el médico que éste tenga un sueldo fijo mientras que el farmacéutico gane dinero a expensas de las recetas que el primero prescribe.

“Los médicos,... Hoy lo ven (al farmacéutico) como un señor sin un trabajo muy profesional, que tiene una tienda en la que gracias a las recetas que él hace consigue ganar dinero. El médico piensa “yo tengo un sueldo” y el señor que está enfrente, en su farmacia, se está poniendo morado... no tiene un

sueldo pero gana mucho dinero...” (ES-03 U)

Se han planteado hasta este momento diferentes barreras relacionadas con la situación económica de la farmacia, su estructura etc... pero en realidad, se opina que todo ello no son sino coartadas ante la incapacidad por parte del farmacéutico comunitario de valorar la respuesta del paciente ante estos nuevos servicios profesionales, afirmándose que ésta, y no otra, es la verdadera causa de la no implantación de los mismos.

“Los aspectos financieros,... en cuanto a lo que pueda suponer una inversión en infraestructura, para... realizar este tipo de actividades (seguimiento) es una mera coartada. Es decir no existe una estructura de negocios que está acostumbrada a pagar, y perdona la vulgaridad, un millón de pesetas por una cruz... Es decir, hay muchos farmacéuticos que no se atreven a implementar este tipo de servicios porque no son capaces de valorar en positivo y en negativo la respuesta del paciente, a estos servicios.” (ES-14 E)

No sólo es importante la respuesta del público sino que, de acuerdo con ciertas manifestaciones, la sociedad en el momento actual no está preparada para entender este tipo de servicios, lo que dificulta aún más su práctica ya que produce temor en el farmacéutico a la hora de plantearse la implantación de servicios cognitivos.

“...hay gente (farmacéuticos) que honestamente cree en la atención farmacéutica; cree en este tipo de servicios. Pero les da miedo implantarlos porque no conocen la respuesta de su público, y además piensan que su público no está preparado para este tipo de apuestas... Es decir, miedo a la respuesta del mercado a este tipo de actividades” (ES-14 E)

Se opina que es difícil ofrecer un servicio que no es demandado por el usuario a quien éste va destinado. Esto es lo que ocurre con estos nuevos servicios, y se afirma que dicha falta de demanda en la provisión de estos servicios puede llevar a desmotivar a los farmacéuticos que comienzan a implantarlos.

“¡Hombre! si está bien hecho sí... Si está bien montado sí... si yo hago un servicio para cubrir una necesidad y no va nadie, no lo pide nadie, pues es un fracaso...” (FT-09)

“Entonces yo creo que puede tener influencia y la tendrá, pero claro este proceso es lento porque como el ciudadano ahora todavía no demanda esos servicios, hasta que los ciudadanos se den cuenta de que esta farmacia les da este servicio y la otra no, y entonces decidan volver a ella, va a pasar un tiempo. Entonces el riesgo está en que el farmacéutico que empieza en eso, se desmotive antes de empezar a notar el beneficio...” (ES-16 A1)

Esta falta de demanda ocurre también con un servicio concreto, el de seguimiento farmacoterapéutico. En este sentido se afirma que esta ausencia de demanda por parte tanto de la sociedad como del colectivo médico debe superarse y reinvertir la tendencia porque, en caso contrario el seguimiento estaría inexorablemente condenado al fracaso. Es preciso dar a conocer la existencia del servicio y los resultados positivos del mismo, tanto en salud como en aspectos económicos.

“Creo que no nos demandan, por mucho que lo ofrezcamos, pues la historia esta llena de negocios que han fracasado, el negocio era muy bueno, pero si nadie lo demanda, fracasa. Entonces al farmacéutico, no le demandan para que haga seguimiento, pero ni el ciudadano, aunque lo supiera, ni el médico, ni la sociedad, ni nadie.” (ES-16 A1)

Lo que ocurre es que las expectativas de la población están condicionadas por el conocimiento que tienen sobre el servicio que se les presta. Lo que los usuarios conocen es que en la Farmacia se les entrega el medicamento y que es un tercero, el estado, quien lo paga en su mayor parte. Por tanto, lo que el ciudadano espera de la farmacia es que tengan el medicamento y que éste le sea entregado con la mayor rapidez posible. También se señala que aunque las organizaciones de consumidores dicen que apoyan y defienden la reprofesionalización de la farmacia, al final, son partidarias de que se “complazca” al paciente. En realidad el paciente acude a la farmacia a ‘conseguir’ un medicamento y lo que valora más positivamente es que éste se le entregue con el menor número de trabas y obstáculos posibles.

“Esa es la primera barrera... Nadie te exige nada... Nadie te pide eso... La gente lo único que te pide, ... que tengas el medicamento y que se lo des rápido... Eso es lo único que esperan de ti... y que te den el cambio correcto...” (FT-06)

“La gente no tiene más expectativas que las que se derivan de lo que conoce, y lo que conoce es que la farmacia le de el medicamento...” (FT-07)

“Por ejemplo, la misma organización de consumidores, que parecen exigir mucho, pero luego lo que exigen es que complazcamos siempre al cliente. A veces, se le olvidan criterios sanitarios...” (FT-12)

Lo que parece evidente de acuerdo a ciertas opiniones es que la población tiene un desconocimiento profundo de las potencialidades sanitarias de la farmacia comunitaria. En este sentido se afirma que la sociedad ni frena ni potencia el cambio en la farmacia comunitaria debido precisamente a ese completo desconocimiento respecto al cambio profesional.

“Correcto estamos en un negocio de información asimétrica, el negocio de la sanidad es un negocio de información muy, muy asimétrica. En el cual un grupo de profesionales, médicos, farmacéuticos, saben mucho, de lo que están haciendo y el resto de la sociedad y cuando hablo del resto de la sociedad, hablo de treinta y nueve millones y pico de españoles, no tienen ni la más remota idea de lo que estamos haciendo...” (ES-07 A2)

Los usuarios están, pues, contentos con la función actual de la farmacia ya que en esta consiguen el medicamento con más o menos facilidad y no piden más, probablemente por desconocimiento del

“Los consumidores creo que no, ellos están muy contentos... Ellos piensan que lo que tienen es buenísimo, porque ellos siempre consiguen el

potencial de la farmacia. Así se constata en una opinión que además afirma que en aquellos casos, pocos, en los que un paciente conoce los beneficios del seguimiento, a partir de ahí, éste lo demanda. Sin embargo se asegura que la oferta de este servicio en la práctica es testimonial y por tanto sigue sin existir una presión social real en este sentido.

medicamento, y no son conscientes de que pueden conseguir más... Cuando conocen el Seguimiento, les gusta y lo exigen. Pero esto último es todavía muy minoritario, es testimonial. No se puede considerar una presión real.” (ES-03 U)

Además, aunque la demanda de servicios es escasa, la actitud del farmacéutico ante este tipo de demanda es diferente a la que muestra ante la demanda de productos en su práctica distributiva habitual. En este sentido se afirma que, a diferencia de lo que ocurre con los productos, que son incorporados al stock en cuanto se aprecia cierta demanda, no se actúa de igual manera ante servicios demandados, ya que no son incorporados a la cartera de servicios de la farmacia.

“..., mas allá, de incorporar un nuevo producto en su stock, es decir, “por que me lo piden mucho”, pero desde luego, así como que un farmacéutico tome la decisión de incorporar un producto de alta, porque se lo piden mucho, no incorpora nuevos servicios o nuevas estrategias de relación con el paciente porque se las pidan mucho.” (ES-02 C2)

Se opina que tan malo como la falta de demanda es el exceso de oferta. En este sentido se mantiene que uno de los grandes fracasos recientes de la farmacia es el exceso en la oferta de seguimiento a todo paciente que entraba en la farmacia, fuera este servicio necesario o no para el paciente.

“...muchas veces los fracasos que ha habido en el exceso de seguimiento... es que se ha debido a que la gente intentaba hacer el seguimiento al primero que entrara por la puerta, lo necesitara o no lo necesitara.” (ES-16 A1)

Para finalizar este apartado de resultados sobre barreras a la implantación de servicios cognitivos se recogen opiniones en el sentido de que la industria farmacéutica no es partidaria de que el farmacéutico adquiera un nuevo rol profesional, más asistencial, y por tanto, está posicionada en contra de la evolución de la farmacia.

“Es decir, la industria lo que quiere ahora es que se consuma muchos medicamentos. Y da lo mismo... Quieren ganar dinero... Da lo mismo. Es que antes tenían un poquito de ética en la industria, pero ya no tienen ética de nada eh... No, no, no, es ganar dinero. Es... antes era una cosa de decir: “no, pero somos una empresa sanitaria, que tal...” eso era hace treinta años, algo así. De aquí a treinta años, ha cambiado.” (FT-03)

“...a la industria tampoco le interesa que el papel del farmacéutico... es como que vamos a ganar más protagonismo.” (FT-14)

MATRIZ TEXTUAL 1: BARRERAS
FARMACÉUTICO
<ul style="list-style-type: none">• Falta de formación adecuada, poco orientada a atender las necesidades de los pacientes.
<ul style="list-style-type: none">• Incertidumbre sobre el futuro profesional
FARMACIA
<ul style="list-style-type: none">• Falta de pago por los servicios cognitivos que se ofrecen.
<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de mensajes claros, e inequívocos.
<ul style="list-style-type: none">• Estructura de las farmacias:<ul style="list-style-type: none">▪ demasiado pequeñas,▪ fundamentalmente orientadas al proceso distributivo y de venta de productos,▪ sin zonas de atención personalizada,▪ exceso de tareas administrativas,▪ con poco tiempo
PROFESIÓN FARMACÉUTICA
<ul style="list-style-type: none">• El actual sistema de remuneración de la farmacia no facilita la implantación de nuevos servicios.
<ul style="list-style-type: none">• Falta de liderazgo claro a nivel de la organización colegial.
<ul style="list-style-type: none">• Falta de preparación de la Universidad para dar respuesta a la enseñanza de materias clínico-asistenciales que demanda la profesión.
ADMINISTRACIÓN SANITARIA
<ul style="list-style-type: none">• Falta de apoyo decidido de las autoridades sanitarias.
COLECTIVO MÉDICO
<ul style="list-style-type: none">• Mala relación con los médicos, que desconocen estos servicios y que, debido a ese desconocimiento, temen que el farmacéutico incurra en el intrusismo profesional.
PACIENTES
<ul style="list-style-type: none">• Falta de demanda de los servicios.

Facilitadores

“El cambio en la profesión farmacéutica es imparable, porque el mundo del conocimiento y su evolución también lo son” (ES-08 C1)

La farmacia comunitaria en estos momentos se encuentra en medio de una auténtica revolución profesional, por tanto inmersos en pleno proceso de cambio. En este sentido se afirma que el mundo del conocimiento es imparable, y su evolución también, lo que hace suponer que el proceso del cambio profesional farmacéutico es un viaje sin retorno.

“...que el cambio en la profesión farmacéutica es imparable porque el mundo del conocimiento y su evolución también lo son...” (ES-08 C1)

“...yo pienso que estamos en medio de una auténtica revolución, aunque la palabra revolución, depende como la digas, puede sonar muy positiva o muy negativa.”

(EC-09 C1)

Todo ello se facilita aún más porque de acuerdo con una opinión, en la actualidad no existe ningún tipo de barrera organizada, en ningún colectivo, que se oponga a que el farmacéutico evolucione.

“Yo creo que ninguno, se resista a que el farmacéutico evolucione...” (ES-16 A1)

El proceso de cambio profesional supone modificar la actividad del farmacéutico, dejando de pensar exclusivamente en el producto, es decir, en el medicamento, para pasar a tener al paciente como centro y objetivo de la actividad de la farmacia. Se opina que este cambio es relativamente sencillo siempre que se tengan las herramientas y los conocimientos suficientes.

“Lo que sí sé es que el actual sistema favorece al insulínico diabético, y si hay que orientarse al diabético, entonces habrá que buscar una solución para que yo pueda plantear esto con el diabético, porque el que es capaz de controlar sus “insulínicos” es capaz de controlar sus diabéticos.” (ES-13 C1)

Se manifiesta que estos conocimientos deben orientarse a una actividad más clínica o asistencial, para lo que es necesaria una especialización posterior a la finalización del pregrado universitario. Se afirma que la formación universitaria actual proporciona los suficientes conocimientos básicos que van a permitir al futuro profesional que a lo largo de su práctica profesional, en el postgrado, vaya adquiriendo conocimientos, destrezas y habilidades para ir especializándose en la atención directa al paciente de una manera esencialmente práctica.

“No la que aprendes, el día a día, que se llama especializarte. Los médicos cuando se especializan, se forman, pero trabajando, ese nivel de especialización. Yo creo que la formación que tiene en la universidad es básica, suficiente. Lo que tendríamos que llegar es a conseguir especialización,...que para ser titular de un servicio sanitario, tuvieras que ser especialista y que esa especialización la consigieras como la consiguen los médicos de una manera práctica ¿no?” (ES-03 U)

Sin embargo también se opina que la formación clínica del farmacéutico debería iniciarse ya en el pregrado universitario para que después, a lo largo de su vida profesional, sea posible que el farmacéutico comunitario siga aumentando su conciencia de que lo importante en su formación y práctica profesional es la farmacoterapia y no la farmacología propiamente dicha. Es decir, lo importante no es el medicamento en sí mismo, sino el medicamento actuando en un paciente.

“Tú, tienes que enseñar a los estudiantes, que su función importante es la farmacoterapia.... tu función es que la farmacoterapia, funcione, y no haga daño al paciente. ...No el medicamento, sino la farmacoterapia.... que no es la cuestión de los medicamentos, sino los medicamentos en el hombre.” (FT-03)

Se opina que para implantar estos nuevos servicios el farmacéutico debe tener una actitud de predisposición positiva, es decir, tiene que tener la firme convicción de que la profesión y él mismo deben cambiar. No se trata sólo de buscar una rentabilidad económica al ejercicio profesional sino fundamentalmente se debe buscar la autosatisfacción, la mejora continua y la ayuda a los pacientes que entran en la farmacia.

“...yo creo que si se hacen esas cosas es por una propia intención de cambio, por un propio ego de hacer las cosas de distinta manera... por decir, yo no quiero seguir en este mismo camino. Pero yo creo que nadie busca lo económico.” (FT-11)

Además se mantiene que es fundamental que sea el titular de una farmacia quien esté convencido de la importancia de implantar estos nuevos servicios. Sin embargo, también se afirma que la actitud del titular puede verse influida por distintas instancias como por ejemplo los propios farmacéuticos adjuntos, los colegios profesionales o la administración sanitaria, pero se reitera que si hubiera 18.000 titulares convencidos, el cambio se produciría con seguridad.

“Desde luego todo el mundo dice que en las farmacias donde el titular esté a favor del cambio, es más fácil que la farmacia funcione en esa dirección. ...Hombre, al titular le empujarán sus adjuntos, pero también lo empujaría su colegio, también le empujaría la Administración, pero... Desde luego si tuviéramos dieciocho mil titulares convencidos, mañana se daba el cambio... Eso no tiene duda...” (FT-04)

Se sostiene también que las presiones en contra del cambio profesional no son reales. De acuerdo con estas opiniones, las respuestas deben venir de dentro, del seno del colectivo profesional. Por tanto no es necesario que organismos como la administración sanitaria o la universidad, o colectivos como el de los médicos nos ayuden, ya que debemos ser los propios farmacéuticos los que llevemos la iniciativa y ofrezcamos a la sociedad servicios implantados. De igual modo, se afirma que los pacientes están contentos porque tampoco saben qué otras cosas podemos ofrecerles.

“Yo creo que las presiones son más ficticias que reales ¿no?... Me explico:... O sea, las respuestas tienen que venir siempre desde dentro de la profesión. ...” (FT-07)

Una buena apuesta de futuro y un gran elemento facilitador del cambio es el gran número de farmacéuticos jóvenes con una buena preparación, no técnica sino profesional, que actualmente trabajan en la farmacia comunitaria.

“...la capacidad intelectual, que vamos a decir... No de preparación técnica. De preparación profesional que tienen los farmacéuticos que están dentro de las farmacias...” (FT-04)

Nuevas generaciones de farmacéuticos que no comprenden ciertas prácticas profesionales en las que la dispensación de medicamentos se transforma en una simple venta de los mismos, ni entienden la falta de responsabilidad que tiene actualmente la profesión.

“...estas nuevas generaciones no consienten tanto el hecho de ganar dinero a cambio de nada. A cambio de esa falta de responsabilidad absoluta.” (ES-15 A1)

Se asegura también que estos jóvenes farmacéuticos, bien formados, cuando comparan su preparación con su actividad profesional sufren una frustración. Sin embargo, se afirma que esta frustración puede entenderse como un gran elemento facilitador, como un revulsivo, que al final les va a ayudar a avanzar en la implantación de nuevos servicios.

“Sí, porque son jóvenes. Están en las farmacias y han tenido una preparación superior al trabajo que les es demandado diariamente. Más técnico desde el punto de vista sanitario, y entonces se sienten frustrados de no hacerlo..” (FT-04)

Se afirma que para conseguir continuar y avanzar en el proceso de cambio de la farmacia es preciso marcarse objetivos lo más asumibles posible, poco idealistas, y ello con dos motivos: poder alcanzarlos y no asustar a otros profesionales sanitarios como los médicos.

“... Digamos bajar el listón un poco, renunciar a algo, para que haya un consenso más amplio y para que poco a poco vayamos viendo como podemos ir subiendo el listón.,...” (ES-12 C1)

Se opina que, además, los mensajes que los dirigentes profesionales envían a la farmacia deben ser claros y concretos. Se debe tratar de no confundir al farmacéutico y marcarle caminos de futuro inequívocos. Además se afirma que junto a esos mensajes políticos claros deben plantearse proyectos concretos realizables por los farmacéuticos comunitarios.

“Yo creo, que para que esto fuera efectivo, debería de haber mensajes muy claros desde la cúpula. ..., acompañados de proyectos...concretos, materializados desde la base..” (FT-01)

Por otra parte, se manifiesta que la base profesional está ejerciendo una presión positiva a favor del cambio que conduce a que los líderes no tengan más remedio que asumirlo.

“... la cultura de los farmacéuticos que presiona, entonces los que están arriba, lo que hacen es recoger los derivados...” (FT-09)

Se opina que los servicios cognitivos deben ser remunerados a la vez que se sostiene que la implantación de sistemas de pago por

“...pero que la parte esta profesional, se debe remunerar. Yo creo que sí, ¿cómo? no lo sé. Como en Metadona,

servicios en la farmacia comunitaria supondría una mayor profesionalización del farmacéutico de la que se derivaría una diferenciación entre farmacéuticos, buenos y malos profesionales. Esto podría garantizar la supervivencia de la farmacia a la vez que mejoraría la calidad del servicio prestado en la actualidad.

cobrábamos por paciente... (FT-15)

“Si nos pagasen un baremo profesional, lo mismo si vendemos que si no vendemos medicamentos... pues no vendería nadie antibióticos sin receta y barbaridades de estas que se hacen ¿no.” (FT-13)

Se confirma la importancia del pago por servicios cuando se afirma que una de las grandes motivaciones para que, en general, cualquier profesional evolucione es el incentivo económico. Esta motivación, también es aplicable al farmacéutico.

“Yo entiendo que una de las grandes motivaciones del farmacéutico para moverse es la motivación económica.” (FT-01)

Se afirma también que la implantación de servicios tendrá un impacto positivo en la economía de la farmacia a corto, medio y largo plazo.

“A corto, a medio, y a largo plazo, tendría impacto bastante positivo...” (ES-06 A2)

Incluso aunque éstos no se cobren. Así se constata en una opinión que asegura que los servicios aunque no se cobren proporcionan una rentabilidad económica a la farmacia. Esto puede parecer una paradoja pero se opina que la realidad es que aunque no se obtenga un resultado económico directo e inmediato, se consigue crear la necesidad del servicios, lo que a la larga redundará en mejoras económicas; también se recuerda que la oferta de estos servicios, por su complejidad, pueden evitar que otros sectores pretendan introducirse en el mundo de la farmacia comunitaria. Esto supone a la vez que una defensa del sector, una garantía de futuro.

“Es una paradoja, aunque nosotros demos gratis esos servicios, tienen un resultado económico... que puede ser, que de momento sea gratis y cuando se evidencie su necesidad, sea un tema a considerar. O el hecho de que estos servicios están impidiendo, o están blindándose ante posible competencia externa... Lo veamos por donde lo veamos tiene su resultado.” (ES-12 C1)

Existen opiniones que señalan que si el farmacéutico comunitario quiere ofrecer de verdad servicios cognitivos y huir de una imagen excesivamente mercantilista, es preciso modificar la estructura actual de la farmacia. Se afirma que las farmacias recuerdan demasiado a establecimientos exclusivamente comerciales y no transmiten la sensación de ser establecimientos sanitarios que es lo que realmente deberían ser.

“Yo quiero que sea un establecimiento sanitario. Entonces la estructura tiene que ser diferente..” (FT-05)

“Sí, sí empezando por la propia estructura física. La mayoría de las farmacias tienen una apariencia física más de establecimiento comercial, que de establecimiento profesional. Y creo que esto debería ser modificado...” (ES-05 A2)

Además, se opina que la farmacia debería redimensionarse a un tamaño mayor, y ofrecer además de servicios en torno al

“Sería una atención primaria de nivel cero... Porque luego el nivel uno sería el centro de salud, el dos, pero es que

medicamento, servicios sanitarios en general. Según esta opinión la farmacia comunitaria ocuparía un lugar previo al del centro de salud, lo que se ha denominado un nivel cero, anterior al nivel 1 que es el que ocupan los centros de salud. Se hace referencia a una farmacia más grande en tamaño, con un número de profesionales importante y con una estructura más sanitaria en la que toman importancia las zonas de atención personalizada (ZAP), zonas semiprivadas donde el farmacéutico puede comunicarse con sus pacientes de una manera más privada. Todo esto supone una concentración de farmacias, es decir, una disminución en el número de las mismas sin entrar en conflicto con la garantía de acceso al medicamento de los usuarios. Además, se afirma que esto es necesario porque es impensable que sin un mínimo de rentabilidad y estructura se pretenda abordar la implantación de nuevos servicios.

habría uno más cercano a casa de cada uno de los pacientes, que sería el nivel cero, que sería la farmacia y sí debería entrar en muchas más funciones de verdad...A mí me gustaría esa farmacia, farmacia de diez personas a bordo, con tareas absolutamente...." (ES-07 A2)

"...una farmacia más grande, con menos minifundio... por tanto, más farmacéuticos; convertirla en un establecimiento más especializado, por áreas, en el que se podría dar un servicio sanitario como el que quizás pretendemos muchos intentarlo dar..." (FT-15)

"Una de las cuestiones que nosotros defendimos cuando se discutieron las leyes de ordenación farmacéutica, es que se necesitaba un módulo poblacional suficientemente amplio, como para que esa farmacia, tuviese una buena rentabilidad, para poder ofertar ese buen servicio. Entonces yo creo que va muy ligado, o sea hay esfuerzos personales, pero realmente va muy ligado... Se están pidiendo esfuerzos heroicos, y..." (ES-11 E)

El cambio en el sistema retributivo, en el sentido de comenzar a pagar los servicios, contribuiría a la solución de una de las barreras descritas que es la escasez de personal. En este sentido se afirma que si se pagase el seguimiento farmacoterapéutico, podría plantearse contratar algún farmacéutico adicional para ofrecerlo.

"Claro... Es por el sistema retributivo... Si yo recibiera otro tipo de compensación por hacer el seguimiento farmacoterapéutico, me plantearía el contratar a una persona, exclusivamente para eso ¿no?" (FT-02)

La actitud del personal que trabaja en la farmacia tiene gran importancia, hasta el punto de que se opina que tener un equipo convencido es el primer elemento facilitador. Asimismo se recuerda la gran trascendencia que tiene la actitud del titular de la farmacia porque se afirma que al final, las decisiones últimas son tomadas por él con la consiguiente repercusión en la decisión de si se implanta o no un determinado servicio.

"Evidentemente, todos los cambios comienzan porque el director de la empresa, en este caso, el farmacéutico sea capaz de convencer a su equipo de que esa actividad que va a empezar a desarrollar es buena para la farmacia. ..." (FT-01)

Se asegura, además, que para implantar nuevos servicios es importante contar con herramientas informáticas que facilitan el manejo y la gestión de la información sobre los pacientes.

“... yo pienso que esta metodología debería de exigir programas informáticos” (ES-06 A2)

Otra herramienta de trabajo, relacionada con la anterior, que se plantea como importante, es la posibilidad de contar con la historia farmacoterapéutica de cada paciente.

“...de exigir que cada farmacéutico sepa que medicamento le ha dispensado a cada paciente; para mí ahí esta la clave, para mí ahí esta la clave (ES-06 A2)

La implantación de servicios influye en la Farmacia tanto desde un punto de vista operativo, en la implantación del servicio, como estratégico, a futuro. Es cierto que el introducir nuevos servicios cognitivos suponen cambios en la forma de trabajar de todo el equipo de la farmacia, por lo que éstos tienen una gran influencia en los procesos internos que, de una manera general, van a ser modificados sustancialmente. Pero se afirma que también es necesario analizar el futuro de los servicios, si se van a mantener en el tiempo, si van a ser rentables, etc.

“Sí, no cabe duda... Influyen... desde el punto de vista operativo, a mí no me puede costar mucho dinero un nuevo servicio. E influye desde el punto de vista estratégico, o debería influir desde el punto de vista estratégico ¿Qué voy a hacer yo dentro de cinco años? ¿Este servicio me va ayudar a seguir ganando dinero, no me va a ayudar?.” (ES-07 A2)

Se afirma que el cambio del actual sistema retributivo hacia un pago por servicios, supondría algo tan importante como garantizar la permanencia de la farmacia como establecimiento sanitario, pero originaría, en un primer momento, una gran crisis que afectaría a un 80% de los farmacéuticos, que son precisamente los que mantienen las actuales estructuras. Se asegura que es la presión y el temor a ese ingente colectivo el que actúa como barrera para la implantación de servicios a pesar de los beneficios que a largo plazo supondría la misma.

“... sería mucho mejor que el pago, la retribución al farmacéutico, fuese por servicios profesionales. Lo que pasa es que eso supondría un período de crisis, en el cual habría una limpieza del ochenta por ciento de los farmacéuticos. Y eso es por lo que no se hace..”(FT-13)

A pesar de esas dramáticas consecuencias, se opina que en lo que respecta a la dispensación de medicamentos se debería mantener tal y como está el actual margen, a la vez que se debería comenzar a pagar por servicios a medida que estos fuesen implantándose.

“A mí lo que me gustaría es que el margen se mantuviese, poco más o menos en lo que está. Y que si yo además presto otros servicios a la comunidad, pues que me sean remunerados...” (FT-01)

Sin embargo, también se sostiene que la mayor parte de los ingresos deberían provenir, no de la dispensación como actualmente ocurre,

“Pues yo creo que el principal peso de los honorarios de ... las farmacias, deberían de venir por las actividades

sino de actividades cognitivas, concretamente se señala la práctica del seguimiento.

asistenciales, ya no sé si sólo del seguimiento farmacoterapéutico...” (FT-07)

Se opina que la farmacia está viendo que la única alternativa viable para su futuro, tanto económico como profesional, es abordar lo que ha venido en denominarse un proceso de reprofesionalización que no significa otra cosa que la implantación de nuevos servicios cognitivos, al margen de la dispensación de medicamentos.

“El farmacéutico español se está dando cuenta de que tiene que profesionalizarse, pero no sé si..., porque vemos que no hay otra solución, por una cuestión de supervivencia, porque hay que hacer algo por sobrevivir...” (FT-10)

Se mantiene que todas las estructuras relacionadas con la profesión farmacéutica tales como la universidad, las asociaciones empresariales, las sociedades científicas y la distribución mayorista, son actualmente conscientes de la necesidad de cambio que tiene la farmacia. Se afirma además que un cambio en la profesión lo debería liderar la propia profesión.

“...la universidad, la empresarial y las sociedades científicas, yo creo que han visto el cambio y han visto la necesidad del mismo..” (ES-04 U)

“Yo creo que en este momento, por lo menos, todas las entidades están a favor de que se cambie....” (ES-05 A2)

“...desde la organización diríamos colegial yo creo, por lo menos aquí en... hablo de aquí, hay mucho interés porque se realice este cambio o que avancemos hacia ese cambio. También le interesa a la distribución y a las empresariales.” (FT-15)

Otras opiniones mantienen que todos deben colaborar a liderar el cambio en la medida de sus posibilidades, tratando de facilitar al farmacéutico la implantación de nuevos servicios.

“Claro que tiene que liderar, el consejo, colegio, empresariales... Y la parte de investigación lo que te he dicho: sociedades científicas y universidades... Pero previamente, o paralelamente a investigar nuevos campos y a desarrollar todo esto de atención farmacéutica, hay que empezar a poner las cosas de forma que no haya burocracia innecesaria...” (ES-06 A2)

Además, es importante no dejar a nadie al margen para evitar resistencias inútiles. Se afirma que el proceso de cambio en el que estamos inmersos y que necesita superar la profesión es de suficiente importancia y de tal envergadura que no es posible permitirse que ningún sector deje de participar en el mismo. Se manifiesta que el colectivo farmacéutico no puede permitirse la

“...por otro lado lo considero suficientemente importante como para no dejar a nadie al margen, porque si dejas a alguien al margen, te puedes encontrar de nuevo, con estas especies de cismas internos o de resistencias que yo creo que no serían buenos.” (ES-10 E)

aparición de cismas internos que supongan una resistencia al cambio.

Lo importante es que alguien tome iniciativas de cambio que estimulen al resto y que, a la larga, consiga crear competitividad en torno a la implantación de servicios. La competencia en servicios se plantea como la mejor forma de demostrar a la sociedad qué farmacia y qué farmacéuticos son los mejores.

“...al revés a mí me estimula, para mí cuando alguna organización se adelanta y es más avanzada que el colegio, pues a mí eso me estimula. Lejos de joderme, lo que hace es ponerme las pilas y ponérsela a mi gente, mira esto es cojonudo, o sea que hay que espabilarse para...”
(ES-12 C1)

Se opina que se ha llegado a una situación en la que hay un número importante de farmacéuticos convencidos de que hay que cambiar y nadie, ni siquiera la corporación, se atreve ya hoy a llevarles la contraria. La necesidad de cambio es algo asumido, al menos públicamente, por todos los estamentos y organizaciones profesionales. Esto, a priori, es entendido como un importante facilitador para la implantación de nuevos servicios.

“...existen colectivos de farmacéuticos que se han dado cuenta, de que el modelo de farmacia tiene que cambiar.... ¿no?... yo creo que ni el Consejo ni siquiera intenta frenar esto.” (FT-14)

Hasta el punto de que, se afirma que entre los farmacéuticos se ha desarrollado una sensibilidad distinta, mucho más receptiva, sobre el cambio en la farmacia.

“...ahora mismo el farmacéutico está muy sensible a todas estas cuestiones. Yo me pongo a pensar en el año noventa y cinco cuando empezamos con la atención farmacéutica, que la llamaban cosa de locos, qué ¿quien iba a pagar eso?, ... Y hoy veo que hay una sensibilidad distinta...”
(ES-12 C1)

Se mantiene en este sentido que se ha conseguido una masa crítica de profesionales activos, en movimiento, que a buen seguro serán capaces de arrastrar al resto de compañeros. Se recuerda que siempre existe un colectivo importante en número, silencioso, que aunque tarda más en asumir los cambios, al final lo hace siguiendo al grupo de innovadores y de ‘aceptadores tempranos’.

“...los que están aportando el cambio... Son los menos ¡cuidado! Pero se mueven más. Tenemos una masa crítica y eso es importante y el resto es la masa silenciosa. La masa silenciosa que normalmente, se tarda en subir al tren, pero no le queda otra más que subirse y se va a subir.” (ES-12 C1)

Se asegura que estos profesionales innovadores y ‘aceptadores tempranos’ son pocos y agrupados en colectivos pequeños aunque tienen un gran dinamismo. Son profesionales que han organizado unas estructuras que van a jugar un papel fundamental en el proceso

“...la atención farmacéutica sea deseada por un colectivo pequeño, pero significativo, para mí es... la juventud y la formación. de las pocas asociaciones que hemos creado. Obviamente. Los que

de cambio y reprofesionalización de la farmacia comunitaria española.

hemos hecho la Fundación, grupo de Granada, la SEFaC....” (FT-04)

Sin embargo, hay opiniones que afirman que estos grupos tienen pocos medios y encuentran amplias resistencias reales para el desarrollo de sus planteamientos de evolución de la profesión.

“...este cambio, que está siendo liderado con pocos medios por grupos muy reducidos de la profesión y encuentra amplias resistencias reales.” (ES-14 E)

También se sostiene que, en sentido contrario, es posible que existan presiones en contra de la evolución de la farmacia aunque se afirma que también existen muchas presiones a favor de la misma.

“Evidentemente hay presiones a favor de los cambios. De lo que no estoy tan seguro es que existan esas presiones en contra de los cambios, entendidos como ejercicios pro-activos.” (ES-02 C2)

Se asegura que al final lo importante no es la organización que lidere el cambio sino que los farmacéuticos interiorizan la filosofía de atención al paciente e implantan servicios cognitivos en sus farmacias.

“Yo creo que lo importante son los profesionales que lo están haciendo.” (FT-07)

Se afirma que las distintas organizaciones deberían trabajar en conjunto abordando cada una, aquellos aspectos en los que tienen un mayor grado de conocimiento. En este sentido se asegura que es importante dibujar un escenario de futuro para que la profesión pueda anticiparse y ser capaz de controlar el cambio. Es decir, se opina que es mejor adelantarse a los acontecimientos que verse arrastrado por ellos. Se apoya una actitud proactiva en la que la profesión analice los posibles escenarios de futuro, elija cual es el más conveniente para el desarrollo profesional y oriente todos los esfuerzos hacia su consecución. El no actuar de esta manera, supone que a medio plazo otras estructuras ajenas a la profesión, por ejemplo la administración sanitaria, serán quienes tomen el liderazgo y dirijan el futuro profesional, probablemente por sendas distintas a las que la profesión hubiera deseado.

“Tendría que haber un reparto de trabajo, definiendo lo que es propio de cada uno,...” (de cada organización) (ES-10 E)

Luego hay quien ve la necesidad, que tiene anticipación... Yo siempre sostengo lo mismo, que hay un momento en que tú puedes controlar el cambio... Al final, si no vas delante, tienes que acomodarte a lo que te impongan... entonces, ya hay otro que es quien impone sus condiciones... Y ya tú no puedes negociar... o no puedes hacer nada, sólo te queda defenderte para sobrevivir.....” (ES-13 C1)

Lo importante es que los profesionales sientan que sus estrategias están activas, evolucionando, mostrando a la profesión y a la sociedad que la farmacia sigue siendo una “profesión en movimiento.” Para ello hacen falta líderes como los que tiene la profesión en estos momentos. Líderes “un poco idealistas”,

“...pero siempre hay corrientes innovadoras, ...que empiezan a marcar las nuevas tendencias. ... Lo que sí es importante es que se vea que es una profesión que está en movimiento.” (ES-11 E)

soñadores, conscientes de que el profesional farmacéutico del futuro debe hacer algo más que la adquisición, custodia y conservación y entrega de los medicamentos. Esta actitud, es definida como la capacidad de tener “sentido de anticipación”.

“Estos son los que yo digo que tienen un sentido de anticipación, es decir, pretenden seguir adaptándose a unos nuevos escenarios.” (ES-13 C1)

Se mantiene también que el cambio en la profesión se va a producir inexorablemente; el asunto es ser capaces de saber si se tratará de un cambio lento, lo que supondría decepciones y desánimo a medida que el tiempo va pasando, o un cambio rápido que supone haber ilusionado a los profesionales, a la administración e incluso a los usuarios.

“...,” pienso que los cambios se van a producir, o se pueden producir, el problema está en que sean más rápidos o sean más lentos... “ (ES-04 U)

Se opina que aunque la corporación entendida como la organización colegial no debería ser la encargada de liderar el proceso de cambio, sí debería otorgar un “marchamo” a todos los proyectos que, durante el proceso de implantación de diferentes nuevos servicios, se vayan planteando a los farmacéuticos, con lo que se contribuiría de una manera importante al proceso de cambio.

“... te decía que la organización colegial es quien debe dar “el marchamo” a todos los proyectos... Yo no creo que tenga.... que liderarlos,... Yo no creo que la organización colegial tenga que ser experta en cada una de las materias.” (ES-7 A2)

Por otra parte se afirma que, aunque el liderazgo del cambio debería corresponderle a la universidad o a las sociedades científicas, como en la práctica el farmacéutico está estrechamente identificado con su colegio, incluso se afirma que “de una manera atípica” por la intensidad de esa identificación, probablemente deberían ser los colegios quienes deberían liderar este movimiento. Opinión ésta confirmada más decididamente por otras que afirman que los colegios, en España, son una herramienta cercana al farmacéutico, muy potente, tanto desde el punto de vista legislativo, como de tradición, de recursos, de capacidades, etc... Se afirma también que esto no ocurre con otras organizaciones; ni con la universidad, ni con las empresariales. Además se indica que a pesar de que las sociedades científicas podrían ser las organizaciones que sobre el papel deberían liderar el cambio, en la práctica no debe de ser así porque les falta implantación.

“Yo creo que le corresponde o a la universidad o a una asociación... ¿Qué sucede?, que en la realidad el farmacéutico está muy identificado con su colegio, está atípicamente identificado con su colegio, más que en ninguna otra actividad,...” (ES-16 A1)

“Por ejemplo, yo pienso que los colegios son una herramienta potente aquí en España. Una herramienta muy potente en España, desde el punto de vista legislativo, desde el punto de vista de tradición. De potencia, de recursos, de capacidades....” (ES-13 C1)

“... pero el colegio es lo más cercano,...” (FT-12)

Por tanto, aunque se opina que deben existir farmacéuticos

“Yo creo que es muy importante que haya grupos que den ideas a la corporación.”

innovadores y 'aceptadores tempranos' que vayan actuando a modo de "exploradores" y analizando el camino de futuro, al final deben ser la corporación y la administración sanitaria quienes apoyen y suscriban ese recorrido.

Yo creo que es muy importante que haya exploradores, entre comillas,... al final esos exploradores tienen que volver a la corporación para informarle de que ese trabajo es interesante..." (FT-01)

Además, se afirma que el Colegio es el único medio de llegar a ciertos estamentos.

"Precisamente hemos buscado al colegio, porque pensamos que es la única manera de llegar a ciertos estamentos..." (FT-13)

Se opina también, que todas las organizaciones farmacéuticas deben liderar la implantación de la atención farmacéutica, desde la corporación hasta las empresariales, pasando por las sociedades científicas y la universidad. De todas formas, de una manera más importante, debería ser el consejo y los colegios los verdaderos líderes del cambio ya que incluyen al 100% de los farmacéuticos.

"Creo que debe ser, colegio, y consejo... Consejo y colegio... Y te voy a decir porqué... Porque es la única organización que tiene al cien por cien..." (ES-06 A2)

Se entiende que las organizaciones empresariales tienen interés en que la farmacia comunitaria evolucione y se vaya preparando para afrontar el cambio que inexorablemente va a afrontar la farmacia

"...O sea, a todo el mundo, incluso desde las empresariales,... para prepararnos para un cambio ¿no? Desde la organización empresarial, yo creo que están haciendo mucho pues de cara a la formación como empresa..." (FT-15)

Hay manifestaciones que, por otra parte afirman, que el motor del cambio deberían ser las sociedades científicas. Se mantiene además, que la SEFaC sería la organización ideal para liderarlo. Sin embargo, se matiza que esta sociedad tiene en la actualidad una implantación escasa, probablemente insuficiente, para abordar una tarea de tal envergadura, por lo que en la práctica va a ser difícil que sea la SEFaC la asociación que de verdad lidere el proceso de cambio en la farmacia. Tampoco parece que el consejo y las empresariales lo vayan a liderar, aunque se insiste en que lo importante es que cada organización colabore en lo que pueda.

"... deberían liderarlo las sociedades científicas..." (FT-09)

"Porque nadie más que ella, (la SEFaC) teóricamente, está interesada en ese cambio... ..., y teóricamente sería la indicada y la ideal para esto... ¿Qué es lo que pasa, cuál es el defecto de nuestra querida sociedad? Pues que somos cuatro gatos, con lo cual..." (FT-07)

Otras opiniones afirman que tanto las sociedades científicas como la corporación (consejo y colegios) deberían ser las organizaciones encargadas de liderar el cambio. Se afirma, sin embargo, que hoy día

"...nombraría al Consejo, nombraría a los colegios y nombraría a las sociedades científicas, como principales pilares. Los empresariales,

quien más autoridad tiene es el colegio. Además se afirma que las asociaciones empresariales se deben dedicar a otros aspectos diferentes al de la promoción profesional de los farmacéuticos, como por ejemplo a ayudar a la gestión y aspectos administrativos.

están para lo que están, no para esto... “ (FT-01)

“...SEFaC, ... o la corporación... Las empresariales no creo que lo lideren.” (FT-04)

Se afirma que a través de la SEFaC existen excelentes condiciones para establecer puentes de unidad con los farmacéuticos de hospitales y con los farmacéuticos de atención primaria. Esto tiene gran interés si se recuerda que una de las barreras descritas en la separación entre los farmacéuticos trabajando en los diferentes niveles asistenciales: hospital, atención primaria y comunidad.

“... Y pienso que en este momento hay unas excelentes condiciones para establecer puentes de unidad con los farmacéuticos de hospitales y con los farmacéuticos de atención primaria...” (ES-05 A2)

Hay opiniones que sostienen que la distribución minorista está interesada en el cambio de la profesión.

“...a ver... ahora estamos aquí en la cooperativa... hay un gran apoyo pues de formación, un gran apoyo logístico y de personal técnico de aquí, de cara pues a una formación, a un cambio... para prepararnos para un cambio ¿no?” (FT-15)

Aunque se afirma que la universidad, en general no está interesada en el movimiento de cambio que se está propugnando para la farmacia comunitaria, también se matiza que existen algunos grupos de universidades concretas que sí apoyan este cambio. A pesar de esa opinión, se afirma que la universidad puede aportar un “paraguas” de seriedad, formación, investigación y mejora en los profesionales, muy útil para el resultado final. Además la universidad, como es una institución en la que se encuentran otros profesionales de la salud, puede ser útil para lograr una mejor relación entre las distintas profesiones sanitarias. En este sentido se opina que la universidad podría ser el mejor interlocutor para facilitar el diálogo entre los farmacéuticos y los médicos. Según esta opinión, la universidad podría ayudar a limar las posibles diferencias y a paliar los temores interprofesionales que puedan surgir.

“Hombre, yo creo que apoyando pueden estar determinados grupos en determinadas universidades, no de todas, porque a la mayoría les da igual la farmacia comunitaria,” (FT-11)

“...el paraguas de la universidad, da la imagen real, que es real, que es una institución que lo único que persigue es formar, investigar y conseguir mejores profesionales... yo creo que si, sobre todo cuando se trate de cambios profesionales que puedan provocar rechazo por otro colectivo profesional, en base a dudas de invasión de competencias, a dudas de capacitación, yo creo que el interlocutor más válido, para poder detectar si es que existen esos puntos débiles o esos puntos fuertes, puede ser la universidad.” (ES-04 U)

Se opina que la implantación de nuevos servicios cognitivos se debe enmarcar en un planteamiento general de la práctica farmacéutica, porque si no, se tratará de acciones puntuales de buena voluntad y no se trasladarán los beneficios que suponen a la sociedad. Es decir, el proceso de evolución y cambio de la farmacia debe consistir en un proceso pensado previamente, orientado y organizado, incluyendo al mayor número de profesionales de la farmacia comunitaria, para que los beneficios sean constatables por la sociedad y las administraciones sanitarias.

“De hecho lo que observo son atenciones puntuales, de gente con muy buena voluntad que entiende que puede hacer algo por la salud de la gente y se pone a trabajar con los médicos, con la enfermería, como buenamente pueda. Pero entiendo que necesitamos una organización de este tema.” (ES-15 A1)

Como método para ir avanzando se propone dar pasos muy pequeños, pero constantemente. El proceso de cambio debe ser un proceso lento pero prolongado en el tiempo, durante el que se van agregando continuamente los pequeños logros alcanzados.

“...porque los avances... son tan pequeños, tan cortos...” (FT-11)

También se mantiene que antes de modificar los sistemas retributivos se deben pilotar los distintos servicios, obviamente retribuidos, para desarrollar sistemas de documentación que permitan la comprobación de las bondades del servicio. Es importante elaborar indicadores de buena práctica y de efectividad de los servicios que se vayan a ir implantando en las farmacias, de manera que quede garantizada la calidad de los servicios a la vez que la misma pueda ser auditada externamente. Se sostiene que la farmacia debe ser capaz de demostrar a la administración sanitaria, a los propios farmacéuticos y, por supuesto, a la sociedad en general, que los servicios suponen un beneficio para todos ellos.

“...en esto hay que ir con mucho cuidado... Para esto, yo pienso que es muy importante, primero, hacer estas experiencias piloto. Que estas experiencias se retribuyan de alguna manera y que además se cree un sistema de documentación de esta actividad para que luego se pueda comprobar... O sea, para que no haya fraude, digamos, por parte de algún profesional...” (ES-05 A2)

“yo digo... Que si somos capaces de demostrar a todos: Administración y farmacéuticos y a la sociedad en general, que esta actividad merece la pena, pues es posible” (FT-01)

Se afirma que tras la implantación generalizada de servicios cognitivos en las farmacias, el sistema sanitario sería el más beneficiado por la aportación de la farmacia.

“... porque de verdad que creo que el sistema sanitario se beneficiaría de la aportación de farmacéuticos de farmacia...” (ES-15 A1)

Pero se plantea la opinión de que actualmente el farmacéutico debe integrarse más en dicho sistema sanitario. Se recuerda que el sistema sanitario español, que es un sistema pública basado en el modelo de sistema nacional de la salud, habitualmente subcontrata

“Yo que soy una enamorada del modelo de sistema sanitario que tenemos, ... Y entonces es una situación no extraña para el sistema sanitario, el sistema sanitario concierta muchos servicios sanitarios que por

servicios que él no presta. Una de las modalidades de subcontratación es el establecimiento de conciertos entre partes, sistema que es el utilizado en la contratación de la prestación farmacéutica. Por tanto, se insiste en que el sistema de conciertos no es una figura ajena a sistema y que la farmacia debería hacer un esfuerzo de integración, y por tanto de conocimiento, en el sistema para el que trabaja. Bajo este prisma, la farmacia podría aportar mucho más a un sistema que, es cierto, tampoco pide nada más a la farmacia que la realización de la distribución de medicamentos.

distintas razones, no lo hace con sus propios medios, y lo concierta, y este es uno más. ... Entonces desde el punto de vista de lo que el sistema sanitario puede sacar del farmacéutico, pues yo creo que se saca poco..” (ES-15 A1)

Además se afirma que no existe contradicción en el hecho de que la farmacia sea un establecimiento privado concertado con el Sistema Nacional de la Salud; es más, se afirma que la sanidad debería de ser pública mientras que los proveedores de servicios deberían ser privados.

“Creo que la sanidad debe ser pública, pero no los prestadores de servicios sanitarios. Es muy distinto...” (ES-07 A2)

Existe la opinión de que la farmacia además de dispensar medicamentos actúa como un elemento de corrección de defectos del sistema de salud, y se añade que debería participar en campañas sanitarias en colaboración con otros estamentos o con la propia administración sanitaria.

“La segunda (función) que realiza, es apagar fuegos... (ríe), "apagar fuegos" de fallos del sistema sanitario. Problemas de salud,.... (FT-04)

Se opina que ésta, al igual que ocurre con los colegios, desea que la profesión cambie por lo que ambas organizaciones están ejerciendo una presión positiva a favor del proceso de implantación de servicios.

“Mira... a ver... desde la administración y también desde la organización diríamos colegial yo creo, por lo menos aquí en... hablo de aquí, hay mucho interés porque se realice este cambio... “ (FT-15)

Sin embargo, se afirma que a la administración hay que ofrecerle hechos; se añade en este sentido que la administración sanitaria no debe considerarse como un freno sino que debe ser el colectivo farmacéutico el que le ofrezca soluciones. Se insiste en que la administración no puede estar intentando frenar algo que no sabe que existe y es que, en realidad, los servicios no están implantados de una manera manifiesta, por lo que no existen datos de su existencia ni de sus beneficios.

“...a la administración hay que darle cosas hechas ya... yo, no voy a frenar el seguimiento farmacoterapéutico, ¿como voy a tratar de frenarlo si no existe? Para ellos no existe porque no tiene datos ni muestras de que eso exista.” (FT-14)

Es más, se afirma que la administración lleva años apostando por el cambio, y la falta de implantación de los servicios es una prueba evidente de que es el colectivo farmacéutico el que no ha sabido aprovechar la oportunidad brindada por la administración.

“Desde el punto de vista de la administración, nosotros hemos tenido la oportunidad en estos últimos años, de una administración que ha apostado por este cambio.” (ES-04 U)

“...la administración ve con buenos ojos eso, en general, la administración tanto a nivel nacional, tanto como las autonómicas. Y que esta dispuesta a que los farmacéuticos aporten su colaboración en estos temas.” (ES-05 A2)

“Yo lo que veo es que la administración digamos, nos va a apoyar y no podría ser de otra manera puesto que está implicada en el modelo y sería absurdo echar piedras contra su propio tejado.” (ES-10 E)

Se matiza, sin embargo, que la administración sanitaria estatal es la que sí ha estado interesada en el proceso de cambio de la farmacia, y lo sigue estando y apoyando, mientras que las autonómicas se han contentado con no plantear barreras, manteniéndose, si no expectantes, sí al margen de lo que en este sentido sucede en las farmacias.

“La Administración ha empujado a favor. La Administración central, sí. Ha empujado. Ahora está callada y las administraciones autonómicas, en general, barreras no han sido tampoco, ¿eh?... pero tampoco dan un apoyo explícito.” (FT-04)

Se opina también que la administración debería implicarse más y tomar la decisión de liderar el cambio mediante la promulgación de una legislación que, en cierto modo, fuerce a los farmacéuticos a implantar nuevos servicios.

“...dependiendo del tipo de política farmacéutica que quiera tener, yo creo que la Administración debía de coger las riendas.” (FT-03)

Se sostiene que una forma de apoyar ese cambio podría ser el pago de los servicios prestados por los farmacéuticos; en este sentido se opina que a estas alturas la administración no puede esperar tan sólo el voluntarismo del profesional y debería dar un paso adelante financiando estos servicios cognitivos.

“...la Administración ya, no desde el voluntarismo del profesional, que ya estamos un poquito cansados de hacer el trabajito por nada ¿no?... (FT-02)

Porque, se afirma también, que el cambio se produce siempre como consecuencia de una obligación, y su consecuencia es que para que la farmacia cambie, alguien, es decir la administración, le tendrá que

“Yo aprendí, que el cambio se produce por una obligación...” (ES-13 C1)

obligar; dicho de otro modo, se plantea la necesidad de incentivos negativos para aquellos que no implanten servicios..

Una opinión recuerda que la implantación de servicios, debería ser un proceso mucho más sencillo porque, afirma, tan sólo se tendría que hacer cumplir la ley 16/97, de 25 de abril, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia o asumir las responsabilidades contenidas en el documento de consenso sobre atención farmacéutica que fue coordinado por el ministerio de sanidad; según esta opinión, estos hechos deberían constituir una presión externa suficiente para la profesión que condujera a la implantación real de servicios cognitivos en las farmacias.

“Claro, tenemos ley de regulación de la farmacia, la ley de ordenación farmacéutica, en las que, pues ya se habla de nuevos servicios, que teóricamente, se deberían de estar prestando todos y que... y que muy pocos prestan todavía... Efectivamente... Tenemos un documento de consenso, que ya nos aclara, puntos, como por ejemplo...” (FT-01)

Se afirma que el colectivo médico, a pesar de su susceptibilidad ante la posibilidad de intrusismo, apoya decididamente el hecho de que los farmacéuticos se impliquen más en enseñar a los pacientes cómo mejorar el uso del medicamento.

“Y los médicos, lo que les sucede, ahora mismo es una profesión que ha sufrido muchísimos ataques en su poder adquisitivo, su reconocimiento social, en... y entonces están especialmente susceptibles con todo lo que les suene a intrusismo,... Cuando tú les dices a los médicos que quieres que los farmacéuticos en vez de implicarse para dispensar se implique, le pregunten a la gente, le enseñen a usar el medicamento, le ayuden... todos dicen que por supuesto, que para eso se les paga.” (ES-16 A1)

Además, hay opiniones que afirman que dentro del colectivo médico existen algunas organizaciones como la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), o la Asociación para la defensa de la sanidad pública, que apoyan el cambio en la farmacia, mientras que la OMC, que es la asociación mayoritaria, no lo hace probablemente por miedo a la competencia profesional.

“... aunque no cabe duda que grupos como SemFYC, o como los de la defensa de la sanidad pública u otros grupos pueden ver el desarrollo de esos servicios profesionales positivamente. Pero el colectivo grande médico tiene miedo a la competencia profesional.” (FT-04)

Expresado de otra manera se afirma que las sociedades científicas médicas son más favorables al cambio en la farmacia que el resto de organizaciones médicas.

“...que las sociedades científicas médicas en general están mucho más a favor de este cambio y a hacer este trabajo conjunto...” (ES-05 A2)

Se recuerda además que las nuevas funciones que el farmacéutico reivindica son complementarias a las de los médicos, por lo que se afirma que éstos no deben temer la posibilidad de intrusismo por parte del farmacéutico. Se trata de colaborar en la ayuda al paciente que es, al final, el que da sentido al trabajo de todos los profesionales de la salud.

*“...en cualquier caso, somos profesiones distintas que partimos de un origen común y que al final estamos condenados a entendernos... nuestra labor es siempre complementaria.”
(ES-12 C1)*

En este sentido se afirma que las relaciones médico - farmacéutico han sido tradicionalmente buenas, y que a lo largo de la historia no han existido problemas reales entre las dos profesiones. Sin embargo se matiza que en la actualidad no ocurre esto en lo que hace referencia a los miembros de la junta directiva de la OMC. Esta mala relación farmacéutico – médico que se hace patente a nivel de la cúpula de la corporación, no se manifiesta en la realidad de la práctica profesional cotidiana; se manifiesta que los médicos que conocen el trabajo que se realiza en la farmacia y los resultados de la implantación de servicios los valoran positivamente y agradecen el trabajo del farmacéutico hasta el punto de que llegan a demandar su colaboración.

“Nuestras relaciones con los médicos siempre ha sido magníficas. Aquí no he tenido jamás problemas con médicos... eh... la REAP funciona desde hace dieciocho años y está ahí, y todos los años nos reunimos...” (FT-02)

“¿Con los médicos? Yo creo que el colectivo médico. Yo eso lo he leído, escritos sobre organizaciones médicas colegiadas, están en contra de... He leído, bueno... eso lo puedo interpretar como presión en contra... Pero luego, médicos que... con los que yo personalmente he tenido contacto... un gran porcentaje, valoran positivamente lo que hago...” (FT-12)

Ello es del todo lógico porque se afirma que la implantación de servicios cognitivos, incluso aún cuando estos no estén remunerados, aporta aspectos positivos como proporcionar una relación más intensa con los pacientes o avanzar en las necesidades de mejora profesional del farmacéutico.

*“Entonces aspectos positivos que veo, bueno pues veo aspectos positivos en lo que es la pura relación de satisfacción de las personas, relación con los pacientes, que es mucho más intensa. Veo también la percepción que tienen esos pacientes es más positiva.”
(ES-10 E)*

Hay opiniones que mantienen que en la práctica profesional lo importante es el servicio y si una organización se decide a propugnar la implantación de nuevos servicios, esto se debe hacer correctamente. Se opina, por tanto, que no es tan importante quien plantee un servicio sino que lo plantee con calidad. Además se mantiene la opinión de que cuando se oferta un servicio bien hecho, los pacientes responden y se fidelizan. Por tanto se insiste en que para que los servicios sean considerados de interés deben de realizarse correctamente.

*“A ver... lo que me importa es el servicio, y quién lo plantee si lo plantea bien... tanto da...”
(FT-15)*

“Todo el mundo que hemos hecho u ofertado a la población que entra en nuestras farmacias seguimiento farmacoterapéutico, yo no conozco a nadie que se le haya escapado nadie. Al que se lo has ofertado ha quedado pegado a la farmacia, o al que le has ofertado deshabitación

tabáquica, o al que le has ofertado... Es decir, al que le ofertas un servicio, medianamente bien hecho, lo captas como cliente. Es que no tiene duda ninguna...” (FT-04)

Se afirma que es importante difundir y dar a conocer a la sociedad los servicios que la farmacia comunitaria está en disposición de ofrecer para que las posibilidades y potencialidades de la Farmacia sean conocidas.

“o creo que los consumidores conocen muy poco, esto es otra asignatura pendiente”.
(ES-05 A2)

Se constata que es importante esa acción de difusión ya que se afirma que los consumidores, como colectivo, desconocen el papel que puede jugar el farmacéutico, mientras que aquellos que han tenido contacto con servicios como el seguimiento farmacoterapéutico lo demandan. Se afirma que esto es muy lógico porque nadie puede esperar ni demandar algo que no sabe que existe; además, como los servicios cognitivos aportan ventajas a los pacientes, se manifiesta que es lógico pensar que si se dan a conocer a la sociedad la demanda aumentará rápidamente.

“...los consumidores creo que... no saben lo que es. Los consumidores, si esto lo conociesen, lo apoyarían, lo pedirían, lo demandarían. Porque individualmente la gente lo demanda cuando lo conoce.... yo creo que los consumidores si lo conociesen lo demandarían y pelearían por que esto existiese. (FT-14)

Además se opina que los consumidores siempre aceptarán de buen grado un servicio más comprometido que el actual por lo que se afirma que este colectivo apoya el cambio. Por todo ello se afirma que no se detecta una resistencia real por parte de la sociedad en contra de las farmacias que implantan nuevos servicios cognitivos.

“Yo creo que los consumidores en términos generales apuestan porque sea un servicio mas comprometido y mejor. Por lo tanto desde el punto de vista del consumidor, un cambio de este tipo lo verá siempre bien.”
(ES-04 U)

Otras opiniones mantienen que la sociedad nos exige la implantación y la práctica del seguimiento farmacoterapéutico por lo que se afirma que se deben atender las demandas de la sociedad en este sentido.

“...considero que no hay resistencias por aparte de la sociedad.” (ES-11 E)

“...en esta profesión a quien tenemos que hacer caso es a la sociedad.” (ES-11 E)

Se manifiesta que tanto los consumidores, como las asociaciones sindicales, esperan que los farmacéuticos evolucionen y asuman nuevos roles encaminados a mejorar la atención al paciente.

“Los consumidores... cuando oyen hablar de esto les encanta,... cuando les hablas enseguida captan la misma necesidad. Las asociaciones sindicales como defensores de derechos... imagino que también, yo no tengo

experiencia directa con las asociaciones sindicales en este tema.” (ES-16 A1)

“...asociaciones de consumidores, que lo que quieren es precisamente que evolucionemos. Yo soy socio de la OCU y por ejemplo la OCU, también ha hecho campañas. Que aunque nos hayan cabreado... no ha hecho más que decir la realidad. Pues cuando han mandado a comprar antibióticos y resulta que en cualquier farmacia te venden antibióticos. Esos son los hechos reales.” (FT-15)

Se opina que para el farmacéutico que trata de implantar servicios es fundamental obtener un reconocimiento social y económico, derivado de su aplicación práctica.

“... Yo creo que todo siempre tiene que ver con los reconocimientos sociales y económicos... Siempre hablo de social y económicos... Van juntos, y casi siempre van parejos...” (ES-13 C1)

Se encuentra positivo realizar campañas sanitarias pero se afirma que éstas deben de tener interés no sólo para quien las organiza y para el público (sociedad), sino también para la administración.

“...no sirve de nada que nosotros hagamos una campaña si... la administración no tiene ningún interés en ese tema...” (ES-01 C1)

Finalmente se opina que si la farmacia atiende las demandas de la sociedad no tendrá problemas con su futuro profesional, mientras que se afirma que si se queda parada, los problemas se acumularán con total seguridad.

“Yo creo que siempre que vayamos a atender las necesidades de la sociedad al final no tendremos problemas. Ahora si nos quedamos estancados si que los tendremos.” (ES-11 E)

MATRIZ TEXTUAL 2: FACILITADORES
FARMACÉUTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de formación asistencial. Tanto en el pregrado como en el postgrado. • Necesidad de mensajes claros e inequívocos sobre el futuro profesional. • Cambio en la actitud de los farmacéuticos. Asunción de la necesidad de cambio.
FARMACIA
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad De cambios del sistema retributivo; disminuyendo el peso de los ingresos derivados de la dispensación a favor de los originados por la prestación de servicios cognitivos. • Necesidad de modificar la estructura de las farmacias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor tamaño de la farmacia ▪ Mayor número de profesionales farmacéuticos ▪ Existencia de zonas de atención personalizada
PROFESIÓN FARMACÉUTICA
<ul style="list-style-type: none"> • El Consejo general de Colegios farmacéuticos debe asumir el liderazgo en la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. • Se deben disminuir las tareas administrativas que suponen una sobrecarga de trabajo. • La Universidad debe acercar la formación y la investigación a la práctica farmacéutica; es imperiosa la necesidad de obtener evidencia científica sobre la efectividad y la eficiencia de estos servicios.
ADMINISTRACIÓN SANITARIA, MÉDICOS y PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso dar a conocer los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria a la Sociedad, a la Administración Sanitaria y al colectivo médico. • Es preciso mejorar las relaciones entre los farmacéuticos y los médicos.

Grupo nominal

Estrategas expertos en la gestión del cambio

Los facilitadores identificados por los expertos participantes en el grupo nominal fueron los que se detallan en la matriz textual 3.

Matriz textual 3. Elementos facilitadores identificados en el Grupo Nominal de estrategias.

ELEMENTOS FACILITADORES
• ACTITUD DEL FARMACÉUTICO
• FORMACIÓN ASISTENCIAL
• RECONOCIMIENTO SOCIAL
• INFRAESTRUCTURA (HERRAMIENTAS Y MEDIOS)
• TRABAJO INTEGRADO EN EQUIPO EN ATENCIÓN PRIMARIA
• MARCO LEGAL INCENTIVADOR
• REMUNERACIÓN

Estos facilitadores tenían unas ideas asociadas que se detallan en la matriz textual 4.

ELEMENTO	IDEAS ASOCIADAS
ACTITUD DEL FARMACÉUTICO	Actitud La actitud pro-activa del profesional. Su decisión de intentarlo
FORMACIÓN ASISTENCIAL	Especializar a los farmacéuticos para realizar servicios cognitivos con reconocimiento oficial. Formación reglada permanente y actualizada, adaptada/orientada al paciente y que sea aplicable de forma inmediata. Programas de formación que combinen la enseñanza teórica con la práctica asistencial, tutelados por profesionales con experiencia suficiente. Formación, aprendizaje.
RECONOCIMIENTO SOCIAL	Un elemento que les proporcione un reconocimiento profesional ante la sociedad.
INFRAESTRUCTURA (HERRAMIENTAS , MEDIOS)	Un elemento que les ayude realmente a la puesta en marcha del servicio a implantar. Utilización: Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)
TRABAJO INTEGRADO EN EQUIPO EN ATENCIÓN PRIMARIA	Integración en equipo de atención primaria Mayor integración del farmacéutico de oficina en el equipo asistencial de la zona, participando de objetivos y elementos de motivación.
MARCO LEGAL INCENTIVADOR	Marco legal comprometido con el desarrollo de estos servicios y consensuado con el colectivo.
REMUNERACIÓN	Cambiar la retribución de las farmacias pagando los servicios cognitivos Remuneración de los servicios con valor añadido, evaluable de forma individual o colectiva.

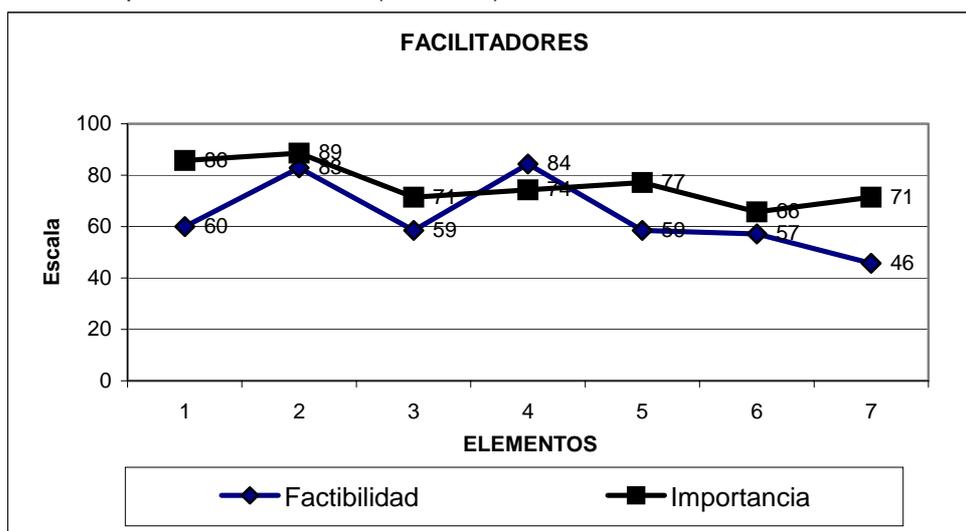
Las puntuaciones obtenidas por cada facilitador tanto en lo que se refiere al criterio de importancia (IM), como de factibilidad (FC) se muestran en la tabla 9. En dicha tabla se muestran también los resultados obtenidos por cada facilitador una vez ajustados a la escala 100.

Tabla 9. Puntuación de los facilitadores identificados en el Grupo Nominal de estrategias.

Nº	ELEMENTOS FACILITADORES	IM	FC	IM (100)	FC (100)
1	ACTITUD DEL FARMACÉUTICO	30	42	86	60
2	FORMACIÓN ASISTENCIAL	31	58	89	83
3	RECONOCIMIENTO SOCIAL	25	41	71	59
4	INFRAESTRUCTURA (HERRAMIENTAS Y MEDIOS)	26	59	74	84
5	TRABAJO INTEGRADO EN EQUIPO EN ATENCIÓN PRIMARIA	27	41	77	59
6	MARCO LEGAL INCENTIVADOR	23	40	66	57
7	REMUNERACIÓN	25	32	71	46

Utilizando los valores resultantes en la escala de 100, en la figura 12 se comparan los resultados de cada uno de los 7 facilitadores identificados en función de su importancia y de su factibilidad.

Figura 12. Comparativo de las puntuaciones tipificadas (1-100) en los criterios de importancia y factibilidad para cada dimensión (facilitador)



En las figuras 13 y 14 se muestra la comparación de los valores obtenidos para la importancia y para la factibilidad en función de las medianas.

Figura 13. Comparativo de las puntuaciones tipificadas (1-100) en el criterio de importancia con la mediana (importancia)

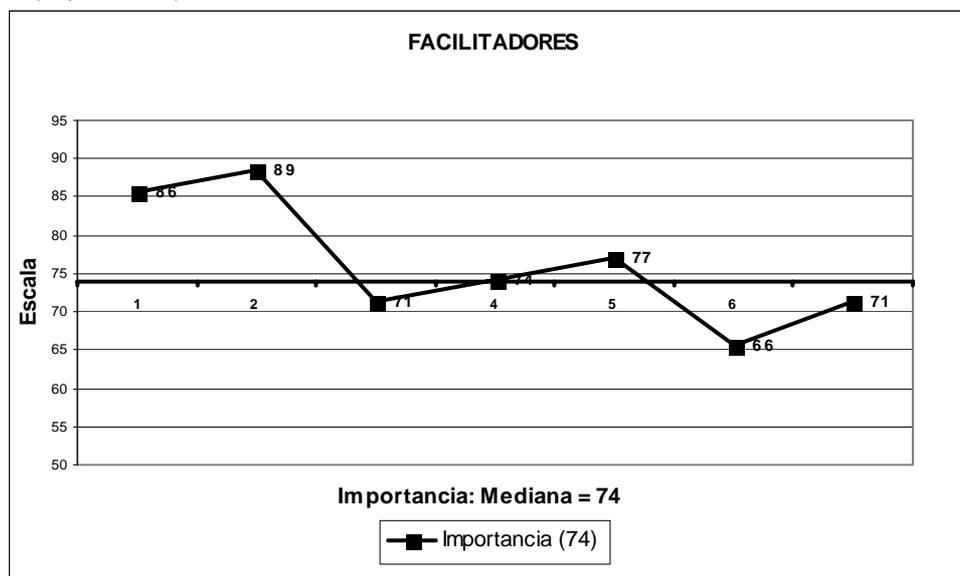
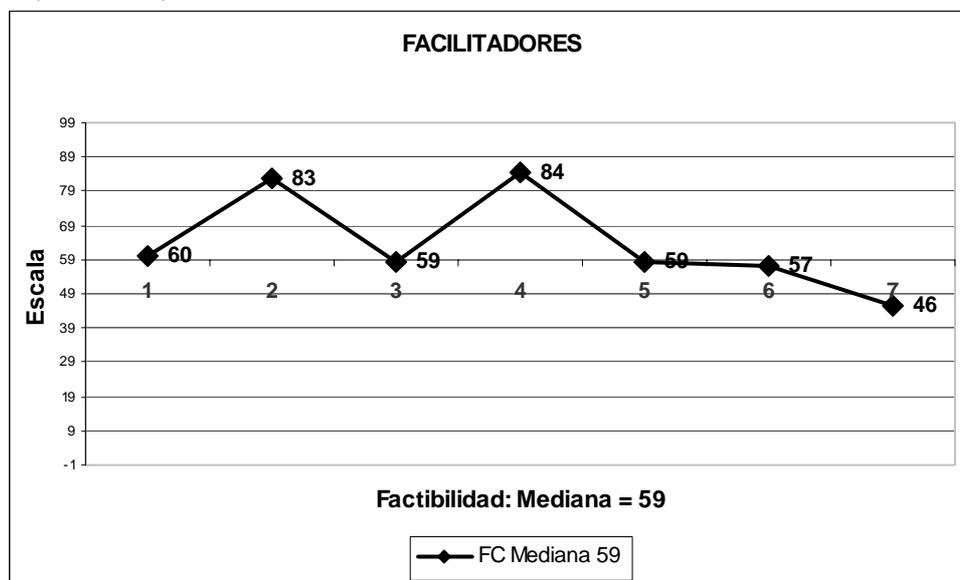


Figura 14. Comparativo de las puntuaciones tipificadas (1-100) en el criterio de factibilidad con la mediana (factibilidad)



Por otra parte, las figuras 15 y 16 muestran el grado de acuerdo entre las medianas y las desviaciones típicas, lo que da idea del grado de consenso alcanzado en la reunión.

Figura 15. Representación del acuerdo conseguido para cada dimensión (facilitador) en el criterio Importancia.

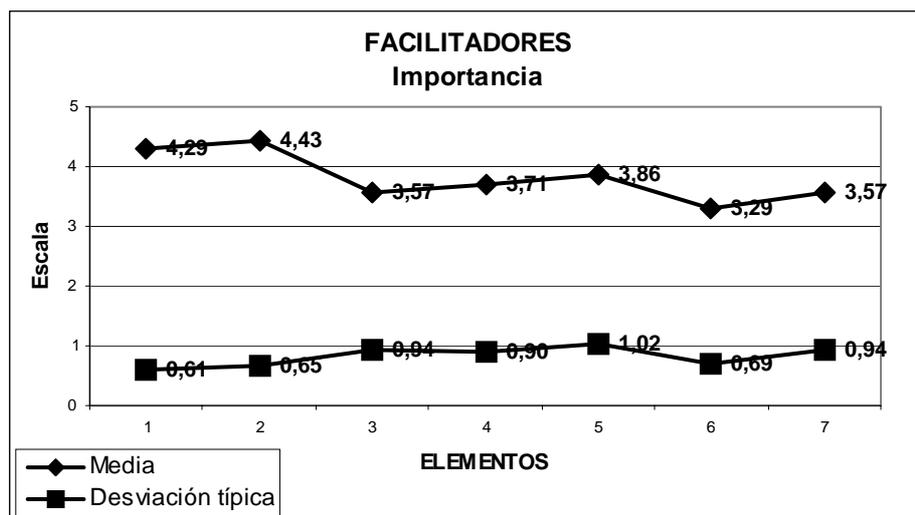
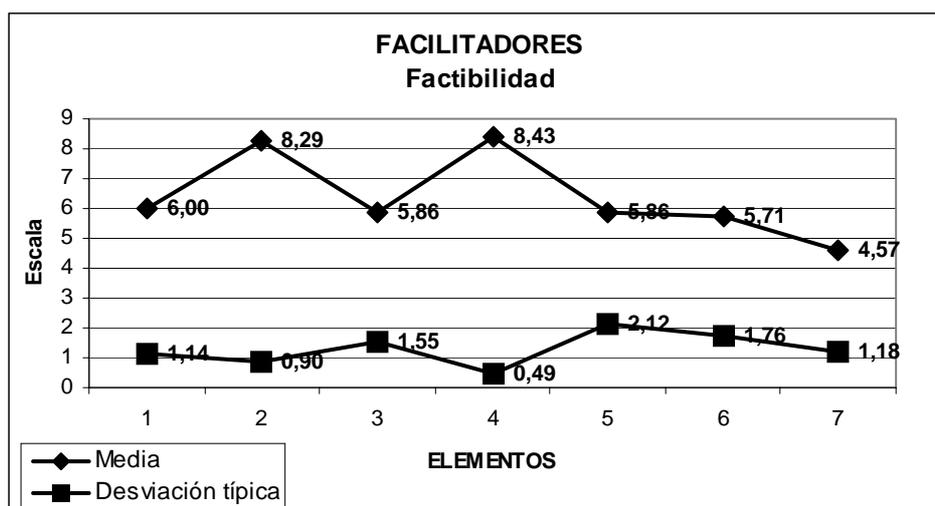
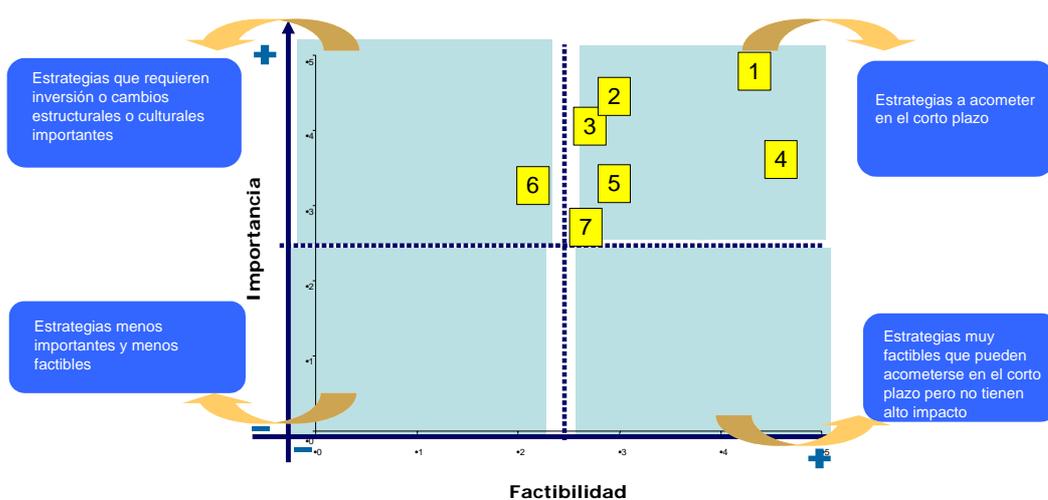


Figura 16. Representación del acuerdo conseguido para cada dimensión (facilitador) en el criterio Factibilidad.



Finalmente se realizó una matriz de prioridad para realizar una valoración comparativa de los perfiles de importancia y factibilidad. (Figura 17). En dicha figura, los diferentes facilitadores identificados están descritos por el número correspondiente a la tabla 9 (página 132).

Figura 17. Matriz de prioridad comparativa de los criterios de importancia y factibilidad.



Farmacéuticos comunitarios

Los facilitadores identificados por los expertos participantes en el grupo nominal fueron los que se detallan en la matriz textual 5

Matriz textual 5. Elementos facilitadores identificados en el Grupo Nominal de farmacéuticos comunitarios.

ELEMENTOS FACILITADORES
<ul style="list-style-type: none"> • CAMBIO EN LA REMUNERACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • CAMBIOS EN LA FORMACIÓN CURRICULAR: <ul style="list-style-type: none"> ○ PREGRADO + CLINICO ○ POSTGRADO: ESPECIALIDAD Y FORMACIÓN CONTINUADA OBLIGATORIA
<ul style="list-style-type: none"> • RESPALDO LEGAL CON EXIGENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY
<ul style="list-style-type: none"> • MARKETING DE LOS SERVICIOS COGNITIVOS DE LA FARMACIA COMUNITARIA A LA SOCIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Estos facilitadores tenían unas ideas asociadas que se detallan en la matriz textual 6.

ELEMENTO	IDEAS ASOCIADAS
CAMBIO EN LA REMUNERACIÓN	Remuneración económica por servicio Cambio de remuneración: pago por servicios vs. pago por venta Servicios remunerados Cambios en los aspectos remunerativos del farmacéuticos.
CAMBIOS EN LA FORMACIÓN CURRICULAR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PREGRADO + CLINICO ▪ POSTGRADO: ESPECIALIDAD Y FORMACION CONTINUADA OBLIGATORIA 	<u>PREGRADO</u> : Formación clínica en pregrado con un currículum adaptado al paciente y a las patologías. Cambios en la formación del pre - grado. <u>POSTGRADO</u> : Formación continua obligatoria (por la universidad) Farmacéuticos formados con experiencia en el tema. (especialización)
RESPALDO LEGAL CON EXIGENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY	Cambios legislativos que apoyen la actividad clínica del farmacéutico Ligar el mantenimiento de la farmacia como tal (no funcional) a la realización de servicios cognitivos.
MARKETING DE LOS SERVICIOS COGNITIVOS DE LA FARMACIA COMUNITARIA A LA SOCIEDAD	Demanda del servicio por los pacientes. Difusión del conocimiento (existencia de los servicios) e informar de los mismos a la sociedad.
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS.	Estructura de la farmacia orientada a los servicios al paciente (ZAP, no mostrador, no bata, etc.) Disminución de las tareas administrativas y mecanizar otros aspectos de las farmacias. Planificación del tiempo y personal para dedicar tiempo a otras tareas más asistenciales. Organización y gestión de las funciones del farmacéutico en la farmacia comunitaria. Un farmacéutico cuyo exclusivo trabajo sean los servicios cognitivos

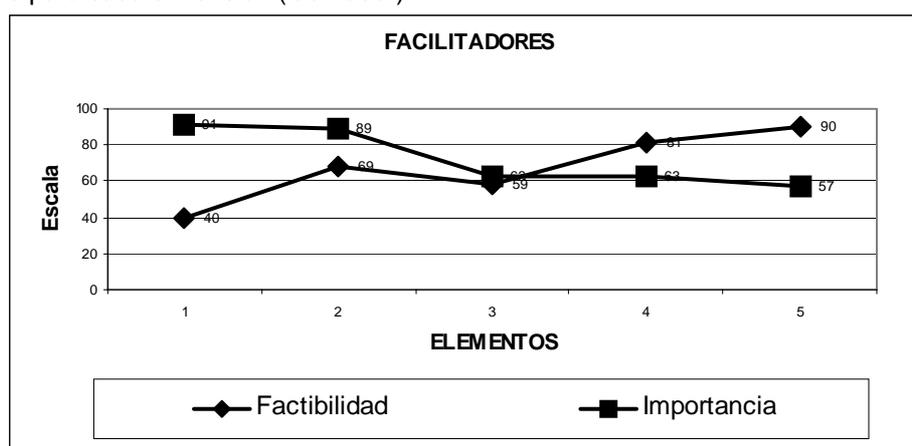
Las puntuaciones obtenidas por cada facilitador tanto en los que se refiere a su importancia (IM), como a su factibilidad (FC) se muestran en la tabla 10. En dicha tabla se muestran también los resultados obtenidos por cada facilitador una vez ajustados a una escala 100.

Tabla 10. Puntuación de los facilitadores identificados en el Grupo Nominal de farmacéuticos comunitarios.

Nº	ELEMENTOS FACILITADORES	IM	FC	IM (100)	FC (100)
1	CAMBIO EN LA REMUNERACIÓN	32	28	91	40
2	CAMBIOS EN LA FORMACIÓN CURRICULAR	31	48	89	69
3	RESPALDO LEGAL CON EXIGENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY	22	41	63	59
4	MARKETING DE LOS SERVICIOS COGNITIVOS DE LA FARMACIA COMUNITARIA A LA SOCIEDAD	22	57	63	81
5	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS	20	63	57	90

Una vez ajustados a 100, se pueden comparar los 5 facilitadores identificados en función de su importancia y de su factibilidad. (Figura 18)

Figura 18. Comparativo de las puntuaciones tipificadas (1-100) en los criterios de importancia y factibilidad para cada dimensión (facilitador)



En las figuras 19 y 20 se comparan los valores obtenidos para la importancia y para la factibilidad en función de las medianas.

Figura 19. Comparativo de las puntuaciones tipificadas (1-100) en el criterio de importancia con la mediana (importancia)

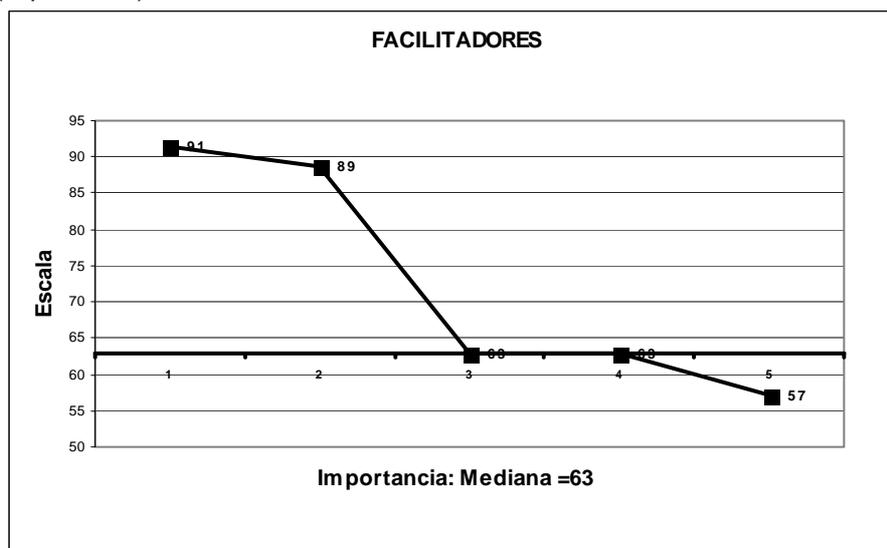
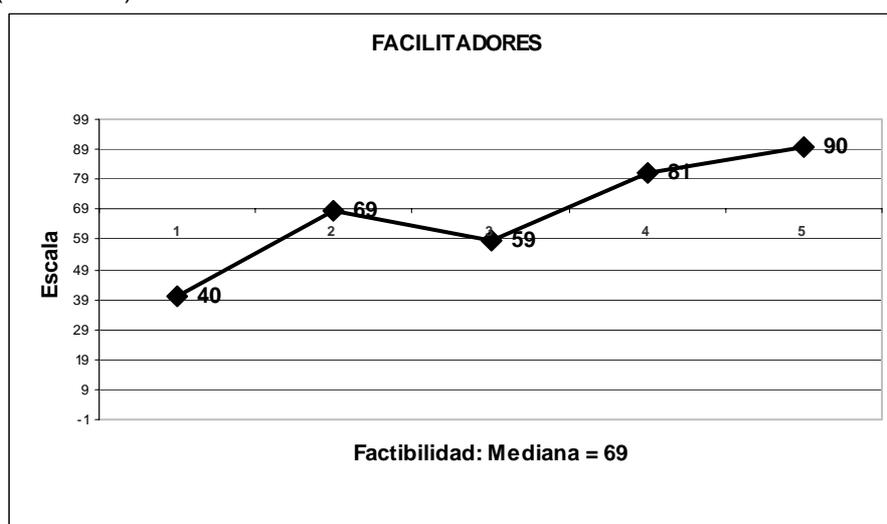


Figura 20. Comparativo de las puntuaciones tipificadas (1-100) en el criterio de factibilidad con la mediana (factibilidad)



Por otra parte, las figuras 21 y 22 muestran el grado de acuerdo entre las medianas y las desviaciones típicas, lo que da idea del grado de consenso alcanzado en la reunión.

Figura 21. Representación del acuerdo conseguido para cada dimensión (facilitador) en el criterio Importancia.

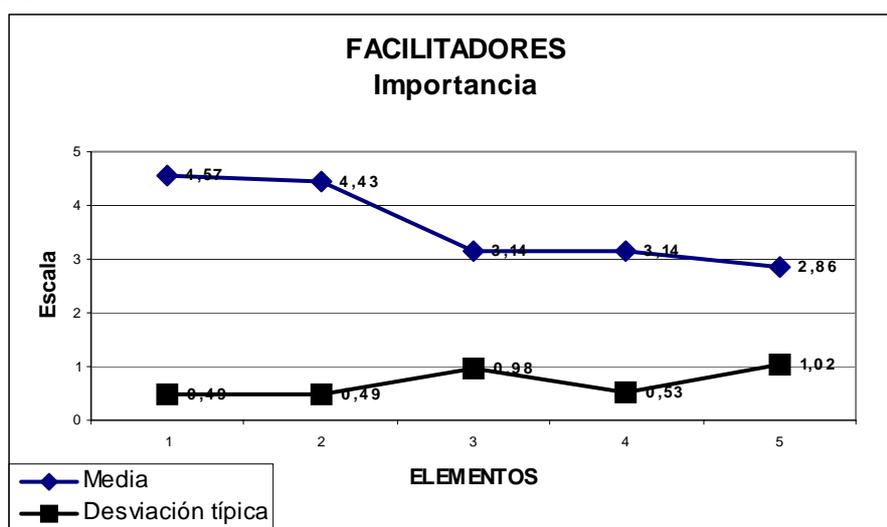
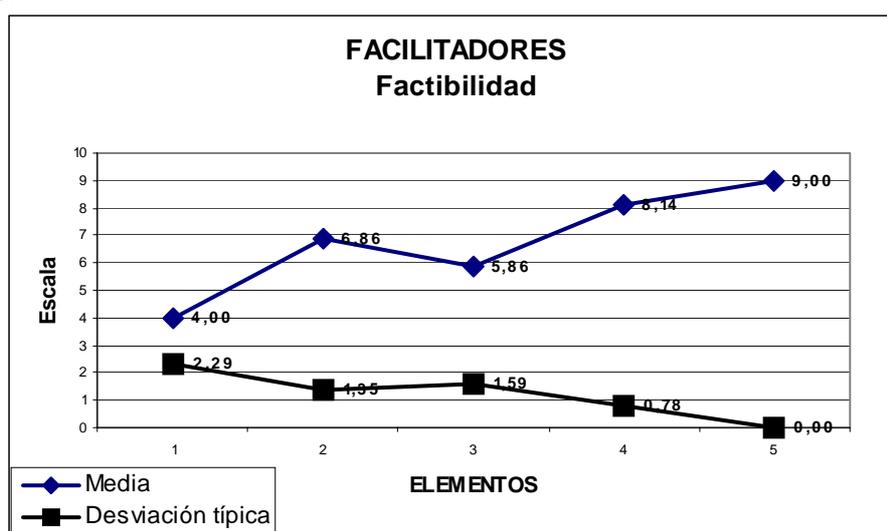


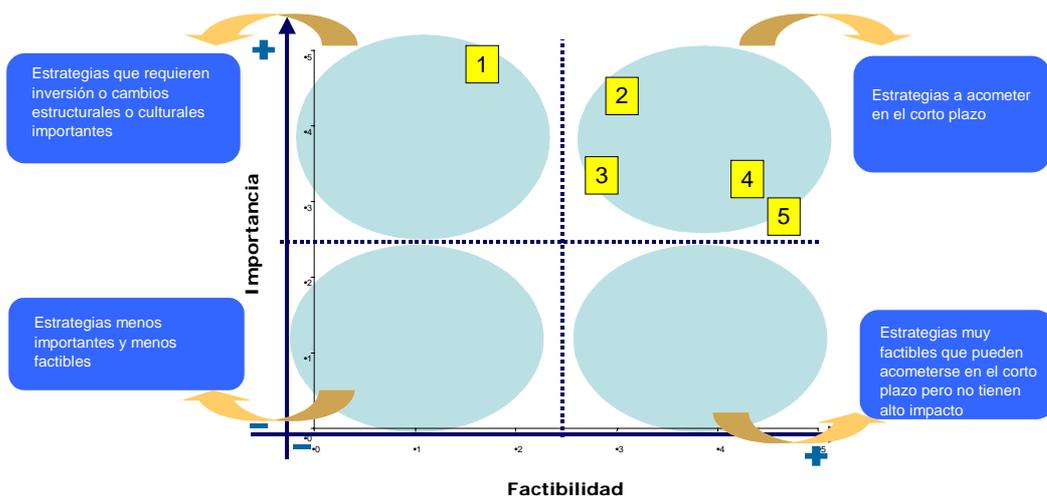
Figura 22. Representación del acuerdo conseguido para cada dimensión (facilitador) en el criterio factibilidad.



Finalmente se realizó una matriz de prioridad que permite realizar una valoración comparativa de los perfiles de importancia y factibilidad (Figura 23). En dicha figura, los

diferentes facilitadores identificados están descritos por el número correspondiente a la tabla 10 (página 137).

Figura 23. Matriz de prioridad comparativa de los criterios de importancia y factibilidad.



Discusión

DISCUSIÓN

El apartado de Discusión de esta memoria consiste en dos partes bien diferenciadas. En primer lugar se aborda la discusión de la metodología empleada, para, a continuación, discutir los resultados, lo que se hará combinando las experiencias y opiniones propias del investigador como profesional, con los datos obtenidos en otros estudios.

En cuanto a la metodología se discutirá tanto la entrevista como la técnica de Grupo Nominal.

Discusion de la metodología

Discusión sobre el proceso de la técnica de entrevista

La realidad es compleja y puede ser abordada desde distintos puntos de vista. En este sentido existen al menos tres grandes paradigmas en los que se desenvuelve la investigación en ciencias de la salud, el positivismo, el constructivismo y el que hace referencia a la investigación crítica/ecológica.¹⁷⁸ Dependiendo de los objetivos marcados se debe utilizar un paradigma científico u otro para su abordaje más apropiado.

La metodología cualitativa se utiliza para investigar y conocer determinados comportamientos, motivaciones, vivencias, etc.¹⁷⁹ En el presente estudio se pretende recoger e identificar las barreras y los facilitadores a partir de las vivencias y experiencias transmitidas por un grupo de farmacéuticos que cumplían un perfil previamente definido. Se trata por tanto de obtener el relato de las creencias, de las experiencias vividas por los entrevistados, en relación a la disseminación e implantación de servicios cognitivos.

Para la obtención de la información se eligió la técnica de entrevista semiestructurada.¹⁸⁰ En este estudio, el entrevistado narra su visión profesional y sus experiencias, relacionadas con la implantación de servicios o con la planificación y organización de los mismos según el grupo de entrevistados al que pertenezca.

En el diseño de la investigación mediante entrevista semiestructurada lo importante corresponde a la selección de los informantes. Desde tal perspectiva no importa tanto el número de los mismos sino los diferentes discursos con relación al fenómeno observado. La población de estudio se obtuvo de la segmentación en base a criterios considerados de utilidad frente al tema.^{181, 182} Se considera que la segmentación logró recoger los discursos, las visiones de todos los perfiles y llegar a un nivel de saturación en todos los casos.¹⁸³ De hecho, los farmacéuticos comunitarios seleccionados lo fueron por su conocimiento y experiencia en los diferentes servicios. Sin embargo, se puede considerar que finalmente, los discursos fueron lo suficientemente heterogéneos para abarcar muchas posibles visiones, opuestas en muchos casos, pero lo suficientemente homogéneos para obtener un discurso global.

Se utilizó la entrevista semiestructurada en la que los temas y las preguntas están decididos previamente y reflejados en un “guión de la entrevista”. Se utilizó un guión de la entrevista basado en una “guía de la entrevista” ya publicada y utilizada en otros estudios con los mismos objetivos.¹⁸⁴ Se realizó una traducción transcultural, manteniendo la literalidad en el fondo pero adaptando la forma a la realidad sociocultural española, y una retrotraducción al inglés para comprobar la coincidencia con el texto original. Es decir, se realizó una traducción al castellano, con posterior traducción al inglés para comprobar la aceptabilidad de la misma.

Antes de comenzar a realizar las entrevistas de manera continuada, se realizó una primera entrevista, a modo de pilotaje, a fin de comprobar que las cuestiones planteadas en la guía estaban lo suficientemente claras y eran de fácil comprensión por el entrevistado. La prueba fue superada y el “guión de la entrevista” no necesitó ninguna modificación.

Criterios de segmentación

Es importante analizar como elemento a considerar: la forma en que fueron elegidos los participantes en la entrevista.

Para su elección, en ambos grupos, estrategas y farmacéuticos comunitarios, tras analizar la situación global española, se utilizaron criterios de facilidad de acercamiento, su conocimiento sobre el tema y el haber trabajado en el mismo, todo ello acreditado por su actividad profesional en el caso de farmacéuticos comunitarios o

por su pertenencia a distintas estructuras u organizaciones en el caso de los estrategias. El conjunto de personas que constituyen los dos grupos entrevistados son una muestra que a juicio del investigador aporta una visión amplia del tema analizado y que garantiza la transferibilidad de la información obtenida.¹⁸⁵

El proceso de segmentación no discriminó los diferentes discursos.

La técnica elegida sirvió finalmente para ofrecer unos resultados útiles y novedosos.¹⁸⁶

Discusión sobre el grupo nominal

Tras finalizar la fase de las entrevistas se encontró interesante reforzar la información y estructurar las ideas obtenidas en dicha fase. Para ello se optó por organizar dos grupos nominales constituidos por expertos: uno formado por estrategias con experiencia en la gestión del cambio y el otro por farmacéuticos comunitarios con experiencia en la implantación de servicios cognitivos.

La realización de ambos talleres de expertos permitió generar nueva información, realizar la triangulación conveniente y priorizar los facilitadores identificados en función de la importancia y en función de la factibilidad. Personas diferentes llegaron a conclusiones similares. La confiabilidad de los resultados¹⁸⁷ en el procedimiento cualitativo puede asegurarse de diversas maneras, fundamentalmente efectuando la 'triangulación' y obteniendo la confirmación de la interpretación de los datos por los participantes en el estudio poco a poco o hacia el final del análisis.¹⁸⁸ Además, el análisis de la importancia y de la factibilidad permite realizar propuestas de mejora siquiera a nivel de sugerencia.

Todo ello aportó más información sobre el asunto de investigación a la vez que reforzó los resultados obtenidos en la primera fase, añadiendo credibilidad al estudio.¹⁸⁹

El método utilizado permite aportar información interesante y muy visual que puede ayudar a la hora de producir recomendaciones a partir de los resultados del taller de expertos.¹⁹⁰

Permite elaborar un perfil de importancia cuyo gráfico destaca la relevancia de los facilitadores en función del criterio de importancia. Para evidenciarlos se utiliza la comparación sobre la mediana global de las puntuaciones sobre ese criterio. Por su

parte, el perfil de factibilidad destaca los facilitadores, pero esta vez centrados en el criterio de factibilidad.

También es posible realizar una valoración comparativa de los perfiles de importancia y factibilidad mediante la elaboración de un gráfico comparativo de la puntuación tipificada en ambos criterios para cada facilitador. El cruce entre ambas valoraciones nos ayuda a priorizar las acciones a acometer de una forma mucho más certera. Así, si ordenamos¹⁹¹ las posibilidades en una matriz de combinación de criterios podemos obtener una clasificación de las acciones según su valor estratégico para la diseminación e implantación de los diferentes servicios cognitivos. Es decir, combinamos el que su implantación sea importante, y que sean, además, realizables en la práctica.

La clasificación se muestra en la figura 24:

Figura 24. Matriz de prioridad: importancia x factibilidad (Fuente: EASP¹⁹²)

	Alta factibilidad	Baja factibilidad
Importancia alta	Acciones a acometer en el corto plazo.	Acciones a acometer en el largo plazo o con un cambio estructural importante.
Importancia baja	Acciones que se pueden acometer con facilidad pero que no son prioritarias.	Acciones que no merece la pena acometer por baja prioridad y alta dificultad de realización.

Siguiendo esta matriz encontraríamos que:

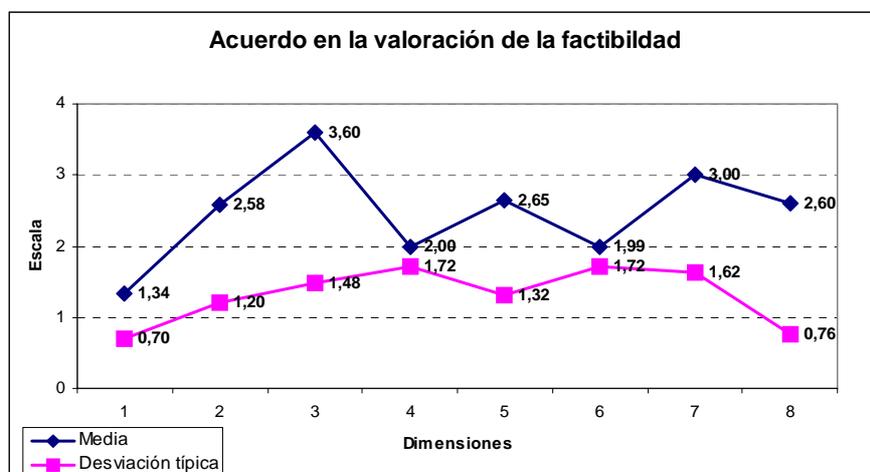
- Las acciones a acometer a corto plazo serían principalmente aquellas de entre las que consideramos en apartado de importancia como más destacadas que reciben una mayor puntuación en factibilidad
- Las acciones a realizar a largo plazo, se basan en propuestas que con una puntuación muy alta, e incluso máxima, en importancia, se encuentran según los expertos en una situación que no facilita su realización.
- Luego acciones que siendo valoradas como secundarias o no prioritarias alcanzan un alto grado de factibilidad, podrían realizarse en el corto plazo si los resultados aún no siendo prioritarios pueden ser positivos para el sistema.
- Por último, las propuestas a desestimar son aquellas que no son consideradas importantes y además son difíciles de acometer.

Por último, también es posible analizar el grado de acuerdo con el que se valoró cada uno de los facilitadores. Ese acuerdo se puede calcular obteniendo la desviación típica sobre la media de las *puntuaciones directas* dadas a cada una de las dimensiones por *cada individuo*. Para ello es preciso analizar los estadísticos de resumen (media y mediana) y de dispersión (desviación típica). Cuanto más cercano a 0 es el valor de la desviación típica, menor “variabilidad” hay en la votación que hizo cada participante. Esta situación indica la existencia de un consenso elevado, donde la decisión tomada es “de mayor calidad” porque cuenta con un mayor acuerdo entre los expertos.

La aparición de desacuerdos entre los participantes puede deberse fundamentalmente a una agrupación de acciones muy heterogéneas dentro de una misma categoría o a la heterogeneidad entre los miembros del grupo (que desempeñan diferentes roles profesionales o se sitúan en distintos ámbitos de actuación).

Un gráfico que nos puede ayudar a resumir visualmente el acuerdo conseguido es un gráfico que represente tanto puntuación media como la desviación típica en cada dimensión dentro de un mismo criterio (factibilidad o importancia). Las franjas mayores entre ambos perfiles, y un perfil de desviación típica tendente a 0, señalan un mayor grado de acuerdo. Puntos muy cercanos de ambos perfiles señalan acciones cuya puntuación final se ha obtenido con muy poca cohesión. En la figura 25 se muestra un gráfico, a modo de ejemplo, en el que en los puntos 4 y 6 se observa un alto grado de consenso, lejos del poco consenso alcanzado en los puntos 3 y 8.

Figura 25. Ejemplo de representación del acuerdo conseguido para cada dimensión en el criterio factibilidad.



Discusion de los resultados

La profesión farmacéutica ha ido evolucionando a lo largo de la historia. La magnitud de los cambios producidos en la práctica farmacéutica han sido de tal envergadura que se puede entender la profesión como la continuidad de “diferentes profesiones” unidas tan sólo por un nombre común y asociadas a un producto común, el medicamento.¹⁹³ En lo que existe un acuerdo generalizado es en que en estos momentos la farmacia se encuentra ante una situación de necesidad de cambio que se concreta en el paso de orientar su actividad desde el producto (medicamento), hacia el paciente.^{194,195,196,197,198,199,200} La consecuencia de este salto es que el farmacéutico debe comenzar a ocuparse de la evaluación de los resultados de la farmacoterapia^{201,202,203,204} asumiendo una nueva filosofía de la práctica farmacéutica.²⁰⁵ Todo ello es difícil porque en realidad supone un cambio de paradigma de la práctica farmacéutica.^{206,207,208,209,210}

De acuerdo con las opiniones de los entrevistados, la farmacia comunitaria hoy cumple una función primordial en garantizar el acceso de la población a los medicamentos, los cuales han demostrado en los estudios precomercialización que son eficaces y seguros. (FT-02, FT-06, FT-07, FT-09, FT-10, FT-12, ES-02 C2, ES-03 U, ES-04 U, ES-05 A2, ES-06 A2, ES-11 E, ES-13 C1, ES-14 E, ES-15 A1, ES-16 A1) El problema se plantea cuando se analizan los posibles escenarios de futuro de la profesión.

Para unos, el farmacéutico comunitario debe ser un profesional de la salud que esté al frente de un establecimiento sanitario en el que además de los medicamentos se vendan otros artículos sanitarios o para-sanitarios y “venta de salud” entendida como servicios para el bienestar y la belleza de la persona. (ES-02 C2, ES-06 A2, ES-11 E, ES-14 E, ES-15 A1)

Por otra parte, otros entrevistados piensan que lo que justifica la profesión farmacéutica, además del nombre común, es la existencia del medicamento. Medicamento que desde la aparición del concepto moderno de Pharmaceutical Care^{211,212} es útil en cuanto que es una herramienta para mejorar, al final, la calidad de vida de los pacientes. Si la farmacia clínica ya supuso una innovación muy útil²¹³ por el cambio de actividades de distribución hacia el conocimiento e implantación de procesos clínicos, el futuro de la farmacia centrado en el paciente debería ser un futuro

basado en garantizar el acceso a los medicamentos, mejorar su utilización y mejorar los resultados de la farmacoterapia, para lo que es precisa la evaluación continua de estos resultados. Sólo así el farmacéutico se implicaría en colaborar en que los pacientes obtengan el máximo beneficio de los medicamentos. (FT-02, FT-06, FT-07, FT-08, FT-09, FT-10, FT-12, FT-14, ES-03 U, ES-13 C1)

Por tanto se plantea ya en el análisis de la situación y en las expectativas sobre el futuro de la profesión una dicotomía importante de difícil solución: o bien la farmacia evoluciona hacia un establecimiento comercial de venta y dispensación de medicamentos, productos y servicios encaminados a mejorar la salud de la población, en genérico, o bien se orienta hacia un establecimiento sanitario en el que el farmacéutico como profesional experto en el medicamento, además de garantizar el acceso a los mismos, y ofrecer toda la información, consejo y educación para la salud necesaria para mejorar el uso correcto de los medicamentos, se implica en la evaluación de los resultados de la farmacoterapia y colabora con el paciente y el resto del equipo de salud en la mejora de los mismos.

Esta divergencia se constata claramente en las manifestaciones de algunos entrevistados. Hay quien va muy lejos y define al actual establecimiento como una tienda (FT-07) en la que priman los aspectos económicos sobre los profesionales (FT-14) y donde bajo ese prisma se vende de todo incluyendo desde chalecos reflectantes a productos milagro y cosméticos (ES-16 A1). Otros añaden que el modelo basado en artículos de parafarmacia debe desaparecer y se debe reprofesionalizar la farmacia (FT-10, ES-01 C1), ya que entienden que este modelo, basado en la entrega de productos entre ellos el medicamento, está agotado (FT-07)

“yo creo que existen dos modelos de farmacia, hoy por hoy, diferentes. Uno que es el establecimiento puramente comercial, lo que es la tienda. En donde en vez de garbanzos, lo que damos son medicamentos. Y otro en ... donde debería haber un experto en medicamentos, y quitaría todas las cremas, todos los potitos y todo lo que fuese parafarmacia...” (FT-14)

La realidad actual es que hoy la farmacia es vista por la población como un establecimiento de venta de medicamentos al por menor.²¹⁴ En una encuesta realizada en una farmacia comunitaria española, se comprobó que lo que esperaban los usuarios era básicamente la obtención del producto, siendo valorados muy positivamente aspectos relacionados con esta actividad (stock suficiente, tiempo de respuesta, amabilidad en la atención al cliente, etc....). Sin embargo, pasaban a un segundo plano otros aspectos relacionados con una actividad de índole más sanitaria,

hasta el punto de que el grado de satisfacción general de los usuarios era muy elevado, aún cuando se trataba de una farmacia que no ofrecía servicios cognitivos avanzados.²¹⁵

Es decir, si exceptuamos que la farmacia es el lugar en el que los ciudadanos consiguen sus medicamentos, es posible afirmar que, en realidad, actualmente no tiene asignado ningún papel profesional.²¹⁶ Y ello ocurre independientemente del país del que se trate o del modelo de farmacia que se quiera elegir.

El debate está planteado así y es de gran importancia para el futuro profesional. No parece que el futuro de la farmacia pueda estar basado tan sólo en la distribución de medicamentos más información,²¹⁷ o en la venta de productos para el bienestar o la salud integral de la persona, incluyendo artículos de cosmética para la belleza, etc.

Por tanto es prioritaria la discusión en el seno de la profesión sobre hacia dónde debe evolucionar la farmacia comunitaria. Se trata de un debate antiguo. Ya en 1985 Zellmer afirmaba que el problema más crítico de la farmacia era la falta de consenso en el papel de la profesión en la sociedad.²¹⁸ Hace ya veinte años que se planteaba la disyuntiva entre farmacéuticos que deseaban mantener una situación más o menos estable y otros que creían que el único futuro posible era cambiar la práctica y abordar el problema de conseguir optimizar la farmacoterapia en los pacientes.²¹⁹ El mismo Zellmer insistía, en 1991, en que la falta de consenso en el mundo de la farmacia sobre su misión sanitaria ponía en riesgo la supervivencia de la profesión.²²⁰

En este entorno de incertidumbre y de diferentes, incluso divergentes, opciones de futuro sí se puede afirmar que existe unanimidad en la necesidad de cambio profesional, ya consista éste en una evolución lenta (FT-15), ya se trate de una “revolución” hacia nuevos entornos profesionales (ES-09 C1). Sea cual sea el ritmo, se afirma por algún entrevistado que el cambio es imparable (ES-08 C1). Aún así, la falta de concreción del objetivo final de ese cambio será descrito más adelante como una barrera.

Parece que actualmente la profesión en su conjunto asume la filosofía de la Atención Farmacéutica, aunque sólo sea desde un punto de vista teórico. Ocurre lo mismo en los EEUU en que la Asociación Americana de Farmacéuticos (APhA) afirma que la misión de la farmacia es servir a la sociedad como una profesión responsable del uso apropiado de los medicamentos, productos sanitarios y servicios para alcanzar

resultados terapéuticos óptimos. Sin embargo, pensamos que estos deseos no se confirman en la práctica. De hecho basta tan sólo comprobar la poca implantación que hoy sigue teniendo el seguimiento (FT-11, FT-14).²²¹

La realidad es que, aunque tímidamente, sí se puede afirmar que hay farmacéuticos que han implantado diferentes servicios cognitivos y algunos que están realizando seguimiento de manera sostenible. Además, es posible afirmar que existe una diferencia entre los farmacéuticos que ofrecen servicios y los que no lo hacen. Según Odedina²²² existen diferencias en el aspecto y estructura de la farmacia; en la formación del personal; en una orientación de la farmacia menos centrada en el número de recetas dispensadas y más orientada hacia la prestación de servicios; en una mayor actuación hacia la población explicando los servicios que pueden ser obtenidos en la farmacia, tratando de modificar las expectativas de los pacientes; en una mayor y más activa colaboración con los médicos; en programas de gestión adaptados al seguimiento de pacientes; y también más competencia profesional.

Otros autores señalan que para dirigir una farmacia innovadora es preciso ofrecer “servicios farmacéuticos avanzados.”²²³ Estas farmacias tienen en común: la asunción de responsabilidades en la obtención de resultados clínicos en los pacientes; la sistematización de los procesos en la atención al paciente; un sistema de gestión del negocio efectivo a nivel financiero; la adquisición y puesta en práctica de habilidades clínicas.

En esta discusión de resultados se aborda el futuro de la farmacia dentro del nuevo paradigma de la práctica farmacéutica, que supone la asunción de la filosofía de la Atención Farmacéutica, como participación activa del farmacéutico en la prevención, identificación y resolución de PRM, así como en aquellas actividades de promoción de la salud. Es decir, en la implicación con los resultados en salud asociados al uso de los medicamentos.²²⁴ Se aborda por tanto la práctica total de la farmacia como un conjunto de actividades, no de venta de productos sino de oferta de servicios asistenciales, que llevan implícitos la dispensación, exclusivamente de medicamentos y productos sanitarios, sin que se incluyan cosméticos, alimentos u otros productos parafarmacéuticos, incluidos los productos milagro.

Además, esta discusión se centrará fundamentalmente en la identificación y análisis de barreras y facilitadores para la diseminación, implantación y sostenibilidad del

seguimiento farmacoterapéutico como servicio cognitivo al que el conjunto de entrevistados se ha referido en sus entrevistas.

En efecto, a pesar de que el entrevistador insistió en hablar de servicios cognitivos que se puedan realizar en la farmacia comunitaria, los entrevistados finalmente se referían casi exclusivamente al seguimiento farmacoterapéutico. Esto es lógico porque ya se ha dicho anteriormente que los servicios cognitivos constituyen un conjunto de herramientas para mejorar tanto el proceso de uso de los medicamentos, como los resultados que se esperan de la farmacoterapia. En este sentido, la implantación de servicios relacionados con el proceso no suponen grandes dificultades a la hora de su implantación e inclusión en la rutina de la farmacia, si bien, servicios como el tratamiento observado directamente, no acaban de ser implantados a pesar de estar financiados por la administración sanitaria de la comunidad autónoma de Valencia.

Por otra parte, el seguimiento farmacoterapéutico que, en España, es el mejor ejemplo de servicio cognitivo orientado a los resultados, sinónimo y equiparable a la filosofía del *Pharmaceutical Care*,^{225,226,227} es el servicio que ha supuesto una novedad y una innovación dentro de los diferentes servicios y actividades que conforman la Atención Farmacéutica, y es el que de verdad exige cambios en la filosofía de la práctica farmacéutica para su implantación cotidiana.

Lo mismo ocurre en otros países. Por ejemplo, en el reciente informe de la Sociedad Americana de Farmacéuticos (*American Pharmacists Association*) se define el Programa de Gestión de la Farmacoterapia (*Medication Therapy Management - MTM*) como un servicio, o conjunto de servicios, destinados a optimizar los resultados de la farmacoterapia a nivel individual en el que el farmacéutico debe incluir los procesos para mejorar la atención al paciente, sus resultados y medirlos.^{228,229,230} Se trata de un servicio consensuado por más de una decena de sociedades científicas americanas²³¹ que contiene una serie de componentes centrales: Revisión de la medicación, archivo del histórico de la medicación personalizado para cada paciente, elaboración de un plan de acción, seguimiento y documentación.²³²

Si se utiliza un lenguaje deportivo, es posible afirmar que el seguimiento es un deporte “diferente”. Pongamos que es el atletismo. Mientras que todos los procesos relacionados con la dispensación de medicamentos podrían ser considerados como distintos niveles de, por ejemplo, el fútbol. Lo que pretende este cambio en la profesión no es pasar de una tercera división a una segunda, o incluso primera del fútbol (mejora

de la dispensación), sino que se trata de que los deportistas (farmacéuticos) “aprendan” y “realicen” otro deporte diferente, el atletismo (seguimiento)

Aunque hay autores que separan las barreras para la implantación de servicios cognitivos de aquellas barreras que dificultan la sostenibilidad,^{233,234} en esta memoria no se asumirá tal diferenciación sino que, al final, las propuestas que se planteen irán encaminadas a mejorar la diseminación, implantación y sostenibilidad de los servicios cognitivos en su conjunto.

En esta memoria, los resultados en lo que hacen referencia a las barreras y a los facilitadores, han sido agrupados^{235,236} en función de si hacen referencia a:

- (a) el farmacéutico,
- (b) la farmacia como establecimiento y organización,
- (c) la profesión farmacéutica como colectivo,
- (d) la administración sanitaria,
- (e) el colectivo médico, y
- (f) el conjunto de usuarios o pacientes.

Las barreras y los facilitadores identificados en los resultados de este estudio, se abordarán conjuntamente en el bien entendido que, aún cuando en general para cada barrera debe existir una posible solución o al menos un conjunto de pasos estratégicos que ayuden a superarlas,²³⁷ pueden también identificarse facilitadores independientes que no tratan de superar ninguna barrera concreta, sino que sirven de ayuda para la diseminación, implantación y sostenibilidad de servicios cognitivos.

Es interesante también tener en mente que algunas barreras puede que sean superadas mediante la aportación de más recursos al farmacéutico (por ejemplo incentivos económicos), mientras que en otros casos las barreras sólo podrán eliminarse mediante el desarrollo de nuevas actitudes, creencias y valores por parte del farmacéutico.²³⁸

Grupos nominales

Uno de los objetivos de incluir dos grupos nominales en el método fue el utilizar sus conclusiones para triangular los resultados. Los facilitadores identificados por ambos grupos de expertos (matriz textual 7) no incluyen ningún facilitador que no hubiera sido identificado previamente en la fase de las entrevistas, lo que aporta validez al método.

Matriz textual 7. Elementos facilitadores, identificados mediante la técnica de Grupo Nominal.

FACILITADORES (identificados mediante la técnica de Grupo Nominal)	
Estrategas	Farmacéuticos Comunitarios
Formación asistencial	Cambios en la formación curricular: Pregrado + clínico Postgrado: especialidad y formación continuada obligatoria
Actitud del farmacéutico	
Reconocimiento social	Marketing de los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria a la sociedad
Infraestructura (herramientas y medios)	Organización y gestión de los recursos
Trabajo integrado en equipo en atención primaria	
Marco legal incentivador	Respaldo legal con exigencia del cumplimiento de la ley
Cambio en la remuneración	Cambio en la remuneración

Estrategas.

Para los líderes profesionales (Tabla 9, Página 132), el facilitador más importante fue la necesidad de conseguir una formación más asistencial (89 sobre 100), seguido de la necesidad de modificar la actitud del farmacéutico ante el cambio. Por otra parte, al analizar la factibilidad de cada facilitador, se concluyó que lo más fácil es modificar los aspectos estructurales de la farmacia (84 sobre 100) seguido de mejorar una formación más orientada a la clínica (83 sobre 100)²³⁹. De acuerdo con los estrategias las acciones más inmediatas para favorecer la implantación de los servicios cognitivos serían aquellas encaminadas a conseguir que los farmacéuticos comunitarios adquieran una formación más clínica.

En este grupo de expertos constituido por estrategias, todos los facilitadores identificados fueron valorados como importantes (66 a 89 sobre 100). En cuanto al

criterio de factibilidad, todos ellos fueron valorados como factibles (>50) salvo el cambio en la remuneración (46 sobre 100) que fue valorado como el facilitador menos factible. En función al valor de la mediana (74) los tres facilitadores más importantes son: la formación más asistencial, la actitud del farmacéutico, y la integración del farmacéutico en el equipo de salud. En relación al criterio de factibilidad, tan sólo superaron la mediana (59), la necesidad de contar con una infraestructura suficiente, la formación asistencial y la necesidad de cambiar la actitud del farmacéutico, situándose dos facilitadores sobre la misma mediana. (Ver figuras 13 y 14 de la página 133)

En este grupo nominal no hubo acuerdo manteniéndose las distancias entre la media y la desviación típica (figuras 15 y 16 de la página 134), lo que indica una baja calidad en el consenso alcanzado. Cada experto mantuvo sus opiniones “inamovibles” durante el transcurso del taller, sin tratar de conseguir el consenso.²⁴⁰

Farmacéuticos Comunitarios

Por otra parte, según los resultados obtenidos en el grupo nominal realizado con farmacéuticos comunitarios con experiencia en la implantación de servicios cognitivos (Tabla 10, página 137), el facilitador más importante es el cambio en el sistema de remuneración (91 sobre 100), seguido del cambio en la formación curricular (89 sobre 100) con una orientación más clínica y asistencial. Sin embargo, los facilitadores que se identificaron como más factibles fueron precisamente los valorados como menos importantes: organización de la farmacia y gestión de los recursos (90 sobre 100) y el marketing de los servicios cognitivos hacia la sociedad (81 sobre 100). También en este grupo nominal todos los facilitadores superaron la barrera del 50 en cuanto a factibilidad excepto la remuneración que obtuvo una puntuación de 40 sobre 100.

En relación al valor de la mediana (63), hay dos facilitadores que la superan en cuanto al criterio de importancia, el que hace referencia a la necesidad de cambio de actitud por parte del farmacéutico y el que se refiere a la necesidad de modificar la formación hacia una orientación más clínico-asistencial.

Tampoco en este taller de expertos se consiguió alcanzar un alto grado de consenso (figuras 21 y 22 de la página 139), salvo en lo que hace referencia a la necesidad de modificar el sistema de remuneración en cuanto al criterio de factibilidad.

Priorización

Las matrices mostradas en las figuras 17 y 23 (páginas 135 y 140) orientan en el sentido de que se debe priorizar la acción para implantar servicios cognitivos en función de los criterios de importancia y de factibilidad de los facilitadores identificados.

En el Grupo Nominal de los estrategias todos los facilitadores se encuentran situados en el cuadrante superior derecho, excepto el de cambio retributivo. De acuerdo a los resultados de este Grupo Nominal la estrategia a acometer debería pasar por abordar el cambio en la formación del farmacéutico añadiendo una orientación más clínica, así como por modificar la estructura de la farmacia.

En el Grupo Nominal de farmacéuticos comunitarios sucede algo parecido, siendo también la necesidad de cambio en la remuneración el facilitador menos factible. Probablemente, de acuerdo con los resultados de este grupo nominal, la recomendación debería orientarse hacia el marketing de los servicios cognitivos hacia la sociedad y a la modificación de la organización interna y de los sistemas de gestión en las farmacias, aún cuando ambos facilitadores se mostraron como los menos importantes.

En la discusión que tuvo lugar durante la celebración del grupo de expertos compuesto por farmacéuticos comunitarios, se debatió sobre la actitud del farmacéutico, ellos mismos, que entiende como factibles aquellos elementos facilitadores menos importantes. En este sentido se evaluó la importancia del cambio de remuneración como muy importante (91 sobre 100) asignándole el valor de factibilidad más bajo (40 sobre 100). Se interpretó este hecho como una falta de valentía y de convicción por parte de estos farmacéuticos que, a pesar de que creen que es imperioso y urgente un cambio en el sistema de retribución del farmacéutico que prime la realización de servicios cognitivos en detrimento de los servicios de dispensación, falta coraje para abordarlo. El grupo de estrategias identificó este facilitador como importante (71 sobre 100), entendiendo además que es el menos factible (46 sobre 100).

Los estrategias valoraron como el facilitador más importante la formación (89/100) y los farmacéuticos comunitarios la valoraron en segundo lugar, también con un 89/100. La diferencia entre ambos grupos se encuentra en la factibilidad ya que mientras para los estrategias es muy factible modificar la formación del farmacéutico (83/100) para los farmacéuticos lo es menos (69/100).

A la vista de los resultados y debido al poco nivel de consenso obtenido en ambos grupos nominales, no parece apropiado producir ninguna recomendación basada en estos talleres de expertos. Sí, en cambio, conviene recordar la importancia de que todos los facilitadores identificados se hallan ya descritos en los identificados durante las entrevistas y que estaban ya descritos en los resultados (triangulación). Además es preciso subrayar la importancia que dan los estrategas a la formación y la poca factibilidad que se asigna a estudiar nuevas fórmulas de remuneración en la farmacia que favorezcan la implantación de servicios cognitivos aún cuando este facilitador fue el más importante de acuerdo con los farmacéuticos comunitarios.

A nosotros nos parece que, a pesar de la poca factibilidad asignada al cambio retributivo, éste es de tal importancia que su estudio debe incluirse tanto en las recomendaciones como en las conclusiones de esta memoria.

Entrevistas

En la discusión sobre los resultados obtenidos de las entrevistas, se discutirá conjuntamente sobre barreras y facilitadores por su profunda interrelación; en general para superar una barrera habrá que identificar un facilitador.

Farmacéutico

Falta de aptitud

Una de las barreras identificadas en el transcurso de las entrevistas realizadas y en ambos grupos nominales, fue la que se denominó falta de aptitud del profesional. Hace referencia a la falta de una formación adecuada a las exigencias que requiere la implantación de estos servicios, para poder dar respuesta a las necesidades del paciente en cuanto a su medicación.

En las entrevistas se observó un criterio generalizado respecto a la necesidad de cambio en la orientación de la formación tanto de pregrado para los futuros profesionales, como de postgrado para adecuar y actualizar los conocimientos necesarios para la implantación de nuevos servicios. Del contenido de las entrevistas se deduce que falta conocimiento sobre las habilidades clínicas y de comunicación necesarias para abordar el trato con los pacientes. También se puso de manifiesto una falta de aptitud no basada en la falta de conocimiento sino en la personalidad del farmacéutico, como se discutirá más adelante. El farmacéutico piensa que dada su personalidad, su entorno estructural, su pasado reciente, no es un profesional apto para este tipo de actividad clínica.

Pero la mayor barrera en este sentido es la derivada de la inseguridad que siente el farmacéutico debida básicamente a su falta de hábito en tratar asuntos clínicos:

... "porque hay que estudiar y necesitamos mucho esfuerzo, porque claro no vamos a mandar un informe si no sabemos del tema, y yo creo que eso mismo, nos da una inseguridad, el no dominar un tema que dices "¿cómo lo voy a llamar al señor, al medico?" (ES-01 C1)

También se manifiesta por algunos entrevistados que no es necesaria más formación. Que el problema a la hora de implantar servicios es otro. La “teoría” se la saben. Sin embargo desconocen cómo poner en práctica esos conocimientos.

El farmacéutico es un profesional que está continuamente asistiendo a cursos de formación, de todo tipo. Bien es cierto que, en nuestra opinión, se dedica demasiado tiempo a actividades formativas orientadas hacia la gestión y la parafarmacia en general, pero también lo es que los cursos y talleres dedicados a aspectos relacionados con el medicamento y con el seguimiento farmacoterapéutico tienen mucha audiencia. Sin embargo esa formación no se traduce en práctica.

“Pero yo voy a un curso de diabetes, aprendo un huevo de diabetes y al día siguiente vienen tres pacientes de diabetes y lo único que hago es darle la caja... ¿Por qué? ¿Por qué yo al día siguiente?... Eso es una pregunta que yo me hago muchas veces: ¿Por qué esa dificultad de pasar de la teoría a la práctica? ¿Por qué esa dificultad? ¿Por qué?,...pues yo quiero encontrar la respuesta”... (FT-07)

Existen, además, discrepancias en el fondo sobre cuál debe ser el contenido de la carrera de farmacia. Para algunos se debe limitar a una formación clínica, eminentemente sanitaria, eliminando todas aquellas asignaturas que carecen de un contenido sanitario, mientras que para otros debe mantenerse la doble visión industrial – sanitaria que parece que es la visión actual de la Conferencia de Decanos de Facultades de Farmacia.

Es una barrera que se encuentra presente en muchos de los estudios realizados sobre barreras.^{241,242,243,244,245,246,247,248,249,250} Algunos estudios hacen referencia a aspectos concretos que deben mejorarse. Se señala por ejemplo, la falta de formación basada en la potenciación de habilidades (*skill-based training*),²⁵¹ o la necesidad de mejorar en habilidades de comunicación,²⁵² de documentación y en fuentes de información,^{253,254} en el aprendizaje mediante la solución de problemas (*problem solving skills*)²⁵⁵ y la mejora de los sistemas de gestión²⁵⁶

Es fácilmente entendible que el farmacéutico, que tradicionalmente ha estado formado fundamentalmente en ciencias básicas orientadas a la preparación para realizar actividades industriales y centrado en ciencias del laboratorio, a lo largo del tiempo ha ido perdiendo cualquier relación con la actividad clínica.

Herrera afirma que para conseguir que la Atención Farmacéutica pueda ser considerada como un "innovador proceso clínico asistencial farmacéutico" es preciso conseguir una formación clínica suficiente que permita entre otras cosas: prevenir, detectar y resolver, en su caso, PRM, valorar datos analíticos, fisiológicos y biológicos, manejar y aplicar materias biomédicas en el ámbito de la farmacia, dominar las medidas terapéuticas no farmacológicas, los factores de riesgo en el paciente crónico, etc...²⁵⁷

En general, la Universidad carece de personal entrenado, con la práctica y experiencia en la actividad asistencial necesaria para poder impartir docencia en Práctica Farmacéutica, a la vez que existe un distanciamiento entre las Facultades de Farmacia y los profesionales.²⁵⁸ Para poder mirar con optimismo el futuro de la farmacia, es preciso que la Universidad se sume al movimiento de la Atención Farmacéutica de una manera clara y decidida, incluyendo en la formación de pregrado, además de aquellas materias relacionadas con el mundo asistencial (farmacoterapia o habilidades en comunicación) los aspectos prácticos y clínicos relacionados con los pacientes.²⁵⁹ Por tanto es importante modificar el plan de estudios orientado hacia la atención al paciente. Además sería de gran utilidad para la diseminación e implantación de servicios cognitivos, la creación en las Facultades de Farmacia de departamentos de Práctica Farmacéutica y Farmacia Social.^{260,261}

Estos departamentos son los lugares naturales para realizar investigación y docencia sobre los problemas cotidianos de la farmacia comunitaria.^{262,263} Es en la Universidad donde reside el conocimiento sobre metodología y diseño de investigación y debe ser, por tanto, desde estos departamentos de Práctica Farmacéutica, inexistentes en España, desde donde se debería potenciar, estimular y dirigir la investigación, que se debe hacer con la colaboración de los farmacéuticos comunitarios en el ejercicio de su profesión.

A nuestro juicio, se hace necesaria una **formación más asistencial** tanto en el pregrado como en el postgrado, orientada al paciente y a su interrelación con los medicamentos (FT-03).²⁶⁴ Es preciso elaborar un currículo definido y aceptado por la profesión. Sin embargo esta posición no es compartida por todos los profesionales. Por ejemplo, Rossing et al²⁶⁵ afirman que los farmacéuticos daneses están satisfechos con la formación de pregrado y creen que lo que es necesario es mejorar y abordar estos asuntos en el post grado. Esta idea es compartida por algún entrevistado:

“...yo creo que la formación que tiene (el farmacéutico) en la universidad es básica, suficiente... lo que tendríamos que llegar a conseguir es la especialización... y que se consiguiera como la consiguen los médicos, de una manera práctica, ¿no? (ES-03 U)

Sí parece evidente que dado que los actuales profesionales carecen de esa formación de pregrado, que estimula y crea el “espíritu clínico” en el futuro profesional, para implantar con éxito nuevos servicios, el farmacéutico debe volver a formarse.²⁶⁶

Probablemente con la modificación de los planes de estudio, actualmente en proceso de elaboración, por la necesaria adecuación a las directrices del Documento de Bolonia²⁶⁷ se logrará, al menos en parte, una mayor implantación de ciencias asistenciales,²⁶⁸ así como la posibilidad de tener programas de Master en el post grado, orientados a la implantación de estos servicios. En este sentido, existe la idea generalizada de que es necesaria una mayor formación de post grado y programas de formación continua.²⁶⁹ Quizás se debiera plantear en España el debate sobre la conveniencia o no de tener una formación continuada obligatoria, es decir, sobre la necesidad de reacreditar la capacidad del farmacéutico, bien mediante la exigencia de un número de créditos anuales mínimos o mediante un sistema más global basado en la carrera profesional.^{270,271} Este último sistema, más complejo, podría resultar útil también en la modificación del acceso a la titularidad de la farmacia. Entendemos, como se defenderá más adelante, que dicha modificación es necesaria para la defensa de un modelo planificado más estricto que el actual, con una disminución del número de farmacias y el consiguiente aumento de su tamaño tanto físico como profesional.

Hay autores que defienden que las iniciativas de formación deben tener lugar in situ, en el interior de la farmacia, orientadas fundamentalmente a resolver los problemas que surgen en el momento en que se ofrecen los diferentes servicios profesionales,²⁷² y que además deben incluir tanto a los técnicos como a los farmacéuticos.²⁷³

Es cierto que en la literatura internacional se trata de potenciar a los técnicos en las funciones de dispensación y, por tanto, la falta de formación de los mismos se ha planteado como una barrera.²⁷⁴ En España, debido a diferentes motivos, como pueden ser el elevado número de farmacéuticos que egresa de nuestras facultades, la escasa diferencia salarial entre técnicos y farmacéuticos, y el intento de profesionalizar al máximo la dispensación de medicamentos, en el proceso de cambio en que nos encontramos inmersos se trata de reducir la participación de este colectivo a la realización de funciones relacionadas con el medicamento y no con los pacientes. Esto

se refuerza con la idea mantenida anteriormente de que deberían ser los profesionales y no los técnicos los que están capacitados y habilitados para la realización de actividades clínicas y, por tanto, quienes deberían realizarlas en el ámbito sanitario, en nuestro caso, en la farmacia. Por ello, las funciones que se les asignan a los técnicos deben consistir en funciones de tipo administrativo y una función de filtro en la dispensación.²⁷⁵

En España, la formación de los técnicos en Farmacia está regulada mediante el Real Decreto 547/1995 de 7 de abril que establece el título de Técnico en Farmacia y las correspondientes enseñanzas mínimas. Se trata de un Real Decreto de formación profesional que establece, si bien es cierto que supeditado a lo que en el futuro se establezca por la norma correspondiente, las enseñanzas necesarias para realizar las funciones que se describen en dicha norma legal. Dichas funciones son exactamente iguales a las que tiene encomendadas el farmacéutico con tres excepciones: la titularidad de una farmacia, la posibilidad de realizar sustituciones y la realización del seguimiento de los tratamientos farmacológicos. Las tres, son exclusividad del farmacéutico. Las diferencias cualitativas radican básicamente en dos actividades clínicas: la sustitución de medicamentos y la realización del seguimiento que es el paradigma de los servicios cognitivos en España.

Además, es preciso añadir que el término dispensación, en 1995, podría ser ambiguo y entenderse más como la mera entrega o venta de medicamentos, que no como lo entiende el Consenso sobre Atención Farmacéutica.²⁷⁶

Si como se ha venido describiendo a lo largo de esta memoria, el farmacéutico siguiese haciendo dejación de su obligación de profesionalizar la dispensación y de realizar el seguimiento, resultaría preocupante la escasa diferencia de contenidos entre ambas titulaciones, una de grado universitario y la otra no.

Es preciso que la farmacia se acerque a lo “cognitivo”, al aprendizaje, y se vaya alejando del producto como objetivo de su trabajo. Como afirma Lutz²⁷⁷, “nuestra profesión ha pasado tanto tiempo de su historia alrededor de un producto físico que hoy tenemos problemas para entender qué significa ser un profesional.” Además, corremos el riesgo de que toda la actividad profesional se quede relegada a lo que siempre se ha denominado pomposamente consejos en el mostrador.²⁷⁸ Como afirma Hepler,²⁷⁹ *el valor de la dispensación per se, o la dispensación con un consejo*

ocasional sobre medicamentos extraído de un prospecto, parece destinado a estar por debajo de unos niveles profesionalmente aceptables.

Si se analizan brevemente las características que definen una profesión, o un profesional, podemos afirmar con Oriol i Bosch²⁸⁰ que la ideología de las profesiones se sustenta en los siguientes principios:

- a). La base de conocimientos necesarios para el ejercicio profesional es inasequible a lo que él denomina el mundo laico (es decir, al mundo no experto, ajeno a la profesión) y éste conocimiento exclusivo justifica su autonomía (la autonomía de la profesión).
- b). La adquisición de la base de conocimiento de las profesiones exige que su formación se realice en el máximo nivel del sistema educativo (es decir, en la universidad) que constituye el instrumento de transmisión de dicha base de conocimientos, en primer lugar, y de su creación ulteriormente.
- c). Las profesiones justifican su estatus social por la garantía de la cualidad de los servicios que prestan. Estos servicios son percibidos por la sociedad como de mayor valor que las retribuciones que como contraprestación a sus servicios reciben los profesionales.
- d). El mantenimiento de un código deontológico propio de la profesión que garantiza el compromiso de los profesionales como defensores de los intereses de los ciudadanos-clientes-pacientes.

La profesión farmacéutica puede considerar, con sus ciertas reservas, que su base de conocimientos basados en el medicamento es algo exclusivo de su profesión. Lo mismo ocurre en lo que hace referencia a la existencia de un código deontológico.^{281, 282,283}

Sin embargo, si se analizan las dos características restantes en función de la práctica diaria real del farmacéutico comunitario, con una dedicación casi exclusiva en torno a la distribución minorista de medicamentos, es preciso definir al “farmacéutico comerciante”, todavía hoy muy frecuente, como un “supuesto profesional”; esa actividad no justifica el prestigio social necesario para que exista un diferente estatus social ni una diferencia retributiva por los servicios prestados; tampoco parece que sea preciso utilizar la universidad para ese cometido. Sin embargo, también parece excesiva la visión de Lombardía cuando describe la actividad del farmacéutico en los términos que siguen²⁸⁴:

“No alcanzo a distinguir esa “actividad clínica” que la oficina de farmacia “ya tiene”. ¿Tomar un envase de la estantería, ponerlo sobre el mostrador, recortar el precio del estuche, recoger la receta, cobrar? Basta con estar

un rato en cualquier farmacia de España para advertir que casi todos, o todos, los actos del farmacéutico son actos mercantiles sin actividad científica alguna y menos, clínica; puros actos de venta de productos dosificados, envasados, estuchados y cuyo uso es explicado en un prospecto adjunto aprobado por el Gobierno y previamente al enfermo por el médico que los prescribe. Incluso en ocasiones el comercio es de cosméticos, potitos, pañales, etc. Y no de medicamentos”.

Siendo una realidad que dicha actividad tiene un fuerte, y en muchas ocasiones excesivo, componente comercial, en los últimos años sí se adivina un cambio en la profesión a la que le falta asumir la necesidad de responsabilizarse en la evaluación de los resultados de la farmacoterapia que, como afirma Alós,²⁸⁵ es la nueva perspectiva profesional. Aunque el objetivo del cambio debe ser atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación, también es cierto que para algunos autores este cambio es la única vía de “salvar la farmacia”²⁸⁶ y de garantizar la supervivencia de la farmacia como profesión.²⁸⁷ Y es que la subsistencia de la farmacia está condicionada a una profunda renovación profesional.²⁸⁸

Debido a la actividad exclusivamente orientada al comercio y a actividades distributivas que sigue existiendo en un número todavía importante de farmacias, a lo largo de los años, la farmacia ha sido denominada como “profesión marginal”, “profesión en desarrollo”, y “cuasi-profesión” porque según algunos autores, antes de 1960 dicha actividad no cumplía los criterios de una profesión. Esto sucedía cuando la farmacia dejó de preparar las fórmulas magistrales, su papel fundamental se convirtió en la dispensación y se transformó casi exclusivamente en un canal de distribución de la industria farmacéutica²⁸⁹ que es la actividad que se ha venido realizando hasta nuestros días.

Incluso hay farmacéuticos que se han preguntado si somos necesarios,^{290,291} sin hablar del autor citado anteriormente que insiste en que “*el farmacéutico no es un profesional infrautilizado, sino “hiperformado”*” para realizar las funciones que hoy hace.²⁹²

Nos parece que todo ello es debido a que durante un tiempo se ha utilizado el concepto de dispensación como sinónimo de venta o “venta con bata”.²⁹³ Barbero²⁹⁴ afirma que en muchos casos, “dispensar no es sino un eufemismo que en la mayoría de los casos no significa más que despachar o entregar medicamentos”. Si lo que hace el farmacéutico es “vender medicamentos” creemos que no sería necesario un

profesional universitario y nos encontraríamos ante la situación que ha dado origen a los comentarios citados más arriba.

Gisbert,²⁹⁵ también diferencia la venta de la dispensación, y añade el concepto de “expende”. Define el término de expendere como la acción puramente comercial de facilitar un medicamento al consumidor a cambio de una cantidad de dinero; la diferencia con respecto al término vender se basaría solamente en que se trata de un sector de precios administrados y con controles sobre sus productos. En cambio, diferencia ambos conceptos del de la dispensación, en que el farmacéutico al entregar un producto, asume una responsabilidad en la información que debe transmitir para que su consumo no comporte riesgos evitables.

Sin embargo, entendemos que la dispensación consiste en un acto profesional,²⁹⁶ con un componente clínico importante y, por tanto, de gran utilidad para mejorar el proceso de uso de los medicamentos.²⁹⁷

Todavía existen farmacéuticos que afirman que todo lo que ellos “venden” en sus farmacias, en realidad lo dispensan, lo que pone de manifiesto que aún son muchos los farmacéuticos que no han comprendido la diferencia entre “venta” y “dispensación”. Sólo se dispensan medicamentos o productos sanitarios; el resto de artículos con los que se trabaja en la farmacia, simplemente, se venden.

Así pues, la dispensación es un acto clínico y éste debe ser realizado por un profesional y no por un técnico. Siendo evidente que los técnicos no deben realizar servicios cognitivos orientados al resultado, como por ejemplo el seguimiento, hay mucha bibliografía que apoya su participación en la dispensación de medicamentos.^{298,299,300} En España se está trabajando para que la dispensación se constituya en una actividad profesional en la que se tomen decisiones clínicas^{301,302,303} y se limite el papel de auxiliar o técnico, fundamentalmente a la realización de actividades administrativas y de venta y entrega de medicamentos y otros productos.

Este es otro de los asuntos que deben ser debatidos por la profesión sin demora en el tiempo.

Sin embargo, el seguimiento farmacoterapéutico es algo diferente a la dispensación.³⁰⁴ Son dos actividades que se pueden complementar, pero que están basadas en actitudes, conocimientos, creencias y habilidades diferentes. A pesar de que el

objetivo último de ambos servicios es la mejoría de la calidad de vida del paciente, tanto los procesos como todo lo que les rodea es diferente. Es diferente la formación necesaria, la estructura física en la que se realizan los servicios, el tiempo que se dedica a cada paciente, etc...Son, en fin, dos servicios diferentes.

Por ello, el aprendizaje del seguimiento es algo totalmente diferente al aprendizaje de la dispensación. Son bien conocidos los objetivos de la dispensación así como la sistemática que debe seguirse para alcanzarlos.³⁰⁵ Además la actual estructura de la farmacia y todo lo que en ella se hace, está orientada a la dispensación. Sin embargo, son pocos los farmacéuticos que han tenido la oportunidad de ser correctamente formados en seguimiento y de practicarlo. Por eso es interesante encontrar herramientas formativas prácticas.

Una de ellas es el Método Dáder para el Seguimiento Farmacoterapéutico,^{306,307} propuesto por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.³⁰⁸ Se trata de un programa formativo que pretende que el farmacéutico aprenda a realizar seguimiento al mismo tiempo que trabaja en él.

También es preciso recordar el método utilizado por Cipolle et al., de la Universidad de Minnesota,^{309,310} que puede considerarse el precursor del método Dáder y que, por tanto, tiene ciertas similitudes con el mismo, aunque en la actualidad existen entre ambos diferencias conceptuales importantes.³¹¹

Otros programas similares como el Pharmaceutical Care Certificate Program (PCCP) de la Universidad de Purdue (EEUU), muestran la importancia de documentar todas las actividades de atención al paciente, incluyendo los procesos realizados y los resultados obtenidos, así como las estrategias de compensación económica para alcanzar el pago de los servicios³¹² Esto tiene mucha importancia porque es preciso demostrar que las intervenciones de los farmacéuticos mejoran los resultados, tanto clínicos como económicos, y ¡por qué no!, si es posible, también de calidad de vida de los pacientes. Si todo ello no está documentado es difícil convencer al pagador, del valor de los servicios farmacéuticos.³¹³

Siendo importante la formación, es posible afirmar que “la formación, por sí sola, no se transforma en práctica”. La confirmación de esta afirmación se encuentra en la cantidad de farmacéuticos españoles que han participado en diferentes cursos de

formación en Atención Farmacéutica en general, y más concretamente en seguimiento farmacoterapéutico. La implantación de este último servicio no tiene ninguna relación con el número de alumnos que se han formado en estos temas.

Es preciso “algo más”, que la oferta de formación porque, en la práctica, ha quedado demostrado el poco éxito de las intervenciones formativas,³¹⁴ exclusivamente, como elemento facilitador para la diseminación, implantación y sobre todo para la sostenibilidad de los servicios cognitivos. También conviene recordar que la adquisición de conocimientos no es lo más importante en las profesiones sanitarias.³¹⁵ El objetivo de la formación debería ser la obtención del conocimiento mínimo para iniciar la práctica del seguimiento, e incluso de la actitud necesaria para hacerlo.³¹⁶ Posteriormente será fundamental que el farmacéutico decida empezar a ofrecer este servicio, lo inicie y una vez implantado continúe con su práctica, para consolidar y así confirmar su implantación. Es en esta segunda parte del proceso en la cual funcionan como facilitadores la participación en grupos de trabajo, y el coordinador de los mismos, ayudando a que el farmacéutico tome la decisión de implantar el seguimiento farmacoterapéutico, lo instaure, no se canse^{317,318} y lo consolide.

En esta fase de consolidación, es donde cobra especial interés la “vigilancia” de la práctica o, dicho de otro modo, la formación continuada del facultativo que está realizando seguimiento. Esto se puede hacer mediante distintos métodos tales como, la realización de sesiones clínicas, el apoyo continuado de un Colegio profesional, coordinación de grupos de trabajo,³¹⁹ o mediante formación in situ, en el lugar de trabajo.³²⁰ Es necesario que en las primeras fases de la implantación del servicio exista “alguien”, persona o institución, que vigile al profesional para garantizar que lo que hace lo hace bien, o en su caso, corregir las deficiencias encontradas.

Creemos, como opina algún entrevistado (ES-3 U), y de acuerdo con los resultados de ambos grupos nominales, que un facilitador podría ser la existencia de una **especialidad en seguimiento farmacoterapéutico**.³²¹ Esto permitiría:

- (a) una formación específica en un servicio nuevo y diferenciado al de la dispensación,
- (b) cambios legislativos, de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer este servicio a la sociedad,
- (c) apoyo de las sociedades científicas, como la SEFaC y

- (d) la equiparación con otros profesionales tanto de la farmacia, como con otros profesionales de la salud.

La existencia de esta especialización, o en su defecto la exigencia de una formación específica en seguimiento farmacoterapéutico, permitiría crear un colectivo de farmacéuticos dedicados a la práctica de este servicio que añadiría credibilidad al mismo y a la farmacia como institución, tanto ante la administración sanitaria como ante otros profesionales de la salud.

Actitud

La actitud del farmacéutico ante el cambio se identifica como una de las barreras más importantes, actitud que debe modificarse a nivel individual en cada uno de los farmacéuticos españoles. Sucede que aunque todos los entrevistados desean un cambio en la profesión, para unos ese cambio debe tratarse tan sólo de una evolución razonable sin cambios en el actual modelo (ES-08 C1), mientras que para otros es fundamental el cambio de modelo de farmacia (FT-07).

La mayor defensa del mantenimiento del modelo viene de los estrategas sobre todo de la corporación y de las empresariales, mientras que los farmacéuticos comunitarios entrevistados, en general, son partidarios de un análisis de la situación actual ya que entienden que *“el modelo basado en la distribución de medicamentos está agotado debido entre otros motivos a los avances tecnológicos actuales”* (FT-07)

Existe un cierto pesimismo entre los entrevistados ya que se opina que es la profesión y sus líderes los que en realidad no quieren cambiar (FT-10). Es más, entre ciertos líderes entrevistados se observa una opinión optimista ya que afirman que en realidad se está cambiando, los farmacéuticos ya están modernizando sus establecimientos, y además, se asegura que la existencia de beneficios económicos en la actualidad son una muestra tanto de la “profesionalidad” del farmacéutico como de la “aceptación de su trabajo por la sociedad” (ES-08 C1).

Sin embargo esta opinión optimista no es compartida por buen número de los farmacéuticos comunitarios entrevistados ni por nosotros, como se discutirá más adelante. Queda patente que falta una actitud más autocrítica (ES-02 C2), un análisis crítico de la situación del colectivo, y ahondar en el objetivo final que debería tener el

farmacéutico, que creemos que no consiste sólo en entregar el medicamento, sino que éste cumpla sus objetivos en el paciente. En nuestra opinión es necesario el cambio y, aunque se están haciendo progresos, falta mucho camino por andar. Sin embargo, hay entrevistados que muestran esa falta de análisis certero de la situación a la que aludimos y cierta complacencia cuando realizan manifestaciones como la siguiente:

“estamos intentando culminar una gran primera etapa de transformación de la farmacia” (ES-09 C1)

Incluso algún entrevistado recuerda que es triste que tengan que ser agentes externos quienes denuncien actitudes profesionales que deberían ser corregidas desde el colectivo.

...“parece mentira, parece mentira que tengan que venir los de la OCU (organización de consumidores), a denunciar algo, que tendría que ser corregido desde el interior, que sería en este caso, del colectivo farmacéutico”...(FT-01)

Otros aspectos a destacar que no favorecen el cambio de actitud del farmacéutico y que fueron identificados en las entrevistas son: el desconocimiento de la necesidad de cambio por parte de los farmacéuticos y de muchos de sus estrategias (FT-14, ES-02 C2), la pereza profesional existente (ES-10 E) fruto de un trabajo duro pero con pocas exigencias y responsabilidades, la actividad más empresarial que profesional que supone además una excesiva dedicación a temas económicos (FT-14), el miedo a asumir nuevas responsabilidades (ES-04 U), el desconocimiento de las necesidades de los pacientes, el pensar más en el farmacéutico que en los pacientes, e, incluso, que el seguimiento farmacoterapéutico no es necesario en estos momentos (ES-06 A2).

Con estas opiniones parece fácil concluir que es fundamental abordar un cambio de actitud en el farmacéutico para poder abordar un cambio profesional.

Esta actitud del farmacéutico contraria, o cuando menos no decididamente partidaria, a la implantación de nuevos servicios profesionales, ha sido descrita en muchos estudios como una importante barrera.^{322,323,324} Incluso algún autor ha escrito, tal como afirmaba algún entrevistado (FT-07) que la principal y casi exclusiva barrera para implantar el seguimiento farmacoterapéutico es el farmacéutico en sí mismo.³²⁵ Para tratar de mejorar los resultados de la farmacoterapia, los farmacéuticos deben asumir un compromiso psicológico (*psychological commitment*) y realizar un esfuerzo importante,³²⁶ lo que requiere asumir previamente una actitud positiva ante el cambio.

En algunos estudios se especifica que esta barrera es especialmente importante en lo que hace referencia a la actitud del titular de la farmacia³²⁷ ya que es éste quien decide, autoriza o promueve los servicios que se ofrecen en su farmacia. Esta idea también fue expresada en las entrevistas (FT-01, FT-04).

Otros autores justifican la falta de interés del farmacéutico como una consecuencia de la falta de confianza en sí mismo, para asumir actividades de atención al paciente.³²⁸ Quizás esta falta de confianza sea debida a la sensación de falta de capacidad para abordar aspectos muy especializados sobre el paciente,³²⁹ hecho que puede ayudar a relacionar la falta de actitud para el cambio, con la necesidad de formación, no sólo en conocimientos, sino en habilidades de relación con los pacientes; cuanto más preparado se sienta el farmacéutico más seguro se encontrará ante un paciente.

Probablemente, si la profesión en su conjunto plantease un hipotético plan estratégico para la diseminación e implantación de servicios cognitivos, la actitud debería ser abordada previamente, con anterioridad, a cualquier otra barrera, ya que querer es el primer paso para poder. Además, es importante la afirmación de Aguas en el sentido de que la práctica cotidiana del seguimiento farmacoterapéutico es el “único servicio que puede modificar actitudes”, porque requiere un cambio cualitativo en la forma y en los objetivos del ejercicio profesional. Esto supone que una de las primeras acciones de los líderes profesionales debe ser tratar de abordar el cambio actuando sobre la actitud de los farmacéuticos, orientándoles hacia la necesidad de cambio de la profesión y hacia la potenciación del seguimiento.

Sin embargo esto no ocurre en la actualidad. En las entrevistas se echaba mucho de menos, sobre todo por parte de algunos farmacéuticos comunitarios, la necesidad de una actitud más decidida de los líderes profesionales para diseminar los servicios cognitivos entre el colectivo farmacéutico e impulsar la implantación real de ciertos servicios, especialmente el seguimiento farmacoterapéutico. Se referían a la actitud de los estrategas con calificativos como tibieza, único interés en quedar bien ante sus compañeros para no perder votos, etc... sin una actitud de convicción real en la viabilidad de la idea (ES-14 E, ES-15 A1).

Quizás este sea el motivo de la falta de mensajes claros, unívocos, e inequívocos que (FT-08, ES-08 C1, ES-16 A1), como se describirá más adelante, fue también identificado como una importante barrera.

Siendo la actitud muy importante, no se puede obviar que la actitud debe ir muy unida a su consecuencia práctica que es el comportamiento. De hecho, el comportamiento se puede entender como un resultado de la actitud de una persona, en este caso del farmacéutico. Pero la actitud no es el único condicionante que permite predecir el comportamiento de un individuo.

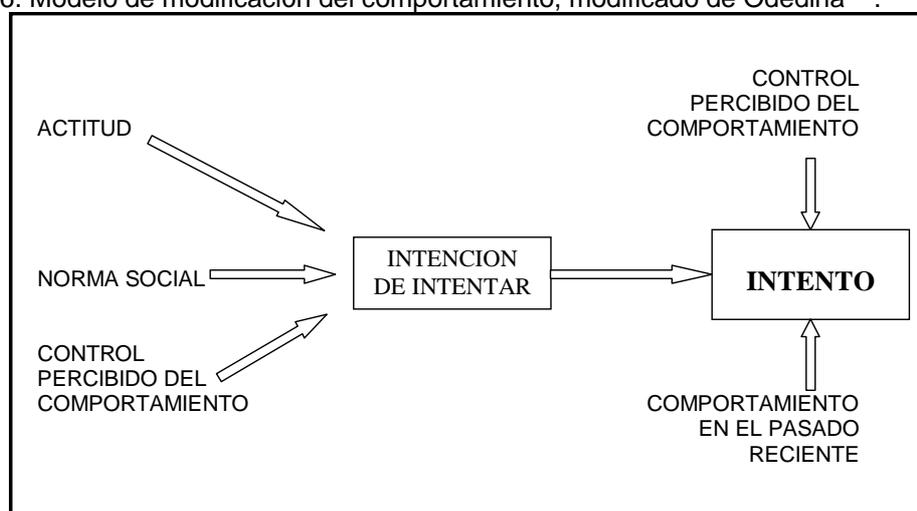
De acuerdo con Odedina³³⁰ la “intención de modificar el comportamiento del farmacéutico” está directamente influenciada no sólo por (a) la “actitud”, sino también (b) por la “norma social” y (c) por el “control percibido del comportamiento”.

(a) La “actitud” hacia la modificación de un comportamiento consiste en el sentimiento general de si ese comportamiento va a ser favorable o desfavorable y depende de las creencias individuales sobre el comportamiento y de la evaluación subjetiva de sus creencias. (b) Por otra parte la denominada “norma subjetiva” consiste en las creencias individuales sobre si las personas importantes para uno, quieren que desarrolle ese comportamiento; depende de las “creencias normativas” (creer que individuos concretos o grupos creen que se debe desarrollar ese comportamiento) y de la motivación para abordar dichas creencias. Junto a estos dos elementos importantes, actitud y norma subjetiva, también influye la percepción sobre la facilidad o dificultad ante un determinado comportamiento; (c) esto, es lo que se ha denominado como “control percibido del comportamiento”.

Estos tres factores influyen en la “intención de intentar modificar el comportamiento del farmacéutico. Cuando esa intención es alta, el “intento definitivo de modificar el comportamiento” vendrá además influido por “el comportamiento en el pasado reciente” y, otra vez, por el “control percibido del comportamiento”

En resumen, este modelo puede resumirse como se muestra en la figura 26.

Figura 26. Modelo de modificación del comportamiento, modificado de Odedina³³¹.



El modelo muestra la complejidad subyacente en el cambio de comportamiento y refuerza la idea de que el cambio de la actitud tiene una importancia fundamental, aunque deban tenerse en cuenta otros elementos como las creencias de las personas en el entorno cercano, el comportamiento en el pasado reciente, etc... También ayuda a concluir, con Rogers, que la implantación de una innovación siempre supone un cambio en el comportamiento para conseguir que la nueva idea sea puesta en práctica.³³² No es lo mismo para un individuo decidir la adopción de una idea que poner la innovación en práctica. Incluso cuando uno se convence de la importancia de una innovación, en muchas ocasiones no materializa su implantación. Esto fue expresado por un entrevistado utilizando una metáfora:

“una cosa es enamorarse y la otra practicar” (FT-06)

Además, los problemas de implantación son más serios cuando quien los adopta es una organización y no sólo un individuo como es el caso de la Farmacia Comunitaria.^{333,334}

Esta realidad es aún más compleja cuando la innovación supone una ruptura casi total con la actividad que se venía realizando hasta el momento, es decir, con la asunción de un nuevo paradigma de la práctica.^{335,336,337,338,339} Cuando aparece un nuevo paradigma, éste es muy limitado tanto en sus objetivos como en la precisión de los mismos. Sin embargo con el tiempo va consiguiendo éxitos y mejorando su estatus a

medida que soluciona problemas que los competidores no pueden solucionar con su anterior paradigma.³⁴⁰ Esto, si bien no ocurre con todos los servicios cognitivos, si es aplicable a aquellos orientados al resultado y más concretamente en España, al seguimiento farmacoterapéutico.

Los servicios cognitivos en general y más concretamente el seguimiento farmacoterapéutico, servicio al que muchos de los entrevistados hacen referencia como la meta profesional a alcanzar, pueden considerarse como una innovación.^{341,342,343} El seguimiento, además, supone una innovación importante,³⁴⁴ por cuanto conlleva la asunción de un nuevo paradigma de la práctica,^{345,346,347,348,349} ya que supone modificar radicalmente la actividad que venía realizando el farmacéutico, pasando de realizar labores de distribución de los medicamentos a ocuparse y responsabilizarse con labores de atención al paciente³⁵⁰.

Según Rogers³⁵¹ el proceso de difusión de las innovaciones consiste en cinco pasos que se describen en la tabla 11.

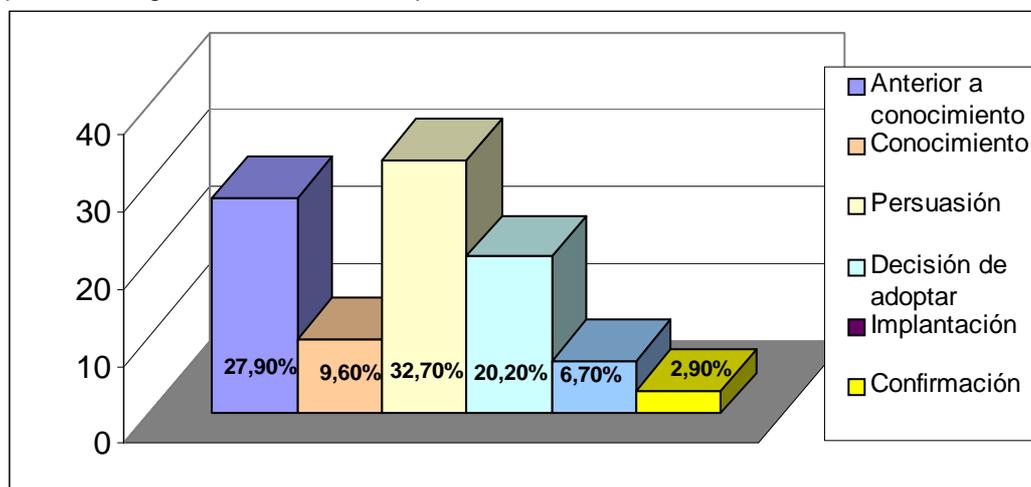
Tabla 11.

Proceso de innovación-decisión de Rogers.		
1º	Conocimiento	Se recibe información sobre la innovación y se comprende su funcionamiento.
2º	Persuasión	Desarrolla una actitud favorable o desfavorable hacia la innovación
3º	Decisión de adoptar <ul style="list-style-type: none">▪ Adopción▪ Rechazo	Decide que va a adoptar o que no va a adoptar la innovación. (En esta fase se puede producir un rechazo de la innovación o su adopción)
4º	Implantación	Comienza la adopción de la innovación y se inicia la implantación de la misma
5º	Confirmación	Se evalúan los resultados obtenidos tras la implantación y si ésta se mantiene implantada o se ha producido un rechazo de la misma.

Además existe un grupo poblacional que se encuentra en una fase previa, que ha sido denominada como “fase anterior a la adquisición del conocimiento”³⁵² equiparable a la de precontemplación.³⁵³ En lo que hace referencia a esa fase, de acuerdo con Aguas y col.,³⁵⁴ supone casi un 30% de los farmacéuticos comunitarios que participaron en un estudio (tabla 12), lo que da una idea de la necesidad de aumentar los esfuerzos para mejorar la diseminación del seguimiento farmacoterapéutico. Esto es importante porque de acuerdo con Prochaska et al., en muchos casos la fase de precontemplación supone una resistencia activa al cambio.³⁵⁵ Es una fase en la que

las personas se encuentran cómodas, libres y en la que no pueden fallar; no tienen ninguna sensación de culpa.

Tabla 12. Distribución de farmacéuticos titulares encuestados en función de la etapa de adopción del seguimiento farmacoterapéutico³⁵⁶.



Durante las fases de conocimiento y persuasión se persigue que los sujetos que deben utilizar la innovación, los farmacéuticos en nuestro caso, conozcan en qué consisten los servicios cognitivos, los métodos existentes para su realización y las necesidades y requerimientos precisos para su implantación, además de tratar de conseguir crear el interés para la adopción de la innovación.

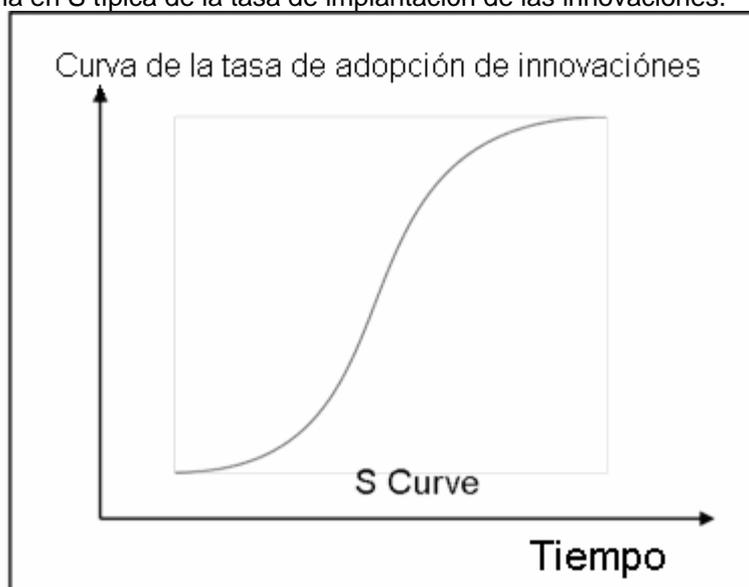
De hecho, la adopción de la innovación consiste en el hecho de “tomar la decisión” de utilizar la innovación como la mejor posibilidad de actuación disponible, y utilizarla. El farmacéutico podrá o no adoptar una innovación. El rechazo supondrá precisamente la no adopción de esa innovación. Este rechazo puede ser activo, o pasivo. En el rechazo activo, el farmacéutico, tras analizar la innovación, incluso tras probarla o pilotarla, decide no adoptarla; en el rechazo pasivo el farmacéutico no llega a considerar siquiera la posibilidad de adoptar la innovación. Este último caso se denomina también “no adopción”.

En la fase final, el farmacéutico buscará reforzar la decisión ya tomada mediante el análisis de los resultados obtenidos de la nueva práctica y otras informaciones complementarias. El resultado puede ser la sostenibilidad del servicio en el tiempo o su discontinuidad. La discontinuidad consiste en el rechazo de una innovación que previamente había sido adoptada. Puede deberse al hecho de que dicha innovación se

sustituye por otra (reemplazamiento de la innovación) o a que se produce un desencanto con la innovación, situación en la que encaja el “efecto cansancio”.^{357,358}

Una de los puntos más críticos en la diseminación de las innovaciones es su adopción en la práctica, es decir, su implantación. Por tanto es importante analizar la tasa de adopción de los servicios cognitivos. La figura 27 muestra la forma de S (*S-shape*) que suele presentar la progresiva implantación de cualquier innovación. Al principio, la innovación es tan sólo adoptada por el grupo de innovadores. A estos les siguen de cerca los adoptadores tempranos o inmediatos, para después comenzar a aumentar de una manera exponencial el número de nuevos adoptadores, al ir incorporándose los pertenecientes a la mayoría temprana.

Figura 27. Forma en S típica de la tasa de implantación de las innovaciones.



Se pueden describir tres conjuntos de aspectos que pueden influir en la tasa de difusión de una innovación:³⁵⁹

- A. La percepción sobre la innovación
- B. Las características de las personas que deben adoptar o rechazar dicha innovación
- C. Factores relacionados con el contexto o el entorno y que incluyen aspectos como la comunicación, incentivos, el liderazgo o los sistemas de gestión del cambio.

(A) La percepción sobre la innovación puede predecir entre un 49 y un 87% de la varianza en la tasa de difusión de una innovación. Estas cifras son importantes si se

tiene en cuenta que un estudio cuantitativo que trataba de identificar facilitadores para la implantación de servicios cognitivos, consiguió explicar un 49,5% de la varianza.^{360,361}

Dentro del concepto de “percepción de la innovación” se describen cinco características importantes:

(1) La más potente es la que se refiere al **beneficio percibido como consecuencia del cambio**. Los individuos están más dispuestos a adoptar una innovación cuando creen que esta puede ayudarles a ellos. En realidad, se trata de hacer un balance entre los beneficios que aporta la innovación y los riesgos que puede generar.³⁶² En palabras de E. Rogers, “de lo que se trata es de disminuir la incertidumbre. A menor incertidumbre, mayor tasa de adopción”.³⁶³ En el mundo de la farmacia comunitaria y de acuerdo con muchos entrevistados, existe un alto grado de incertidumbre a las consecuencias de la implantación de nuevos servicios cognitivos.

(2) Además, **la innovación debe ser compatible con los valores, creencias, historia reciente y necesidades actuales del individuo adoptador**, en nuestro caso el farmacéutico.³⁶⁴ También aquí el farmacéutico siente que se puede producir una ruptura con aspectos de su pasado reciente.

(3) Cuanto más compleja sea la innovación, más difícil será su implantación. Además los inventores de la innovación suelen estar muy pendientes de que se mantenga su complejidad y elegancia. Tienden a insistir en que la innovación debe “replicarse” y no “adaptarse”. Sin embargo, en general, las innovaciones son más robustas de lo que sus inventores creen y soportan bien los procesos de adaptación, que suelen significar una **simplificación**, lo que constituye a su vez una propiedad universal del éxito de las diseminaciones.³⁶⁵ Rogers³⁶⁶ en los diferentes estadios de la difusión de innovaciones, incluye la **reinención de las mismas**, ya que las innovaciones van cambiando a medida que son diseminadas.³⁶⁷ De hecho, la reinención de una innovación aumenta la tasa de adopción, y favorece la sostenibilidad de la misma en el tiempo.³⁶⁸

(4) Otra característica que favorece la difusión de las innovaciones es su **factibilidad de ser pilotada (Trialability)**. Consiste en saber si se puede, o se

Cree poder, probar (pilotar) el cambio sin necesidad de su implantación definitiva, al comienzo del proceso.

(5) Por último, también ayuda la facilidad de que los potenciales adoptadores puedan observar a otros compañeros que ya han implantado el cambio (**observabilidad**). Esto es especialmente complicado en el caso de los servicios cognitivos, porque se trata de implantar un servicio nuevo, cualitativamente diferente, no demandado y no remunerado, que además está muy poco implantado.

(B) Las características de los individuos que deben adoptar la innovación. Es clásica ya la clasificación de adoptadores en cinco grupos³⁶⁹ que ya han sido citados anteriormente:

- | | |
|--|-------|
| • Los innovadores, suponen un | 2,5% |
| • Adoptadores inmediatos (<i>early adopters</i>) | 13,5% |
| • Mayoría temprana (<i>early majority</i>) | 34% |
| • Mayoría tardía (<i>late majority</i>) | 34% |
| • Rezagados (<i>laggards</i>) | 16% |

Algunos farmacéuticos asumen el cambio de forma inmediata y con gran entusiasmo, mientras que otros no lo harán nunca. Existen dos características que van a marcar la receptividad ante el cambio y que pueden justificar estas diferencias en la actitud: (a) la personalidad del farmacéutico y (b) la socialización profesional del mismo.³⁷⁰

(a) En cuanto a la personalidad es preciso señalar que es un factor que permanece más o menos fijo a lo largo de la vida y sólo cambia sustancialmente como respuesta a alteraciones fundamentales en aspectos relacionados con las percepciones, motivaciones e ideas del individuo. Además no hay muchos estudios sobre la personalidad de los farmacéuticos.

En una revisión sobre cinco trabajos, se vio que el farmacéutico tipo tiene una personalidad que se caracteriza por la presencia de un fuerte sentido de la responsabilidad, es práctico, lógico y en uno de cada cinco casos, con temor ante la comunicación interpersonal. Este patrón no debería sorprendernos porque los farmacéuticos eligieron su profesión precisamente por tener la personalidad que tienen; una profesión dedicada a la distribución de medicamentos que exige solución de problemas técnicos y poca comunicación

profesional con los pacientes y otros profesionales de la salud.³⁷¹ Lo que estos autores ven claro es que existe una disfunción entre las responsabilidades, los conocimientos, las habilidades y las actitudes asociadas a la implantación de una nueva práctica profesional. Por ello, aquellos farmacéuticos cuya personalidad se encuentra cómoda en la dispensación de medicamentos, experimentan una incongruencia profunda con su propia personalidad cuando tienen que aprender a trabajar con pacientes, solucionando problemas clínicos en un contexto de trabajo en equipo, o cuando abordan problemas que no tienen una clara respuesta afirmativa o negativa.³⁷²

Un estudio realizado en España,³⁷³ concluye que los farmacéuticos presentan un comportamiento aquiescente, es decir con tendencia a agrandar a los demás por encima de todo evitando situaciones en las que puedan sentirse rechazados, y muestran un bajo grado de descontento con su papel profesional. Tienen además un alto nivel de retraimiento y no son nada innovadores. Además se afirma que al farmacéutico le gusta lo práctico, exacto y objetivo.

Para los autores del estudio, los factores de la personalidad que más dificultan la implantación del seguimiento son la aquiescencia, el retraimiento y el conformismo junto al bajo nivel de descontento y personalidad poco innovadora. Esto es lógico ya que para implantar el seguimiento es preciso tener una personalidad innovadora, inconformista, decidida a comunicarse con los pacientes y resto del equipo de salud y a plantear situaciones que pueden no ser aceptadas por el otro. Además, aunque en su estudio, los autores afirman que el gusto por lo “práctico, exacto y objetivo” favorece la práctica del seguimiento farmacoterapéutico, nos parece que, como afirman Nimmo y Holland³⁷⁴ no sólo no es así sino que es justo lo contrario, ya que esas características son más apropiadas para una actividad de logística distributiva que para una actividad clínica, más subjetiva, en que difícilmente cabe lo “exacto” y “objetivo”.

(b) El otro aspecto importante que puede marcar la predisposición de los farmacéuticos a asumir el cambio es su socialización profesional. La socialización profesional consiste en el proceso mediante el cual se adquieren los roles, los comportamientos y las actitudes esperadas para la práctica de un profesional³⁷⁵

Se ha dicho que la personalidad es más o menos fija, mientras que la resocialización profesional es un proceso en movimiento que permite una potencial resocialización hacia nuevos modelos de práctica farmacéutica. Se trata de que el farmacéutico asuma los nuevos roles, comportamientos o actitudes que se esperan de él, para que pueda realizar los nuevos servicios cognitivos.³⁷⁶ No en vano, según una agrupación de consorcios financiados por la Fundación W.K. Kellogg, la esencia de la formación de las profesiones sanitarias es la socialización; mientras que la adquisición de conocimientos aún siendo importante, no es la esencia³⁷⁷. Es a través de la socialización que uno adquiere los valores que conforman la noción personal sobre la profesión. La socialización profesional de los estudiantes se ve influida por los profesores universitarios, tutores, y compañeros. Al finalizar el pregrado, la socialización no está completada, sino que debe continuar cuando se comienza el ejercicio profesional. El resultado final de la socialización profesional es la asunción de un conjunto de actitudes y valores respecto al papel profesional que uno siente que debe realizar. Estas actitudes y valores determinarán la conceptualización del farmacéutico sobre qué entiende él, por un buen farmacéutico. El problema es que carecemos de un acuerdo o uniformidad sobre en qué debe consistir ese buen farmacéutico para que pueda ser socializado hacia ese objetivo.³⁷⁸

Una vez más se mezclan diferentes elementos sobre los que se discute en esta memoria. Surge la necesidad de un mensaje unívoco sobre hacia donde camina la profesión y la necesidad de alcanzar una formación pregrado que moldee una personalidad clínica, en el farmacéutico.

(C) Factores relacionados con el contexto o el entorno. Son aspectos relacionados con elementos de la gestión o del contexto, dentro de la organización (farmacia comunitaria) o del sistema social (sistema sanitario), que apoyan o dificultan el cambio.

Según Rogers, tras estudiar los procesos de difusión de innovaciones se puede concluir que existe un número crítico, situado entre el 15 y el 20% de implantación, a partir del cual la tasa de adopción alcanza un punto de inflexión que hace muy difícil detener el proceso de implantación. Bonal, en relación con la implantación de la Atención Farmacéutica, y basándose en su experiencia con la implantación de la farmacia clínica, estableció el número crítico en el porcentaje del 20-25% de farmacéuticos realizando actividades de Atención Farmacéutica,³⁷⁹ para, a partir de

ahí, conseguir una implantación generalizada y convertirse en un “escaparate” ante la sociedad. Este porcentaje, según el Instituto Peters, debería ser suficiente con que ronde el 10%.³⁸⁰ En una entrevista realizada al profesor Hepler, este profesor americano afirmaba que porcentajes de tan sólo el 5% de farmacéuticos realizando Pharmaceutical Care, no pasan de ser una mera promoción, siendo a partir del 10% cuando comienza lo que puede denominarse autogeneración; a partir de ahí, y una vez alcanzado el 15% de implantación, es cuando puede comenzar a considerarse que la innovación se implantará.³⁸¹ Aguiló³⁸² es aún más exigente y llega a considerar que, para que tenga sentido un proyecto de implantación progresiva y generalizada de la Atención Farmacéutica en las farmacias comunitarias, es preciso implicar a un 50-60% de las farmacias de la comunidad, más de la mitad. Afirma este autor que en caso de no alcanzar esas cifras el impacto sería nulo.

Sea cual sea la cifra ideal a la que se corresponde ese número crítico a partir del cual la implantación de servicios cognitivos puede considerarse irreversible, el hecho cierto es que todas estas cifras, actualmente, están lejos de la realidad.³⁸³

De acuerdo con el resultado de muchos estudios, la dinámica de implantación va a depender sobre todo de cómo las organizaciones o los sistemas sociales interactúan con los innovadores y adoptadores inmediatos, y de la interfaz entre adoptadores inmediatos y mayoría temprana, mucho más que de cualquier otro tipo de interrelación.³⁸⁴

Cuando se analizan las barreras para la implantación de servicios cognitivos, en general, resulta que la mayoría son barreras externas al farmacéutico. Por ejemplo la falta de recursos financieros o estructurales, insuficiente información de los pacientes, falta de tiempo para dedicarlo a servicios cognitivos y falta de herramientas tecnológicas, o, por ejemplo, falta de apoyo por parte de otros profesionales de la salud.³⁸⁵ Como se acaba de afirmar más arriba, y para superar estas barreras externas la profesión farmacéutica debería superar sus propias barreras internas. Ya se ha dicho que la principal barrera interna es, en palabras de Penna, el propio farmacéutico.³⁸⁶ Este mismo autor define esas barreras internas como ignorancia e inercia que las describe como falta de comprensión y asunción de la necesidad del cambio y resistencia al cambio de paradigma que supone el cambio de práctica, así como el rechazo a abandonar el tradicional papel de dispensador.^{387,388}

Por tanto, modificar el cambio en el entorno sanitario es un asunto muy complejo en el que confluyen factores internos y externos. Si lo que se pretende es gestionar el

cambio en aspectos relacionados con la evolución de las diferentes profesiones sanitarias a lo largo del tiempo es especialmente difícil.³⁸⁹ La idea del Pharmaceutical Care ha servido como una fuerza de cambio que ha creado reacciones encontradas entre todos los agentes implicados. Supone un cambio radical en la práctica profesional para lo que es preciso que se produzcan cambios fundamentales en las actitudes y en los comportamientos de los farmacéuticos, lo que supone un difícil reto.³⁹⁰

La implantación de estos servicios es una de las cuestiones más delicadas y difíciles.³⁹¹ De hecho, en el mundo de la salud, inventar es difícil, pero más difícil es diseminar esa invención.³⁹² Además como en cualquier cambio, es más fácil implantar el cambio que mantenerlo en el tiempo (sostenibilidad).³⁹³

Actitud más empresarial que profesional

Ya se ha avanzado anteriormente que durante el transcurso de las entrevistas se identificó como barrera la actitud más empresarial que profesional del farmacéutico (FT-14, ES-16 A1). Sin embargo esta percepción no es compartida por parte de algunos líderes profesionales. Se afirma que el aspecto empresarial no está reñido con el aspecto profesional y que además viene impuesto por la propia naturaleza jurídica de la farmacia (ES-12 C1).

Es cierto que toda actividad profesional tiene un componente económico. Sin embargo pensamos que en la farmacia comunitaria el peso de los aspectos y actividades relacionados con la gestión, administración y economía financiera superan con mucho a los aspectos profesionales que son los que justifican la existencia de la profesión. Hasta tal punto esto es así que algún entrevistado recuerda que en la farmacia actualmente incluso se venden productos sin ninguna eficacia demostrada o artículos que hoy día tienen poca razón de ser (ES-16 A1). El hecho de la existencia de estos productos límite se justifica porque en la farmacia actual prima la parte económica sobre la profesional.

*“Porque lo que prima es la parte económica, antes de la profesional....
O sea siempre terminamos hablando de dinero.” (FT-14)*

Este hecho ha sido también descrito en la literatura. El farmacéutico comunitario presta actualmente una excesiva dedicación a los aspectos relacionados con la economía y gestión.³⁹⁴ Muchos farmacéuticos ven el seguimiento como una actividad secundaria, no como su actividad esencial.³⁹⁵ La realidad es que existe una actitud de

apatía entre los miembros de la profesión.³⁹⁶ Esto, entre otras cosas impide que el farmacéutico delegue sus tareas y dedique demasiado tiempo a recepción de pedidos, a tareas administrativas etc... El farmacéutico habitualmente realiza y se siente bien, realizando las tareas tradicionales, como son la dispensación y el ofrecimiento de consejo. Es para lo que se ha preparado, y lo que mejor se ajusta a su personalidad.³⁹⁷ Sin embargo no se siente suficientemente preparado para hacer seguimiento y evaluar resultados de la farmacoterapia.³⁹⁸ En palabras de un entrevistado, “*el farmacéutico está preparado para vender, por eso le pagan*”, y eso es lo que hace (FT-08). Todo ello, junto al esfuerzo adicional que supone, hace que el farmacéutico tenga miedo a asumir nuevas responsabilidades. Este miedo a asumir nuevas responsabilidades, incluidas las judiciales (*legal liability*), puede ser motivo de desánimo para los farmacéuticos ante la posibilidad de abordar la implantación de nuevos servicios cognitivos.³⁹⁹

Por tanto parece que falta motivación^{400,401} Sin embargo para algunos autores esta supuesta falta de motivación no es sino una excusa para no realizar seguimiento.⁴⁰²

Como apoyo a la falta de actitud para cambiar sus hábitos, está el hecho de que el farmacéutico está demasiado orientado en aspectos de venta de productos con una falta evidente de orientación hacia la oferta de servicios.⁴⁰³

Parece por tanto apremiante que se motive al farmacéutico y que se le haga ver que es imperiosa la necesidad de cambio lo que supone, previamente, un cambio en su actitud. En otras palabras, pasar del estado de precontemplación a contemplación de Prochaska,⁴⁰⁴ o de una fase anterior a la adquisición del conocimiento⁴⁰⁵ según la teoría de Rogers a la fase de asunción del problema (fase de conocimiento), para gradualmente ir ascendiendo en las distintas fases del proceso de implantación de innovaciones.

Para todo ello parece imperioso cambiar hábitos dentro de la farmacia trabajando por tareas⁴⁰⁶ y orientando la actividad del farmacéutico a aspectos más profesionales y dejando otro tipo de actividades, administrativas, venta de parafarmacia, etc.,... a los técnicos o profesionales administrativos.

Resistencia al cambio

Al analizar cualquier proceso de cambio siempre es preciso tener en cuenta la lógica resistencia al cambio. Esta reacción fue admitida por todos aquellos entrevistados que creían que es necesario un cambio sustancial en la actividad profesional del farmacéutico.

...”una es la resistencia humana al cambio, sucede en cualquier actividad”....
(ES-16 A1)

Sin embargo se trata de un miedo que debe superarse con voluntad y decisión a medida que se comienza a implantar un servicio concreto. Lo que parece que subyace, según algunos entrevistados es un miedo a que al final, si se implantan servicios los resultados económicos de la farmacia puedan disminuir. Por tanto para estos entrevistados, la resistencia al cambio no sería sino una excusa o coartada para no implantar dichos servicios.

“Les da miedo el que la estructura tal y como está ahora funcionando económicamente de la farmacia, haya un cambio y económicamente sea perjudicial.” (FT-05)

Probablemente esta apreciación sea cierta ya que el farmacéutico comunitario tiene un *modus vivendi* que podemos considerar cómodo (ES-04 U). Tendrá unos ingresos mayores o menores, pero es un tipo de trabajo que, ya ha sido dicho, conlleva un grado de responsabilidad bastante limitado, lo que hace que el farmacéutico, conservador por naturaleza, se sienta inseguro con el resultado final del proceso de cambio.

Otros elementos que se suman a esa natural resistencia al cambio son, además del miedo a asumir nuevas responsabilidades, el miedo a la respuesta social, el aislacionismo que vive la farmacia, el individualismo del farmacéutico, su conservadurismo, su inmovilismo y la comodidad del ejercicio (FT-05, FT-07, FT-10, ES-01 C1). Todas estas características fueron fundamentalmente defendidas por los farmacéuticos comunitarios y los representantes de la universidad, mientras que en el colectivo de la empresarial y de la corporación las ideas no eran tan convergentes.

Los farmacéuticos comunitarios, en general, tachaban a la corporación de inmovilista y se señalaba que el Consejo General debería presionar a los profesionales para que se impliquen en el cambio y venzan todas las resistencias, naturales o no.

Todo ello es bastante normal y coincide con lo que se encuentra en la literatura. En general, el simple conocimiento de la existencia de una innovación supone la aparición de incertidumbre sobre sus consecuencias en la mente de los adoptadores potenciales, en este caso los farmacéuticos comunitarios.⁴⁰⁷ Además, los humanos están preparados para cambios lentos, sostenidos y con pequeños incrementos y no para realizar cambios continuos, rápidos, impredecibles que supongan una transformación grande de lo conocido.⁴⁰⁸

Un principio básico de la física es que un objeto en reposo tiende a mantenerse en reposo, mientras que un objeto en movimiento se mantiene en movimiento. Es precisa una energía para hacer que un objeto en reposo comience a moverse. De igual forma, es preciso la convicción (cambio de actitud), el esfuerzo y la persistencia para conseguir y mantener cambios significativos tanto personales como a nivel de las organizaciones.⁴⁰⁹

A esta resistencia natural se suma la inseguridad de los farmacéuticos debido a su falta de confianza para sumir actividades de atención al paciente,⁴¹⁰ lógica por lo que supone de cambio en la forma de trabajar y en los objetivos que se esperan como consecuencia del trabajo, además del miedo a asumir mayores grados de responsabilidad ante los pacientes.⁴¹¹ Sin olvidar la falta de mensajes claros y unívocos, no confusos, que acaban por distorsionar el concepto de los distintos servicios cognitivos que deben diseminarse.

Ni en las entrevistas ni en los grupos nominales surgió ningún facilitador específico para solventar esta barrera. Nuestra impresión es que su abordaje debe basarse en convencer al farmacéutico de la necesidad de asumir nuevas responsabilidades en base a, al menos cuatro elementos de análisis:

(a) es necesario que el farmacéutico se convenza de la necesidad del cambio de su rol profesional, porque existe una necesidad social que él puede y debe atender. Esto supone la preexistencia de un cambio de actitud;

(b) el farmacéutico tiene una oportunidad única de abordar ese problema, debido a su formación, su distribución geográfica y la accesibilidad que ella conlleva y la sensación de infrautilización y baja autoestima,⁴¹²

(c) el miedo al futuro en lo que hace referencia tanto a la sostenibilidad del modelo como a las repercusiones económicas que el mantenimiento de la situación actual puede originar en un futuro más o menos próximo: si el farmacéutico se da cuenta de la necesidad de cambio aunque sólo sea porque ve en peligro su profesión, es decir, su posición social y su estatus económico, es probable que pueda vencer la resistencia al cambio,

(d) la existencia de incentivos tanto positivos (remuneración o pago por los servicios realizados), como negativos (sanciones, limitaciones en la práctica, etc...), Nadie cambia si no se le obliga. (ES-13 C1)

Falta de mensajes claros e inequívocos por parte de los estrategas

Probablemente debido a la falta de un análisis común de los estrategas de la profesión sobre el futuro de la farmacia, o a la falta de verdadero interés por parte de esos mismos líderes profesionales, otra de las barreras identificadas en las entrevistas realizadas es la falta de mensajes claros e inequívocos por parte de los estrategas. Las distintas organizaciones profesionales carecen de un mensaje común, claro y unívoco sobre qué se espera de la farmacia comunitaria. En este sentido en un artículo se afirmaba lo siguiente:⁴¹³

“Todos hablan de la Atención Farmacéutica, pero en muchas ocasiones lo hacen refiriéndose a un ente etéreo, ambiguo y sobre todo, anclado en un pasado reciente. Muchos mensajes pretenden no asustar, no remover las conciencias, no hacer pensar a los profesionales farmacéuticos que lo que hoy ofrecemos a la sociedad no es suficiente”.

La falta de un mensaje unívoco y común produce entre los profesionales un cierto desconcierto, divergencias, y en la práctica errores (“yo creo que ya hago algo que no es lo que debería hacer”),^{414,415} etc... Esta situación se manifestó también por muchos de los entrevistados que entendían que no hay mensajes claros y concretos (FT-08, ES-08 C1),

...”la incertidumbre sobre qué tipo de cambios son los que esperas de él, el que a la gente se le diga hacia donde debe de ir... y no ha entendido cómo y creo que todavía en eso seguimos fracasando.” (ES-16 A1)

y que existe un desconocimiento entre los líderes profesionales, y por tanto entre los farmacéuticos, sobre el objetivo final que se persigue. Esto conduce a que el futuro se presente poco claro y que se carezca de un proyecto a largo plazo.

Por parte de algunas estrategias se criticaba que entre los grupos más activos compuestos por innovadores y adoptadores inmediatos, existían importantes diferencias de criterio, en muchos casos divergentes, que eran las que originaban la desorientación de los farmacéuticos comunitarios.

Estas afirmaciones pueden tener su parte de razón ya que es cierto que en España existen grupos con criterios de concepto diferentes lo que, indudablemente, afecta a sus líneas de actuación e investigación.

Como ejemplo se pueden citar los dos abordajes de implantación de servicios cognitivos que en la actualidad están planteados en España. Unos piensan que el futuro inmediato pasa por mejorar la dispensación. Otros entienden que es urgente la implantación del seguimiento farmacoterapéutico, servicio inexistente en la práctica, y que la dispensación y la indicación farmacéutica son servicios que deben mejorarse.

Junto a esas diferencias se ha suscitado cierta controversia sobre si se debe utilizar la clasificación, y por tanto el concepto de PRM, del primer consenso de Granada o la del segundo, como si el concepto subyacente en ambas no fuera el mismo: PRM como problema de salud asociado al uso de la farmacoterapia.^{416,417}

Ahora bien, el hecho de que existan dos escuelas diferentes no debería justificar la ausencia de implantación, sino que debería conducir a la implantación de dos métodos diferentes para el ejercicio profesional. Si bien, ambos grupos deberían analizar las repercusiones que esta divergencia está teniendo en la implantación de los servicios cognitivos.

Pensamos que la existencia de mensajes claros y unívocos no debe confundirse con la uniformidad. En España contamos con un documento de Consenso al que todos los grupos se han adherido y que debe considerarse como el tronco común de actuación de los farmacéuticos en el futuro inmediato. Además actualmente están teniendo lugar unas reuniones coordinadas por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos en torno al denominado Foro de Atención Farmacéutica en el que participan las

sociedades científicas y organizaciones más implicadas con la implantación de servicios profesionales en España.

Existe unanimidad entre los miembros de Foro, en que cuando se hable de Atención Farmacéutica, se hace referencia siempre a los servicios de dispensación e indicación farmacéutica, junto al de seguimiento farmacoterapéutico.

Las conclusiones de este Foro probablemente aporten luz a muchos farmacéuticos y sirvan para aclarar ciertas dudas. Sin embargo, es preciso decir que aceptando unos criterios comunes, no todos los farmacéuticos deben utilizar los mismos métodos o procedimientos.

Lo verdaderamente importante es que una vez que se alcancen criterios comunes en dicho Foro, estos sean diseminados al conjunto de la profesión farmacéutica e impulsados por sus dirigentes. A partir de ahí cada grupo o particular deberá decidir qué métodos o procedimientos concretos aplica a su trabajo diario en la farmacia.

Por tanto, es imprescindible que todos los implicados en el cambio de la farmacia hablen de lo mismo, y eso es importante, además, para plantear temas como el de un posible cambio en la retribución o compensación por la prestación de un determinado servicio.⁴¹⁸

El farmacéutico necesita que sus líderes profesionales le envíen mensajes claros y concretos sobre hacia dónde debe avanzar la práctica farmacéutica. Se habla demasiado de Atención Farmacéutica en genérico, sin concretar exactamente qué es lo que el farmacéutico debe hacer. Este hecho ya ha sido denunciado anteriormente.⁴¹⁹ Esto se puede traducir en una falta de visión en la necesidad de cambio para alcanzar un desarrollo profesional.⁴²⁰

Los líderes profesionales deberían tener claro que la farmacia se encuentra ante la necesidad de realizar un cambio cualitativo, un cambio de paradigma de la práctica farmacéutica. Esto supone que el peso relativo de las actividades distributivas que se realizan en la farmacia debe disminuir, tanto en cuanto a dedicación de tiempo como a importancia económica, mientras que deben aumentar los servicios cognitivos que se prestan, dedicándoles más tiempo y recibiendo por ellos una mayor recompensa económica.

La Atención Farmacéutica, como acaba de decirse, está basada fundamentalmente en la suma de dos actividades: la dispensación, junto a la indicación farmacéutica, y la práctica del seguimiento farmacoterapéutico, todo ello bajo el paraguas de las actividades de educación sanitaria (promoción de la salud).⁴²¹ En la actualidad se paga al farmacéutico por dispensar medicamentos y se asume que el margen de esa actividad incluye el pago de todos los servicios que se realizan, o que se realicen en el futuro en la farmacia, con alguna excepción puntual que se discutirá al hablar de remuneración. Parece que bajo ese esquema, es lógica la reacción ante el cambio. ¿Para qué cambiar si no me van a pagar más por hacer más?, ¿si no sé si va a ser interesante ni para los pacientes ni para los demás agentes sanitarios, ni para la administración? (FT-05, ES-02 C2).

Para que se pueda superar esta barrera es importante que las estructuras profesionales y, de acuerdo con los entrevistados, el Consejo General aborde un plan estratégico a medio plazo. Plan estratégico que no tiene nada que ver con el actual plan estratégico del Consejo General⁴²² sino que debe plantearse con un objetivo único cual es la implantación generalizada de servicios cognitivos, y más concretamente del seguimiento en las farmacias españolas. Es opinión mayoritaria entre los entrevistados que debe ser el Consejo General, es decir, el conjunto de colegios, quien debería liderar el proceso de cambio de la farmacia española (FT-01, ES-06 A2). Esta opinión ha sido compartida recientemente por Aguiló MC, que ha planteado un proyecto de implantación generalizada de Atención Farmacéutica en las farmacias comunitarias españolas.⁴²³

También es opinión generalizada entre los entrevistados, la necesidad de conseguir de las Administraciones Sanitarias un mensaje inequívoco de apoyo a la necesidad de la implantación de los servicios cognitivos. Este mensaje no debería limitarse a una mera declaración de intenciones, sino que debería tener su trasposición a reglamentos y legislación (FT-02, FT-03 ES-13 C1). Todo ello porque en general se opina que la administración no apoya con hechos la implantación de los servicios cognitivos (FT-01, FT-02, FT-03, FT-05, FT-08, FT-10, FT-12, ES-06 A2, ES-13 C1, ES-14 E).

Sea cual sea el organismo o las organizaciones que lo lideren, este ambicioso objetivo requeriría de una serie de planes complementarios y consecutivos:

- (a) plan de concienciación de los farmacéuticos,
- (b) plan de formación,
- (c) plan de diseminación de la innovación,
- (d) plan de implantación y de apoyo a la misma contando con la discusión tanto de aspectos económicos (modificaciones en la remuneración), como técnicos (programa informático), etc...
- (e) plan de sostenibilidad del servicio que debe incluir la evaluación de los resultados clínicos y económicos alcanzados, investigación sobre mejoras del servicio, etc...

Otras entidades como las sociedades científicas, SEFaC en lo que hace referencia a la farmacia comunitaria, tienen un importante papel. Deben actuar como la punta de lanza que vaya planteando estrategias para el cambio y pilotando distintos servicios en colaboración con la universidad. Hasta tal punto es importante el contar con una sociedad científica que si no existiese habría que crearla.^{424,425,426}

En resumen, aparece como fundamental que los dirigentes profesionales, sobre todo el Consejo General, se impliquen en la implantación del seguimiento enviando un mensaje claro y unívoco a los farmacéuticos y abordando unas estrategias de diseminación, implantación y sostenibilidad del servicio a medio plazo, sin miedos, asumiendo todas las consecuencias que ello conlleve.

Farmacia

Los manuales sobre el cambio habitualmente diferencian el cambio a nivel “individual” del cambio dentro de las organizaciones. La Farmacia Comunitaria es una organización, *sensu stricto*, con todas las características propias de estas.^{427,428, 429}

La implantación de servicios cognitivos entendiendo la farmacia como una estructura organizativa propia e independiente, ha sido discutida y analizada por diversos autores.⁴³⁰ Aunque es cierto que se puede abordar el cambio desde esa perspectiva de estructura organizativa, parece más interesante darle a la organización el papel que le corresponde sin perder de vista otros aspectos como la influencia personal del

farmacéutico, sobre todo del titular⁴³¹ en el modelo de farmacia español (FT-01, FT-04), y a las organizaciones profesionales que tienen una gran influencia en las actitudes individuales de los farmacéuticos.

Falta de pago por los servicios cognitivos

Una de las barreras que más discrepancias suscitó entre los entrevistados fue la relacionada con la falta de pago de los servicios cognitivos. Ello fue así por varios motivos:

(*) Para unos, en primer lugar la administración debe pagar por los servicios, antes de su implantación, y será sólo a continuación, cuando la farmacia los irá implantando (FT-02, ES-05 A2).

(*) Para otros entrevistados el pago de los diferentes servicios debe ir unido a un cambio en el sistema de retribución de la farmacia, del que se hablará más tarde, de manera que las partidas presupuestarias para el pago de los servicios vendrían de la disminución de ingresos, o pagos, por la dispensación (ES-13 C1, ES-03 U).

(*) Otras opiniones, en cambio, señalaban que en el actual margen comercial está incluido el pago por los servicios que se deben ofrecer en las farmacias (ES-08 C1). Esta última opción entendemos que es perversa porque no sólo no favorece la implantación de servicios sino que premia a quien no los realiza. Más adelante será discutido este asunto.

Elementos comunes a varios de los entrevistados fueron que los servicios no pagados no son rentables, suponen gastos añadidos sin contrapartida económica alguna, y que al final para el farmacéutico es más importante cubrir sus necesidades económicas que tener un buen *currículum vitae*. Se afirmó por varios de los entrevistados algo que a nosotros nos parece obvio, que es que si un servicio no se autofinancia, no se sostiene en el tiempo.

El pago por los servicios, independientemente de que se haga dentro de un contexto de modificación del sistema retributivo o no, es algo fundamental, considerándose por muchos de los entrevistados y por nosotros mismos, como un facilitador de gran importancia.

“Yo creo que le papel que juega es fundamental. Un peso súper importante, pero yo tengo clarísimo que si mañana le pagan treinta euros al farmacéutico por paciente que tenga en seguimiento, todos tendrían doscientos pacientes en seguimiento.” (FT-14)

Tampoco hay unanimidad en este asunto entre los entrevistados ya que algunos de ellos consideran que en la situación económica de la farmacia actual, aludir a la falta de pago de los servicios para justificar su no implantación no es sino una coartada o excusa para escudarse en no asumir la responsabilidad de implantarlos (FT-11).

Nosotros pensamos, junto con algún entrevistado, que no se trata de una coartada y que mientras al farmacéutico se le pague por vender, y la remuneración del farmacéutico se de en una sola dirección, en función de las ventas de medicamentos, la falta de pago de los servicios se constituye en un factor limitante de gran importancia para la implantación de servicios. Además son muchos los entrevistados que piensan que el seguimiento farmacoterapéutico es el servicio que más costes genera, lo que también nos parece correcto.

“Claro, claro... en que la remuneración sea sólo en una dirección, y de una manera, limita el desarrollo del... de esos servicios. ¡Claro que los limita!” (FT-04)

Esta barrera que estamos analizando es, junto con la falta de tiempo, la barrera más descrita en la literatura para explicar la no implantación de servicios profesionales.^{432, 433,434, 435, 436,437,438,439}

Actualmente, la remuneración de la farmacia se realiza mediante un margen comercial por medicamento dispensado, con una serie de excepciones o particularidades que serán discutidas más adelante.

Es cierto que ya hay servicios realizados en las farmacias comunitarias que se están pagando. Algunos, por su poca entidad, de manera simbólica, como el peso o la medida de la presión arterial, servicios que en muchas farmacias se ofrecen gratuitamente. Otros servicios como la formulación magistral siguen un modelo retributivo independiente basado en el pago por servicio basado en unas tablas con baremos pactados entre los diferentes colegios profesionales y las administraciones autonómicas correspondientes.

A diferencia de lo que ocurre con la formulación magistral, existen otros servicios que, en el contexto de acuerdos concretos firmados con distintas administraciones autonómicas, son pagados con un precio fijo por servicio. Este es el caso de los programas de mantenimiento con Metadona que se vienen desarrollando en ciertas comunidades autónomas, pero no en todas.^{440,441} También está siendo remunerado, sólo en la CCAA de Valencia y con muy pocos pacientes, el servicio de dispensación directamente observada en tratamientos de tuberculosis.⁴⁴² En palabras de algún entrevistado, cada uno hace aquello por lo que le pagan, “... *cuando tú ganas dinero por lo que vendes, está claro que te vas a dedicar solamente a vender...*” (ES-03 U), mientras que si te pagan por hacer seguimiento, lo acabarás haciendo.

Además hay algunos aspectos que merecen un comentario. Es conocido que lo que se hace gratuitamente no es valorado ni por quien lo hace ni por quien lo recibe.

La implantación de servicios cognitivos supone un coste económico en tiempo empleado en su preparación, de estudio, en su práctica, reservas utilizadas, inversiones, personal extra necesario, mobiliario, etc...

Es imprescindible que todos hablemos de lo mismo, y eso es importante para plantear temas como el de un posible cambio en la retribución o compensación de un servicio;⁴⁴³ es difícil solicitar el pago por servicios cuando ni entre los interlocutores está claro cuales son las actividades que componen un servicio, o cuales son los servicios que debe realizar el farmacéutico comunitario como parte de su trabajo cotidiano. Además, como manifestaba algún entrevistado, es difícil evaluar el precio de un servicio concreto (ES-03 U). Para que un servicio pueda ser remunerado debe tratarse de un servicio individualizado y documentado, sólo así podría decirse que aporta valor añadido.^{444,445}

Para que un servicio pueda ser pagado son precisos unos criterios de medida estándar que incluyan: (a) aspectos de salud, (b) datos económicos y (c) valoración de la satisfacción de los distintos agentes de salud implicados, incluyendo a los usuarios, farmacéuticos y otros profesionales (médicos, personal de enfermería, etc.,...).⁴⁴⁶

Sin embargo, probablemente para que un nuevo servicio, que no es demandado, pueda ser pagado, habrá que demostrar que aporta valor, tanto en lo sanitario como en lo que hace referencia a aspectos económicos derivados de su implantación. Siendo fundamental que cualquier servicio sea pagado, no de manera testimonial sino

con un precio justo, también lo es que para poder abordar la solicitud de ese pago es preciso que el colectivo haya demostrado su utilidad, viabilidad, y, por supuesto, su implantación de una manera suficientemente generalizada para que la sociedad se beneficie del servicio.

Es obvio, una vez más que se entremezclan facilitadores: el farmacéutico debe ser consciente de la necesidad de implantar dichos servicios e implantarlos para así poder solicitar que éstos sean remunerados.

Hay autores que afirman que el pago de los servicios, siendo importante, no es el facilitador más importante y que dicho pago no conduce “mágicamente” a la implantación de servicios cognitivos.⁴⁴⁷ Aducen que es necesaria la combinación de otros facilitadores para impulsar la diseminación e implantación de servicios. Para llegar a esta conclusión, se aduce la experiencia australiana^{448,449,450} según la cual, aún cobrando un dinero por realizar intervenciones clínicas, los farmacéuticos australianos no acaban de implantar estos servicios de una manera generalizada. A nuestro entender esto tiene una explicación bastante lógica:

La farmacia cobra una cantidad bastante importante, y de una manera relativamente cómoda, como resultado del proceso de dispensación de medicamentos. Si el pago que se obtiene por la realización de servicios cognitivos no es lo suficientemente importante, el importe total que se recibe como consecuencia de su realización es pequeña comparada con el importe recibido por la dispensación. Si a esto añadimos que, como ya ha sido citado, la implantación de estos servicios requiere unos gastos adicionales, tanto en tiempo, estudio, como en estructura, etc, es fácil entender que no se de el salto a su implantación. Ocurre lo mismo en España con el programa de Metadona. La cantidad de dinero que recibe la farmacia por paciente y mes, siendo objetivamente interesante, es poco importante cuando se compara con los ingresos que provienen de la actividad dispensadora. Actividad que aunque suponga una carga de trabajo importante, es relativamente cómoda y conlleva un bajo grado de responsabilidad

Sin embargo, si el pago de estos servicios fuera de suficiente entidad y su importe supusiera un aliciente al farmacéutico, probablemente la situación sería otra y los farmacéuticos sí realizarían este tipo de servicios. En este contexto cobra especial sentido la afirmación de Vázquez⁴⁵¹ durante el I Congreso de las SEFaC, que aseguraba que “*si la Administración remunerase los servicios cognitivos en lugar de*

remunerar los distributivos, la remuneración económica de los mismos se convertiría en el facilitador definitivo". Eso mismo afirmaba un entrevistado con las siguientes palabras:

"Yo entiendo que una de las grandes motivaciones del farmacéutico para moverse es la motivación económica." (FT-01)

En definitiva, también nosotros pensamos que el pago por servicios, puede convertirse en el facilitador necesario siempre que la cantidad de dinero recibida como contraprestación sea al menos tan importante como la que se obtiene como consecuencia de la dispensación de medicamentos. Por ello nos parece imprescindible comenzar un debate sobre el sistema retributivo del farmacéutico con un objetivo claro: que la dispensación pierda peso económico y que los servicios cognitivos lo adquieran, con lo que siendo el gasto final para la administración sanitaria similar, la participación proporcional se modifique.

Estructura.

En las entrevistas se pusieron de manifiesto dos posturas claramente enfrentadas en cuanto al mantenimiento del modelo actual de la farmacia o a su modificación. Entre los partidarios de modificar el modelo, se justificaba que la actual estructura física y profesional de la farmacia no facilita la actividad clínica, a la vez que tiene una imagen más comercial que profesional. No hay más que ver ciertos escaparates de farmacias españolas que más que establecimientos sanitarios parecen perfumerías o bazares o jugueterías. (Figura 27)

Figura 27. Escaparate de una farmacia. Contiene gran cantidad de cosméticos lo que recuerda más una perfumería que un establecimiento sanitario.



Se puso de manifiesto que la farmacia española es más pequeña que la europea (ES-11 E) y que el actual sistema minifundista es insostenible y debe reorientarse desde la eficacia actual, que no se pone en duda, a la eficiencia deseable (ES-13 C1).

Nosotros pensamos que esto es cierto y que como se verá a continuación una farmacia pequeña, con un número de profesionales bajo (FT-04), se ve abocada a dedicar un tiempo excesivo a labores no clínicas con la consiguiente falta de tiempo para ofrecer servicios profesionales.

Además fueron varios los entrevistados que recordaron que la venta y los servicios requieren una estructura física diferente, unos procesos diferentes y una mentalidad (actitud) diferente.

Conviene por tanto analizar la situación de la farmacia española en relación a su estructura tanto física como funcional, y su entorno legal actual.

La farmacia española se encuentra sujeta a un sistema de ordenación y planificación, correspondiendo a las Comunidades Autónomas el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, en virtud del Art. 149.1 de la Constitución.

El Estado, hasta el presente, ha fijado las bases generales de ordenación y planificación, mediante su mención en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que considera a las Oficinas de Farmacia como establecimientos sanitarios sujetos a planificación, de una forma un poco más amplia en la Ley 15/1990 de 20 de diciembre del Medicamento en su Art. 88, y de manera más general, en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.

Esta competencia estatal, como se acaba de decir, se encuentra transferida a las comunidades autónomas y por ello, la ordenación farmacéutica, está considerada como competencia autonómica en los diferentes Estatutos de Autonomía. Esto, ha dado lugar a distintos modelos de planificación, aunque existen unos criterios básicos que todas las leyes deben cumplir.⁴⁵²

La planificación farmacéutica se realiza de acuerdo con la planificación sanitaria. Las demarcaciones de referencia para la planificación farmacéutica son las unidades

básicas de atención primaria fijadas por las Comunidades Autónomas. Se debe garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio y la suficiencia en el suministro de medicamentos. Además se añade en la ley que la ordenación territorial se debe efectuar por módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia conforme a los criterios generales señalados y garantizando, en todo caso, la adecuada atención farmacéutica a toda la población, en el bien entendido que esa “atención farmacéutica” no consiste en el concepto de Atención Farmacéutica definido en el documento de consenso sobre Atención Farmacéutica, sino que hace referencia a la “asistencia farmacéutica” en general.⁴⁵³

La ley 16/1997 señala que, con carácter general, el módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia será de 2.800 habitantes por establecimiento y la distancia mínima entre oficinas de farmacia, también con carácter general, será de 250 metros. Sin embargo, la propia ley contempla distintas excepciones a esas reglas. La consecuencia práctica es que España es el país de la unión europea que ha experimentado el mayor crecimiento en el número de farmacias en los últimos diez años.⁴⁵⁴ El incremento ha sido superior al 10,13%, mientras que la población tan sólo ha aumentado un 8,9%. El resultado es que España es uno de los países que cuenta con menos habitantes por farmacia⁴⁵⁵, con una media de 2099 habitantes por farmacia con extremos entre 1.097 en Navarra y 3.258 en Ceuta.⁴⁵⁶

La farmacia española es, por tanto, una farmacia pequeña (ES-11 E),⁴⁵⁷ aislada y minifundista (ES-13 C1).⁴⁵⁸ Hay más de 35.000 farmacéuticos trabajando en las más de 20.000 farmacias comunitarias, lo que supone una media de aproximadamente 1,75 farmacéuticos por farmacia.⁴⁵⁹ No existen datos fiables sobre el número de auxiliares o técnicos que actualmente prestan sus servicios en las farmacias. Todo ello dificulta enormemente la implantación de servicios cognitivos

El farmacéutico titular y el adjunto, cuando éste existe, deben acometer todo tipo de tareas en el interior de la farmacia; desde la realización de pedidos, su recepción y colocación, la realización del control de almacén y caducidades, hasta las labores administrativas propias del complejo sistema de facturación existente, la gestión de albaranes etc... Esto supone una sobrecarga de trabajo administrativo y burocrático ingente que resta tiempo útil para que los profesionales farmacéuticos puedan dedicarse a atender pacientes (ES-06 A2). De hecho uno de los elementos facilitadores identificados en las entrevistas consiste en la disminución del tiempo que los farmacéuticos dedican a tareas administrativas (FT-04).

Sin embargo también es conveniente recordar que para la mayoría de los farmacéuticos el seguimiento farmacoterapéutico no es su actividad principal, lo que nos lleva otra vez a la necesidad de abordar la actitud del farmacéutico. Hay farmacéuticos que entienden este servicio como una actividad secundaria, no como su actividad esencial.⁴⁶⁰ Esto, que está muy interrelacionado con la necesidad del cambio de actitud comentado anteriormente, impide también, entre otras cosas, que el farmacéutico delegue sus tareas y dedique demasiado tiempo a esas actividades que han sido descritas como recepción de pedidos, tareas administrativas etc... Son trabajos que podrían asumir los técnicos o incluso, personal administrativo específico, dependiendo del tamaño de la farmacia. Pero el farmacéutico, por la inercia de la rutina se ve abocado a ello y acaba ocupándose en gran medida de ese tipo de aspectos: control de stocks, revisión de albaranes, contabilidad, etc.

Parece esencial que, junto a un cambio de actitud, y como consecuencia del mismo, el farmacéutico trate de modificar su dedicación horaria y reorganice su trabajo.^{461,462,463} De hecho, tanto la necesidad de reorganización del tiempo como la falta de hábito en el trabajo por tareas figuran en la bibliografía como barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico.⁴⁶⁴

En la sección dedicada a la “aptitud” del farmacéutico ha sido comentada la situación de los técnicos en España. En lo que hace referencia a la estructura funcional de la farmacia, en la literatura internacional se describe como barrera tanto la falta de formación de los mismos,^{465,466,467,468,469} como su poca estabilidad en el puesto de trabajo⁴⁷⁰ y la carencia de técnicos a la hora de contratarlos.⁴⁷¹

El **pequeño tamaño** de la farmacia española, no sólo físico (FT-04, ES-11 E) sino en lo que hace referencia al personal, hace que no sea fácil reestructurar las actividades internas y realizar delegación de tareas separando los aspectos cognitivos hacia el farmacéutico y los administrativos hacia el auxiliar o técnico. Cuando en un establecimiento tan sólo hay dos o tres personas, ¡o sólo una!, “todo el mundo hace de todo”. Esto implica que no haya tiempo para implantar nuevos servicios cognitivos.^{472,473,474,475,476,477,478,479} En este contexto una de las barreras que ha sido ampliamente descrita es que es preciso contratar nuevo personal (FT-09)^{480,481,482} para la implantación de nuevos servicios profesionales. No es posible dispensar, mantener el stock y toda la actividad administrativa al día y, además, ofrecer seguimiento farmacoterapéutico u otros servicios con tan sólo una o dos personas en la farmacia,

salvo que ésta atienda a un número muy pequeño de personas. Por tanto, con alguno de los entrevistados, (FT-01, FT-04, FT-15, ES-07 A2, ES-11 E), pensamos que es necesario aumentar el tamaño de las farmacias⁴⁸³ y el número de profesionales que trabajan en las mismas.

Además de contar con el personal suficiente, es preciso modificar el **aspecto exterior** de las farmacias (FT-05, ES-05 A2). Su actual aspecto es poco profesional⁴⁸⁴ y muy orientado a la venta. La imagen que transmite la farmacia es la de un establecimiento orientado a la belleza (dermofarmacia), a la juguetería (artículos infantiles), o cercano a las zapaterías (artículos de ortopedia menor). Apenas se encuentran establecimientos en los que en el aspecto exterior prime lo profesional (servicios ofrecidos, información sanitaria, advertencias y consejos en salud, etc.). Como se discutirá más adelante, este aspecto excesivamente comercial es una de las barreras que los médicos aducen para justificar su falta de confianza en la farmacia.⁴⁸⁵

En la zona de atención al público, la farmacia, además de contar siempre con una barrera estructural (mostrador), está llena de expositores, góndolas y demás artilugios para exponer productos, con cada día más carteles anunciando ofertas económicas, etc... Todo ello sirve para favorecer el acceso de los usuarios a los artículos (actividad orientada al producto) pero impide, o al menos no facilita, el contacto personal y con cierta privacidad con los pacientes, lo que va en contra de toda la teoría que apoya la implantación de servicios.

Es preciso, por tanto, modificar la actual estructura de las farmacias^{486,487} Probablemente dicha modificación, transformándolas en centros de salud en lugar de lo que hoy son, centros con mucho marketing y merchandising orientadas a facilitar la venta de productos de todo tipo,^{488,489,490,491} deba ser uno de los primeros aspectos a abordar para la progresiva y generalizada implantación de servicios cognitivos.

Ofertar atención al paciente en un entorno de dispensación es difícil. Por tanto se deben separar los entornos físicos dentro de la farmacia.⁴⁹² Incluso hay autores que afirman que no es posible realizar una auténtica atención al paciente en la farmacia comunitaria y que es preciso ofertar este servicio en nuevos entornos.^{493,494} En España ya hay alguna experiencia, todavía experimental, en este sentido.⁴⁹⁵

Sin embargo Willink e Isetts han demostrado que sí es posible realizar seguimiento en la farmacia comunitaria siempre que se cumplan unos requisitos.⁴⁹⁶ Según estos autores, para que una práctica innovadora de este tipo pueda desarrollarse con éxito en la farmacia comunitaria, es preciso: (a) asumir responsabilidades en la obtención de resultados clínicos en los pacientes; (b) sistematizar los procesos para la atención al paciente; (c) implantar un sistema financiero de gestión del negocio que sea efectivo; (d) formarse y adquirir habilidades clínicas⁴⁹⁷. En las cuatro farmacias descritas en su trabajo, se separa claramente la zona de dispensación de las zonas de atención al paciente (ZAP).

Parece que si se pudiera contar con locales más grandes, con zonas diferenciadas para la dispensación de medicamentos y la atención directa a los pacientes, con sus **correspondientes ZAP**, sería más beneficioso mantener una estructura combinada de dispensación de medicamentos y realización de servicios, fundamentalmente el seguimiento, ya que el paciente estaría controlado, y se tendría una información mucho más real y completa sobre el total de medicamentos utilizados. De hecho la falta de zonas privadas o semiprivadas (ZAP) son identificadas como barreras en muchos trabajos sobre el tema.^{498,499,500,501,502}

Pensamos que la farmacia comunitaria, con las modificaciones estructurales mencionadas, es el lugar ideal para la realización del seguimiento farmacoterapéutico. Y ello por diferentes motivos como la accesibilidad geográfica, la presencia de un profesional cercano conocedor del medicamento y por ser el lugar en el que confluyen todos los medicamentos que un paciente está tomando, sea su origen la automedicación, la indicación farmacéutica o la prescripción médica (sea cual fuere el origen de la misma).

En España, Aguiló, ya en 1999, planteaba la necesidad de modificar la estructura de la farmacia comunitaria mediante la implantación de zonas de atención al paciente. Decía este autor que para poner en marcha programas de Atención Farmacéutica es imprescindible, en primer lugar, renovar la estructura funcional de la farmacia comunitaria según la filosofía de la farmacia clínica asegurando que la ZAP es el punto clave del nuevo planteamiento.⁵⁰³ Estos aspectos relacionados con la estructura física de la farmacia siguen siendo importantes para este autor.⁵⁰⁴ En su proyecto de implantación de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria establece unos niveles de formación y práctica e incluye en el nivel 1 a aquellos aspectos relacionados con la estructura física de la farmacia, ZAP y la sistematización de funciones y

optimización de recursos, por entender que a la vez que son sencillos, tienen gran impacto de imagen.

Junto a estas barreras estructurales, en la revisión bibliográfica realizada se identificaron otras como la **falta de herramientas informáticas**, sobre todo referidas a la falta de programas informáticos adecuados,^{505, 506,507,508,509,510,511,512} y la falta de acceso a la historia clínica y/o farmacoterapéutica de los pacientes.^{513,514,515,516,517}

En realidad, en las entrevistas realizadas para la elaboración de esta memoria, la falta de herramientas informáticas no se identificó como una barrera, pero sí como un elemento facilitador para la implantación y sostenibilidad de distintos servicios (ES-06 A2). Lo mismo sucede con la posibilidad de acceso a la historia farmacoterapéutica de los pacientes (FT-08, ES-06 A2).

Por tanto, en cuanto a los aspectos de la estructura de la farmacia es posible afirmar que la existencia de una farmacia de tamaño más grande, con personal suficiente, especializado en seguimiento, contando con zonas identificadas para la atención personalizada a los pacientes (ZAP), puede considerarse como un facilitador. Por ello sería necesario que las distintas leyes de planificación de las diferentes comunidades autónomas avanzasen hacia unos módulos más amplios que los actuales, como por ejemplo los que cita como norma general, el artículo 3 de la ley de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia.⁵¹⁸

A nuestro entender, la defensa de un modelo planificado bajo dichos parámetros resultaría sencilla, con una salvedad. Se trata de los aspectos relacionados con el acceso a la titularidad de las farmacias.

Nos parece difícil defender un modelo de restricción del número de farmacias cuando lo que la administración sanitaria pide a la farmacia es exclusivamente la venta de medicamentos y cuando la transmisión de la titularidad se hace en función de un precio de mercado que establece el vendedor, excesivamente elevado en muchos casos, que origina una imagen social del farmacéutico que se relaciona con un estatus económico que, sin ser real, parece de un rango más elevado. Además, se han establecido prioridades cuando existe un parentesco en primer grado entre el propietario y el adquiriente.

Sin embargo, si la farmacia se transforma en un centro en el que además del acceso al medicamento, se ofrecen distintos servicios, y fundamentalmente se implanta el seguimiento farmacoterapéutico, la planificación cobra un nuevo sentido. Bajo esta nueva perspectiva, que es la que apoyamos, se hace necesaria la existencia de un establecimiento físicamente más grande, con zonas específicas de atención al paciente, herramientas informáticas y soportes bibliográficos suficientes, y con personal entrenado. En este contexto, es preciso modificar el sistema de acceso a la titularidad de la farmacia, sustituyéndolo por un sistema en el que lo que se valore sea la capacidad profesional del aspirante. Aquí, la planificación, favoreciendo un menor número de farmacias, cobra un sentido especial.

El sistema que planteamos debería consistir en una concesión administrativa, vinculada a un profesional. No deberían contemplarse otras formas societarias. Además, al estar vinculada la titularidad a un profesional, no deberían existir mecanismos de transmisión ni *intervivos* ni *mortis causa*.

El acceso a la titularidad podría llevarse a cabo, bien mediante pruebas específicas, a modo de oposición, o bien mediante la utilización de baremos consensuados a nivel estatal (concurso). Aquí cobra especial sentido la carrera profesional del farmacéutico,⁵¹⁹ que podría constituir un elemento clave en el recorrido profesional del farmacéutico comunitario. Éste comenzaría como adjunto y a lo largo del tiempo iría ascendiendo profesionalmente adquiriendo farmacias cada vez de mayor volumen.

Otros autores⁵²⁰ plantean un cambio en el acceso favoreciendo la entrada del farmacéutico en el mercado, de una manera gradual y controlada mediante subastas de licencias sobre la base de criterios objetivos y transparentes. Estos autores recomiendan una modificación en la política de ordenación farmacéutica que vaya más lejos del establecimiento de distancias y módulos por habitante y que establezca modelos compatibles con la buena utilización de los medicamentos y la eficiencia de los recursos públicos.

Todo lo anterior estaría vinculado a su vez, y sería posterior a la instauración de un sistema de remuneración basado en, de alguna manera, remunerar la actividad realizada.

Partiendo de estas premisas de ausencia de lucro en la transmisión, y de remuneración basada en la actividad realizada, desaparecerían algunos paradigmas

actualmente instaurados, como la renta de posición y la clara preferencia por farmacias de alto volumen.

El acceso a farmacias que produjesen un mayor beneficio sería consecuencia de los méritos y capacidades que el farmacéutico ha ido acumulando a lo largo de su carrera profesional.

Profesion farmacéutica

Al apartado que hace referencia a la profesión se han adscrito una serie de barreras y facilitadores identificados durante las entrevistas: el actual sistema de retribución de la farmacia, la falta de liderazgo de los estrategas profesionales, la supuesta falta de evidencia científica sobre los diferentes servicios cognitivos y, la consecuente necesidad de investigar en este campo.

Sistema de retribución

El actual sistema de retribución de la farmacia, muy relacionado como ya se ha dicho con el pago por los servicios ofrecidos, originó opiniones contrapuestas entre los distintos entrevistados.

Fundamentalmente algunos representantes de la Corporación y de las empresariales eran contrarios a cualquier cambio, e incluso a promover el debate, sobre el actual sistema de remuneración (ES-08 C1, ES-14 E). Aducen que el margen es la única manera de mantener actualizados los ingresos de los farmacéuticos ya que los medicamentos suben, mientras que si se pactan precios por servicios, estos a la larga se verán congelados como ocurre actualmente con el pago por la Metadona o con la formulación magistral. Además, se indica que ya hay un elemento que desvirtúa este debate como es la existencia del RD 5/2000.⁵²¹

El resto de los entrevistados, en general, era más partidario de estudiar un cambio en el sentido retributivo (ES-13 C1, ES-15 A1, FT-01, FT-04, FT-10, FT-13, FT-15). Para unos se trata de un sistema perverso (ES-05 A2, FT-05, FT-06, FT-12). Para otros, es tan sólo un sistema injusto (FT-07). Entre los que eran partidarios de comenzar a estudiar el

tema, había entrevistados para los que el cambio es urgente y otros para los que cambiar no es prioritario.

El Grupo Nominal constituido por estrategias incluyó la modificación del sistema de remuneración de la farmacia como uno de los facilitadores identificados, aunque lo valoró como el menos importante y el menos factible de todos ellos. Sin embargo, para los componentes del Grupo Nominal de farmacéuticos comunitarios, el cambio en la remuneración se trata del facilitador más importante. Sin embargo, lo evaluaron como el menos factible, lo que supuso que en la discusión se señalara la “cobardía” de los farmacéuticos que entendiendo que el cambio de la retribución es el facilitador más importante para implantar nuevos servicios, el farmacéutico no se ve con el coraje suficiente, siquiera para proponer el abordaje de su análisis y estudio.

Ya se ha dicho reiteradamente que los farmacéuticos aseguran que hacen aquello por lo que se les paga, y que les resulta más fácil ganar dinero con el margen comercial que haciendo seguimiento. Porque aunque en ocasiones se afirme que el seguimiento supone una fidelización de clientes y al final unos mayores ingresos, la realidad de acuerdo con los entrevistados es que el que más gana es el que más recetas factura, realice o no servicios cognitivos (FT-07).

Y esto debe cambiar si queremos que al final los servicios se implanten (FT-13, ES-13 C1, ES-15 A1). A la luz de estas opiniones parece lógica la necesidad de abordar el análisis del sistema retributivo actual. Esta necesidad ha sido reconocida por instituciones como el Consejo de Ministros del Consejo de Europa que literalmente dice en su Resolución ResAP (2001):⁵²² *“Su sistema de remuneración (el de los farmacéuticos) debe ser reexaminado teniendo en cuenta, no los márgenes y el volumen de ventas, sino el servicio profesional que proveen”*. Esta idea es también defendida tanto por profesionales farmacéuticos⁵²³ como por pertenecientes a otras titulaciones.⁵²⁴ Parece obvio recordar que la motivación económica es una de las motivaciones más importantes para favorecer la evolución de cualquier profesión.

“Yo entiendo que una de las grandes motivaciones del farmacéutico para moverse es la motivación económica”(FT-01)

Algunos de los entrevistados opinan que deben coexistir dos sistemas de pago (FT 01, FT-04, FT-07, FT-10, FT-13, FT-15): en la parte comercial el margen, mientras que en lo que hace relación con los servicios cognitivos debe existir un pago por ellos, ya sea mediante contratos o conciertos por servicio (ES-10 E).

También se plantea por parte de algún entrevistado, un modelo “a tercios” según el cual la farmacia cobraría una cantidad por estar abierta, otra parte como pago por la logística de los medicamentos y una tercera parte por los servicios realizados (ES-03 U).

Tal como afirma algún entrevistado, parece difícil, a priori, cuantificar el valor de cada servicio, (ES-03 U) por lo que parece importante investigar los costes y los beneficios que los servicios pueden proporcionar.

Todas estas opiniones relacionadas con el sistema de retribución de la farmacia se hallan también descritas en la literatura.^{525,526,527,528,529,530}

Actualmente el pago se realiza mediante un concierto de prestaciones que es firmado por las diferentes administraciones sanitarias autonómicas y los consejos de farmacéuticos autonómicos o por el Consejo General, en su caso. Fundamentalmente y con las excepciones ya señaladas, se trata de un margen fijo sobre el precio de venta al público sin impuestos para medicamentos con un precio de venta de laboratorio igual o inferior a 89,62 euros,⁵³¹ a partir del cual se aplica una escala de deducciones a la factura mensual de cada farmacia.^{532,533}

Como se ha mencionado anteriormente, existen ciertas excepciones a esta norma general.

La formulación magistral se paga mediante un sistema de pago por servicios, en el que cada fórmula es tasada en función de unos baremos consensuados previamente. Estos baremos se aprueban dentro de los conciertos que las diferentes administraciones sanitarias autonómicas tienen suscritos con los consejos de colegios autonómicos o con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos en los casos en que no está constituido el correspondiente consejo autonómico.

Existen otros servicios como el Programa de Mantenimiento con Metadona,⁵³⁴ que es pagado mediante un sistema capitativo, con una cantidad fija por paciente atendido y mes. La cantidad cobrada mensualmente depende de la comunidad autónoma de que se trate, existiendo variaciones entre las distintas autonomías. Lo mismo ocurre con el programa de dispensación directamente observada que se está desarrollando en la comunidad de Valencia para pacientes con tratamiento antituberculoso.⁵³⁵ Se da la paradoja de que, en el País Vasco, existe un programa de tratamiento observado directamente, en este caso dirigido a pacientes con tratamiento antituberculoso incluidos en el programa de mantenimiento con Metadona, que reciben el servicio gratuitamente, es decir, sin que la administración vasca ofrezca ninguna recompensa económica para la farmacia que lo realiza.

Salvo aquellas fórmulas magistrales solicitadas por pacientes con receta de médico privado, el resto de estos servicios, son financiados por la administración sanitaria. Sin embargo en las farmacias también se ofrecen otros servicios que se cobran directamente al paciente. Aunque algunos de ellos, como el peso, la medida de la altura o la medida de la presión arterial, en ocasiones son gratuitos, en otras se cobran cifras testimoniales que rondan el euro. Otros servicios como las determinaciones de química seca, o la elaboración de dietas, son cobradas directamente al paciente. Por supuesto que aquellos servicios diferentes a la dispensación, como pueden ser los derivados de actividades que tradicionalmente han venido realizándose en las farmacias comunitarias como, por ejemplo, los análisis clínicos o la ortopedia mayor, se cobran al paciente en función de unas tarifas que cada farmacéutico puede libremente establecer.

Todas estas excepciones sobre el margen por la dispensación de medicamentos no suponen en general cantidades económicamente importantes para la farmacia si se compara con el beneficio obtenido de la dispensación que, no lo olvidemos, es la actividad fundamental en este establecimiento sanitario.^{536, 537, 538, 539, 540, 541}

Existe una idea entre algunos dirigentes de la profesión que sostienen que en el margen de distribución de los medicamentos está incluida la remuneración por cualquier otro servicio que la farmacia oferte, distinto de los citados anteriormente.⁵⁴²

Esto hace que haya farmacéuticos que piensen que el actual sistema se trata de un sistema de remuneración perverso (ES-05 A2, FT-05, FT-06, FT-12). Perverso, porque si el margen incluye “todo”, se oferten o no servicios cognitivos a la sociedad, no sólo no

se “premia” al farmacéutico que los oferta sino que en realidad se “premia” al que se limita a dispensar, ya que el beneficio final es el mismo con mucho menos desgaste profesional y dedicación de tiempo, formación, gasto económico e inversión en estructura a la implantación y sostenibilidad de los distintos servicios. Además, este servicio retributivo valora sólo el papel comercial del farmacéutico en detrimento del papel profesional.^{543,544,545,546}

Se puede argumentar que el ofrecimiento de distintos servicios puede “fidelizar” pacientes, pero esto no ha podido ser demostrado y se afirma en las entrevistas que este razonamiento permanece como un argumento utilizado por aquellos farmacéuticos que no apoyan la implantación de servicios profesionales (FT-07 y ES-15 A1).

Además, los farmacéuticos se quejan de que el margen de distribución disminuye cada año y que la farmacia está incurriendo en un proceso de descapitalización grave. El margen de la farmacia ha pasado del 29,9 por ciento sobre precio de venta al público sin impuestos que se estableció en 1988⁵⁴⁷ al 27,9;⁵⁴⁸ en ambos casos con los límites que establece el RD 5/2000.⁵⁴⁹ Las especialidades farmacéuticas genéricas también han sufrido un recorte en el margen disminuyendo del 33% que tenían, hasta el margen general para todas las especialidades farmacéuticas del 27,9%.⁵⁵⁰ También ha disminuido el margen de la distribución mayorista, lo que repercute negativamente en el precio que paga la farmacia por los medicamentos, hasta un 8,6% en 2005 para pasar a un 7,6% en 2006.⁵⁵¹ Esta continua disminución del margen, tanto de la farmacia como de la distribución mayorista, hace que según algunos se haya alcanzado una estructura económica insuficiente para permitir la implantación de servicios cognitivos.⁵⁵² (FT-09, FT-10, FT-11, ES-11 E)

El hecho cierto es que al aumentar el número de medicamentos prescritos y el precio medio de los mismos, el margen va a continuar disminuyendo ya sea por disminución real del mismo, como viene ya ocurriendo en estos últimos años, como por el resultado de la aplicación del RD 5/2000.⁵⁵³ Esto, que para muchos farmacéuticos es una barrera para la implantación de servicios, podría entenderse como un facilitador. El miedo a perder niveles económicos hace que el farmacéutico busque nuevas fuentes de ingresos para subsistir, y una de ellas puede ser la implantación de nuevos servicios cognitivos, entre ellos el seguimiento farmacoterapéutico.⁵⁵⁴

Nosotros pensamos que el cambio de remuneración de la farmacia, con el consiguiente pago por servicios y la disminución del peso económico de la dispensación es, probablemente, el facilitador más importante. Por tanto creemos que es preciso abordar, cuanto antes y desde dentro de la profesión, el análisis del sistema de retribución del farmacéutico, para decidir con criterio, si este debe ser modificado o no, y en qué sentido. Este análisis debería realizarlo la profesión con un horizonte de 5 a 10 años. Básicamente se debe disminuir el peso de los aspectos logísticos en la farmacia y aumentar los cognitivos.

Dicho de otro modo, se debe disminuir el margen hasta alcanzar mínimos asumibles por la profesión que justifiquen la existencia y el mantenimiento de unos stocks adecuados, a la vez que se deben pagar los servicios que se vayan implantando, con el ahorro generado por esa disminución del margen. Esto era denominado por un entrevistado como sistema de los vasos comunicantes: ir disminuyendo el peso de la dispensación a la vez que se va aumentando el pago por servicios (FT-10).

En la literatura, se ha confirmado en muchas ocasiones la necesidad de cambiar el sistema retributivo de la farmacia,^{555,556} e incluso se han planteado varias propuestas de trabajo, todas ellas basadas en sistemas mixtos de pago.^{557,558,559}

A modo de ejemplo, el modelo que plantea Martínez,⁵⁶⁰ consiste en:

- Un porcentaje ("X" %) sobre el precio del medicamento, por disponer de él.
- Un dinero fijo ("Y" euros) por medicamento dispensado.
- Un dinero adicional por intervenciones profesionales documentadas, valoradas por puntos acumulados, teniendo cada punto un valor ("Z" euros).

Bastante similar en sus fundamentos, aunque quizás más centrada en los servicios, es la propuesta de Barbero⁵⁶¹ que afirmaba que la remuneración del farmacéutico podría estar formada por los siguientes apartados:

- Margen sobre el precio del medicamento (habría que adaptarlo y buscar un porcentaje apropiado)
- Retribución per cápita. Es decir, pago por llevar seguimiento en determinados grupos de pacientes: dispensación de Metadona, programas de tratamientos directamente observados en pacientes tuberculosos, etc...
- Retribución fija por dispensación. Un pago fijo por cada prescripción dispensada.

- Honorarios por servicios. Aquí pueden existir diversos apartados: pago por rechazo a dispensar, perfiles farmacoterapéuticos, detección de PRM, programas de deshabituación tabáquica, etc.

Lo importante en este asunto es que se produzca un debate y un abordaje serio del problema desde las instituciones y organizaciones farmacéuticas.

Una vez acordado un nuevo sistema retributivo, y con un mayor número de servicios ofrecidos por las farmacias, la administración sanitaria debería apoyar económicamente a la farmacia para garantizar su estabilidad económica, en compensación a la probable implantación masiva de seguimiento farmacoterapéutico.

Esta propuesta supone que aquellas farmacias que no apuesten por la profesionalidad tendrán que dedicarse a potenciar áreas de parafarmacia como la cosmética o la ortopedia menor, mientras que los profesionales tendrían un reconocimiento económico por la implantación y sostenibilidad del seguimiento farmacoterapéutico.

El sistema de remuneración es fundamental para la sostenibilidad de cualquier servicio sanitario.⁵⁶² Afortunadamente en el resto del mundo ya comienzan a materializarse los primeros pasos en el sentido de cambiar el sistema retributivo del farmacéutico. En los EEUU con la introducción de los programas de MTM dentro del seguro estatal Medicaid, el farmacéutico está comenzando a cobrar por estos servicios cognitivos. Incluso la Asociación Médica Americana (AMA) ha publicado unos códigos (*CPT codes*)⁵⁶³ en los que se describen distintas actuaciones del farmacéutico que podrán ser pagadas a partir de enero de 2006. Se describen los siguientes códigos:⁵⁶⁴

- Código 0115T: Primera entrevista del farmacéutico con un paciente durante un tiempo inferior a 15 minutos.
- Código 0116T: Sigüientes visitas del mismo paciente en seguimiento hasta un máximo de 15 minutos por visita.
- Código 0117T: Utilizado para añadir a los anteriores códigos, y utilizado conjuntamente con ellos, cuando el tiempo supera los 15 minutos.
- POS 01: Utilizado para comunicar que el servicio se ha realizado en una Farmacia.

También en los EEUU son cada vez más los farmacéuticos que cobran por los servicios cognitivos que prestan, ya sea a las compañías de seguros (*third payers*) o directamente a sus pacientes.

En Europa existen algunas experiencias dignas de ser citadas. En Portugal la Administración sanitaria está pagando una cantidad fija por paciente y mes en diabetes e hipertensión arterial en programas de *Disease State Management (DSM)*.⁵⁶⁵

En Alemania también se alcanzó un acuerdo entre la Asociación Alemana de Farmacéuticos (DAV), asociación empresarial, y la mayor compañía de seguros, con 8 millones de asegurados (*Barmer Ersatzkasse*). Este acuerdo incluye el pago de servicios cognitivos avanzados como el establecimiento del perfil de medicamentos de los pacientes, la revisión de la medicación, el consejo y la elaboración de la historia farmacoterapéutica.⁵⁶⁶

En el Reino Unido, los “servicios mejorados”, cuyo desarrollo es independiente del concierto estatal (*national contract*), van a ser retribuidos en función de acuerdos locales entre el gestor del área de salud local (PCT) y los farmacéuticos locales, o sus representantes.⁵⁶⁷

Falta de liderazgo

Se ha identificado como barrera una falta de liderazgo en las organizaciones profesionales (FT-08, ES-04 U, ES-14 E, ES-15 A1). En este tema es claro que las opiniones de los colectivos de estrategas, que son los que deberían tener el liderazgo, no coinciden con las opiniones de los farmacéuticos comunitarios que son los que piden que sus líderes profesionales ejerzan su liderazgo en un tema tan importante como la implantación de servicios cognitivos.

Las críticas van dirigidas a todos los sectores, corporación, empresariales, universidad, administración sanitaria, etc... pero ninguno se siente aludido o, al menos, representantes de todos ellos, cuando se les entrevistó individualmente, manifestaron que apoyan el cambio y que tienen programas orientados en este sentido.

Se critica además que en muchas ocasiones interesa más el supuesto protagonismo de una institución que el apoyo real a la implantación de servicios cognitivos.

...”hay más interés por crear un programa y decir que es mío que por que realmente se implante ese programa, ... eso es lo que yo crítico.” (FT-05)

Se afirma también que a los líderes les falta convicción y lo que hacen es ofrecer un apoyo político, sin convicción real.

Como se ha dicho, ninguno de los colectivos aludidos asume su parte de culpa. Sin embargo es preciso recordar aquí opiniones de los entrevistados sobre dichos colectivos:

(*) Los colegios profesionales “son un freno para la implantación de los servicios cognitivos” (ES-14 E, ES-04 U); “no han estado a la altura en el pasado reciente” (FT-08); “no han sido activos con el cambio” (FT-08); “les falta convicción” (ES-15 A1), “son líderes oportunistas” (ES-14 E), “no están liderando el proceso de cambio” (FT-05); “deben priorizar que se cumplan las obligaciones profesionales” (ES-12 C1); “la corporación no cree en los servicios cognitivos como alternativa profesional” (FT-05, FT-08, ES-15 A1); “los colegios sólo se ocupan de mantener el actual estatus del farmacéutico” (ES-02 C2); “existe un excesivo corporativismo” (FT-13, ES-15 A1); “paternalismo” (ES-08 C1); existe una “excesiva dependencia colegial” (FT-08); los colegios “son un freno para la implantación de los servicios cognitivos”(FT-10); los servicios van contra el “unitarismo (café para todos)” existente y defendido por los colegios (FT-08, FT-14) que miran con temor la diferenciación de las farmacias en función de los servicios (FT-03, FT-13, FT-15).

(*) Las asociaciones empresariales constituyen una barrera para el cambio ya que sólo intentan mantener el actual modelo económico y financiero de la farmacia (FT-02, FT-10); las empresariales se equivocan radicalmente al no querer apoyar e impulsar la Atención Farmacéutica ya que si el objetivo de cualquier empresario es conseguir la satisfacción del cliente y dar respuesta a sus necesidades, éstos son los objetivos que persigue el seguimiento farmacoterapéutico (FT-05, FT-07).

(*) Las sociedades científicas pueden jugar un papel importante en el impulso del cambio pero tienen dos graves problemas: son pocos los farmacéuticos asociados a ellas, es decir, les falta implantación (ES-13 C1) y deben solventar la sectorialización que soportan diferenciándose en función del lugar de trabajo del farmacéutico (comunidad, atención primaria y hospital) (ES-13 C1).

(*) La distribución mayorista en general constituye una barrera (FT-03) ya que está orientada al producto y sus objetivos son ganar dinero aumentando la venta de los mismos.

(*) La universidad no desea cambios en la profesión (FT-06, FT-11) porque no está preparada ni en cuanto a su estructura física ni en cuanto a sus profesores; faltan profesores con contacto con la realidad profesional (ES-13 C1); la universidad no forma en aspectos clínicos (FT-03); en el postgrado es difícil interiorizar un juicio clínico que debe ir formándose desde el pregrado (ES-13 C1). Aunque se afirma que debería tener un importante papel preparando los futuros profesionales clínicos, se opina que esto no va a ocurrir en un futuro cercano (FT-06).

(*) La industria farmacéutica, colectivo que no hemos incluido ni en las entrevistas ni en la discusión porque pensamos que se encuentra muy distante de la farmacia comunitaria, no es partidaria de que la farmacia evolucione y cambie su rol actual (FT-03, FT-14).

Como puede apreciarse, las críticas o, dicho de otro modo, las barreras que surgen de las entrevistas, son frecuentes e importantes.

En España la profesión está organizada en torno a cinco diferentes tipos de sociedades, instituciones o entidades que tienen influencia en los comportamientos de los farmacéuticos comunitarios:

(a) La Corporación Farmacéutica que incluye tanto al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, como a los consejos autonómicos y a los colegios provinciales. Dado que todos los farmacéuticos comunitarios deben estar colegiados para poder ejercer, y dado que además toda la facturación de las recetas dispensadas con cargo a algún organismo público o privado debe realizarse a través de los colegios provinciales, la Corporación tiene gran influencia sobre el colectivo. De hecho, en las entrevistas, se puede traslucir una idea bastante generalizada en cuanto a que debería ser el Consejo General el organismo que lidere el cambio que debe afrontar la profesión, por ser la institución en la que están integrados todos los farmacéuticos comunitarios.

(b) Las asociaciones empresariales, constituidas por los titulares, y los sindicatos o asociaciones de farmacéuticos parados, adjuntos y sustitutos, para estos colectivos.

Son dos tipos de asociaciones cuyo objetivo es fundamentalmente la mejora de la situación económica y laboral de sus miembros. Actualmente las asociaciones de adjuntos no parece que tengan una actividad manifiesta respecto a la implantación de estos nuevos servicios. La Federación de Asociaciones Empresariales (FEFE) sí tiene, al menos una mayor repercusión mediática, aunque en cuanto a la implantación de servicios cognitivos creemos que se mantiene un tanto a la expectativa. El problema es que, a nuestro juicio y a juicio de varios de los entrevistados, la FEFE está demasiado volcada en los aspectos económicos y entiende la profesión como una actividad fundamentalmente mercantil sin olvidar, por supuesto, que hablamos de profesionales farmacéuticos. Sirva como ejemplo el siguiente párrafo suscrito por un dirigente empresarial:⁵⁶⁸

“La farmacia es una empresa sanitaria privada que desarrolla su acción en un sector como el sanitario regulado, pero no al margen del mercado. Conceptos como el de remuneración por acto profesional nada tienen que ver con nuestra actividad, que está cada vez más inmersa en un régimen de competencia, y cuyos parámetros y necesidades económico-financieras no se diferencian en lo sustancial de los de cualquier otra empresa.”

Por ello son comprensibles afirmaciones como:

“... las empresariales en absoluto (-están interesadas en la Atención Farmacéutica).” (FT-02);

“... que las empresariales hayan abandonado la atención farmacéutica y se la hayan dejado, nada más que al consejo de colegios...” (FT-07)

(c) Junto a la Corporación y las asociaciones empresariales o sindicales, se encuentran las sociedades científicas. En el ámbito de la farmacia comunitaria estatal tan sólo existe una, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). Sin embargo, por la proximidad en los fines, en las entrevistas se incluyó a farmacéuticos pertenecientes a la Fundación Pharmaceutical Care España y a la Red Española de Atención Primaria (REAP).

El papel de las sociedades científicas debe ser eminentemente de carácter científico - profesional. En la SEFaC tienen cabida todos los farmacéuticos comunitarios sean titulares o adjuntos. Sus socios deberían ser la punta de lanza de la profesión y deberían pertenecer al grupo de los innovadores y de los adoptadores inmediatos o, como mucho, a la mayoría temprana.

(d) La Distribución mayorista tiene una gran relación con los farmacéuticos comunitarios ya que además de proveer de productos a la farmacia, cada vez más, ofrece otro tipo de servicios para añadir valor a su actividad. Se trata fundamentalmente de servicios económico-financieros, pero también de asesoramiento profesional y de organización de actividades formativas. Sin embargo pensamos que, en general, no se trata de un colectivo especialmente interesado en el proceso de cambio hacia el paciente ya que su *modus vivendi* está basado precisamente en el producto (medicamentos, productos sanitarios y parafarmacia), que se pretende sustituir.

(e) En cuanto a la Universidad, ya se ha hecho referencia a ella al discutir aspectos relacionados con la formación del farmacéutico. En este momento puede ser interesante recordar que pensamos que la Universidad debe también abordar un cambio radical en su interior y que por tanto, actualmente parece difícil que pueda constituirse en una institución que lidere el cambio, salvo en contadas excepciones individuales. En todo caso, también ella debería abordar un profundo proceso de cambio interno.

En este entorno, muchos de los entrevistados aducían que los actuales líderes españoles “no se creen” que el futuro pase, de verdad, por la implantación de la Atención Farmacéutica. Se afirma en las entrevistas que los pasos que supuestamente se van dando, se hacen de “cara a la galería”, para dar una imagen ante la administración sanitaria, sin que realmente se tenga voluntad de cambio real.

Además faltan ideas claras de futuro. Falta un análisis real de la situación actual de la profesión por parte de los líderes profesionales. Es conocido que “el cambio solo puede producirse cuando se es consciente de la situación presente.”⁵⁶⁹ Aguiló afirma que “analizar críticamente el servicio que ofrecemos, conocer nuestras carencias, es el primer paso para resolverlas.”⁵⁷⁰

Existen muchos trabajos que señalan la necesidad de cambio y la obligatoriedad urgente de que el farmacéutico deje de centrarse en el producto para pasar a centrarse en el paciente. Sin embargo, entre los líderes profesionales falta un análisis crítico y serio de la situación.⁵⁷¹ Cuando se discute sobre la profesión, se transforma enseguida en algo “personal” y se adoptan posturas excesivamente defensivas. En

este sentido, cuando se habla de que el farmacéutico sigue excesivamente preocupado por el “producto” y poco centrado en la implantación de servicios cognitivos, se aduce que es algo irreal, idealista o que se trata de ideas que provienen de ambientes académicos con poca presencia en el mundo real.⁵⁷² Como afirmaba un entrevistado, “*se debe entender la necesidad de cambio, no como un suicidio colectivo, sino como un canto a la vida y a la supervivencia de la profesión*” (FT-07).

Se ha dicho que los líderes profesionales tienen tres responsabilidades fundamentales para asegurar que el cambio en la práctica farmacéutica tenga lugar⁵⁷³:

- (a) Favorecer un entorno que favorezca la nueva práctica.
- (b) Aportar o hacer disponibles posibilidades formativas suficientes para que las necesidades de los profesionales en este sentido estén cubiertas.
- (c) Desarrollar estrategias encaminadas a motivar a los profesionales para que asuman sus responsabilidades individuales en una nueva práctica farmacéutica.

Nos parece que de las tres responsabilidades, la tercera es la que peor es entendida por los líderes profesionales. Y es que para favorecer el cambio no basta con tratar de fomentar el que los farmacéuticos adquieran habilidades nuevas de mucha complejidad, sino también es preciso que se sometan a una resocialización profesional, es decir, que asuman una reformulación de los valores y actitudes relacionados con su nueva práctica profesional.⁵⁷⁴

Entender las actitudes y los valores en clave de resocialización profesional tiene gran importancia, ya que existe una clara discordancia entre las actitudes y los valores que acompañan a la actividad de dispensación, y los necesarios para la implantación de nuevos servicios cognitivos, acordes a una nueva práctica profesional.⁵⁷⁵

Se ha dicho anteriormente que los pacientes sólo esperan de la farmacia que realice bien la dispensación, en realidad, que le entreguen el medicamento con el menor número de trabas posible. Por eso es preciso que los líderes profesionales se impliquen en este asunto y realicen actividades de marketing o de promoción de los servicios que puede ofrecer la farmacia ante la sociedad.⁵⁷⁶ Esto se puede hacer utilizando sistemas muy cercanos como organizando reuniones con vecinos, escribiendo artículos en prensa⁵⁷⁷ o utilizando todos los medios de comunicación existentes en la actualidad.

Falta de suficiente soporte científico

Entre los entrevistados existía la impresión de que falta demostrar la efectividad de los servicios cognitivos. Se decía por ejemplo que éstos se comenzarán a pagar en el momento en que se demuestre con evidencia su eficacia o, con palabras de un entrevistado, *“cuando merezca ser pagado”* (FT-01). Otra forma de expresarlo es que *“mientras no exista evidencia no podemos ofrecer estos servicios”* (FT-09).

“Lo que hay que hacer es medir si eso (los servicios cognitivos) es rentable para el estado o no... Si todo eso, la atención farmacéutica, repercute en mejorar el sistema, que no está probado”. (FT-02)

Se insiste mucho en que es preciso demostrar que los servicios cognitivos en general, y el seguimiento farmacoterapéutico en particular, son eficientes, es decir, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes suponen un ahorro a la administración.

Incluso se asegura que también tienen que ser interesantes para los farmacéuticos que los proveen, ya que el primer análisis que se hace es siempre negativo: la implantación de servicios cognitivos supone un gasto sin una utilidad clara para el farmacéutico. Un entrevistado se pregunta:

“Eso, ¿qué cuesta? Eso, ¿para qué sirve?”. (FT-09)

Esta sensación de falta de evidencia científica sobre estos servicios se encuentra también en la literatura.^{578,579} Hay autores que afirman que no hay suficientes estudios que demuestren, no sólo la efectividad de los servicios cognitivos, sino tampoco su eficiencia, lo que es muy importante de cara a la administración sanitaria, que debe velar porque, además de que se garantice la accesibilidad a medicamentos eficaces y seguros, que se disminuya el gasto en medicamentos al máximo.

Sin embargo, nosotros pensamos que sí existe evidencia científica suficiente para apoyar la implantación de este tipo de servicios y concretamente del seguimiento farmacoterapéutico. Esto no significa que no sea preciso seguir investigando sobre los beneficios que los servicios pueden producir, pero creemos que la supuesta falta de efectividad o eficiencia no pueden ser la excusa para no implantarlos.

En una revisión sistemática recientemente publicada⁵⁸⁰ se evaluaron ensayos clínicos controlados, publicados en inglés entre 1990 y 2003. Para que los estudios fueran incluidos en la revisión debían evaluar el efecto de la intervención del farmacéutico en un servicio que debía contener, al menos, los siguientes elementos: una entrevista cara a cara con el paciente, con los objetivos de mejorar su salud o resolver PRM, establecer un plan de cuidados y realizar un seguimiento de los efectos del tratamiento. Es decir, se definía lo que en España se denomina seguimiento farmacoterapéutico. En esta revisión, se concluye que existe evidencia de que el seguimiento mejora los resultados intermedios⁵⁸¹ así como el uso de los medicamentos. Esto no implica que mejore la calidad de vida del paciente, probablemente debido a problemas de diseño de los estudios analizados, todos ellos ensayos clínicos aleatorizados (RCT).

Pero el seguimiento farmacoterapéutico no sólo es efectivo, sino también produce resultados económicos interesantes para la administración sanitaria.^{582,583,584}

La Sociedad Americana de Farmacéuticos (APhA) muestra la evidencia científica sobre el valor que puede aportar el farmacéutico⁵⁸⁵:

Impacto de la intervención del farmacéutico sobre el coste de la atención sanitaria y sobre la calidad. (tomado de APhA)
⁵⁸⁶ Este estudio muestra que en los EEUU, los costes asociados a los PRM superan los 177 miles de millones de dólares, cantidad mayor que el gasto en medicamentos en dicho país.
⁵⁸⁷ Los farmacéuticos que trabajaban con pacientes para una empresa de asistencia sanitaria (HMO), ahorraron una media de 20 dólares por receta.
⁵⁸⁸ Los farmacéuticos que ofrecían servicios de Pharmaceutical care(*) en la comunidad, a pacientes con cifras elevadas de colesterol, mejoraron el cumplimiento con la medicación pasando de estar en cifras similares a la media nacional, 40%, a un cumplimiento del 90%.
⁵⁸⁹ Farmacéuticos colaborando con médicos en la atención de pacientes de alto riesgo, consiguieron reducir el número de recetas por paciente ahorrando casi 600 dólares por paciente y año en gasto en medicamentos
⁵⁹⁰ Los farmacéuticos que realizan servicios de gestión de la enfermedad en su comunidad, ahorraron 2.700 dólares por año y paciente, en gastos sanitarios totales.

Impacto de la intervención del farmacéutico sobre el coste de la atención sanitaria y sobre la calidad. (tomado de APhA)
⁵⁹¹ Farmacéuticos realizando servicios de Pharmaceutical Care generaron una rentabilidad de la inversión (ROI) de 17,00 dólares por paciente por cada dólar invertido.
⁵⁹² A medida que van aumentando los farmacéuticos realizando Pharmaceutical Care en los hospitales, los errores de medicación han disminuido hasta más de un 65%.
⁵⁹³ Los farmacéuticos que realizaron Pharmaceutical Care a pacientes en una organización de <i>Managed Care</i> , ahorraron 640 dólares por paciente y año.
⁵⁹⁴ La intervención de los farmacéuticos consiguió ahorrar más de 75.000 dólares en un periodo de tres meses y evitó la aparición de otros problemas médicos mediante la identificación de errores de prescripción.
⁵⁹⁵ Los servicios realizados por farmacéuticos ahorraron más de 32 dólares por receta.
⁵⁹⁶ La provisión de servicios de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos supuso un ahorro de 219.000 dólares por año en la comunidad atendida.
⁵⁹⁷ Los farmacéuticos que realizaban Pharmaceutical Care en una clínica de medicina general ahorraron casi 4 dólares por receta, a la vez que disminuyeron el número de recetas por paciente.
⁵⁹⁸ Los farmacéuticos que realizan Pharmaceutical Care en una clínica ambulatoria de <i>Veterans Affairs</i> [asociación de veteranos del ejército], disminuyeron el número de medicamentos que tomaban los pacientes en una media de 2,4 por receta.
^{599,600,601} Los farmacéuticos que administraron vacunas contra la gripe y la neumonía, consiguieron mejorar las tasas de vacunación en pacientes de alto riesgo en un 74%; se ahorraron miles de dólares en gastos sanitarios asociados con complicaciones resultantes de procesos gripales.
⁶⁰² Los farmacéuticos comunitarios que realizaban Pharmaceutical Care a pacientes asmáticos en una organización HMO, disminuyeron las hospitalizaciones en un 77% y disminuyeron las visitas a urgencias en un 78%.
⁶⁰³ En un mes, seis farmacéuticos que realizaron Pharmaceutical Care disminuyeron, en una cohorte de pacientes, el coste de los medicamentos en un 41%.
⁶⁰⁴ Este estudio muestra que los costos asociados a los PRM superan, en los EEUU, los 77 mil millones de dólares por año. Estos costos podrían reducirse en un 50% si se ofreciera Pharmaceutical Care a todos los pacientes.
⁶⁰⁵ Los pacientes tratados con fluidificantes de la sangre en una clínica de coagulación gestionada por farmacéuticos realizaron menos visitas a urgencias, sufrieron menos hospitalizaciones, y se consiguió un ahorro del total de costes de 1.621 dólares por paciente.
(*) No se ha traducido Pharmaceutical Care debido a la polisemia de este término. En ocasiones es Atención Farmacéutica y en otras, seguimiento farmacoterapéutico.

Como se ve hay mucha bibliografía que apoya la efectividad, eficiencia y, por tanto, la utilidad de la implantación de servicios cognitivos. Para finalizar se citan, a modo de ejemplo, referencias sobre resultados obtenidos por el grupo de Minnesota,⁶⁰⁶ resultados españoles⁶⁰⁷ y los de una revisión sobre la situación de la Atención Farmacéutica en el mundo.⁶⁰⁸ En todos ellos es evidente que la aportación de los servicios cognitivos en general y del seguimiento farmacoterapéutico en particular mejora los resultados negativos asociados a los medicamentos.

Administración sanitaria

En cuanto a la Administración sanitaria, la idea generalizada entre los entrevistados, salvo los representantes de la administración, era que ésta no se implica lo suficiente en apoyar el proceso de cambio de la farmacia y que debería implicarse más. (FT-01, FT-02, FT-03, FT-05, FT-08, FT-10, FT-12, ES-01 C1, ES-06 A2, ES-13 C1, ES-14 E, ES-15 A1)

Aún admitiendo que las declaraciones oficiales son, en general favorables a la Atención Farmacéutica, se opinaba que no es ésta una prioridad real, sino que es más bien una postura política, de cara a la galería.

“Yo creo que la administración sanitaria desde el punto de vista teórico también, apuesta por los modelos en los cambios de la dispensación y de la actividad farmacéutica, pero en la práctica no da un paso adelante para poder hacerlo.” (ES-14 E)

la Administración Sanitaria se encuentra a la expectativa (FT-06, FT-08); cree que los propios farmacéuticos no tienen claro el futuro que esperan por falta de definición de sus objetivos finales. N palabras de un entrevistado: “(la administración nos dice): *cuando lo tengáis muy claro y muy hecho, ya hablaremos*” (FT-08).

Se recordaba que la Administración es el ente financiador y por tanto su objetivo principal es contener el gasto en medicamentos. Para algunos este objetivo legítimo le hace pensar demasiado a corto plazo lo que supone que desde la administración sanitaria se olvide el establecimiento de incentivos positivos para favorecer el cambio o para financiar la implantación de nuevos sistemas.

...”les agobia la inmediatez de la sostenibilidad del sistema”... (ES-13 C1)

Además, son bastantes los que piensan que conseguir una entrega de medicamentos al menor precio posible, se convierte en su objetivo casi único.

Es muy repetida la idea de que a la administración sanitaria no le interesa el desarrollo profesional de las farmacias sino tan sólo conseguir medicamentos más baratos (FT-03, FT-12, ES-01 C1, ES-15 A1). Ello está apoyado en que se mantiene, con la connivencia de los colegios de farmacéuticos, un complejo sistema de facturación de una complejidad enorme y lleno de excepciones. Unos conciertos firmados también con la Corporación en base a los que se producen devoluciones económicas continuas e importantes en el número de recetas basados exclusivamente en errores administrativos y burocráticos que el farmacéutico debe solucionar antes de la facturación y, sin embargo, salvo ciertas medidas legales que no se cumplen, no se establece ningún tipo de incentivo para que se estimule a la farmacia a cambiar. (ES-06 A2)

También, tanto la propia estructura del sistema sanitario en general⁶⁰⁹ como el desconocimiento del sistema sanitario en el que el farmacéutico se desenvuelve⁶¹⁰ han sido identificadas en las entrevistas como barreras (FT-04, ES-07 A2, ES-15 A1).

Nosotros, como algún entrevistado (ES-04 U, ES-05 A2, ES-10 E, FT-04), pensamos que en España, la Dirección General de Farmacia ha fomentado y apoyado muchas iniciativas relacionadas con la Atención Farmacéutica, habiendo estado presente en diferentes foros y reuniones e incluso habiendo sido la coordinadora del documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica.⁶¹¹ La concienciación de la Administración es tan robusta que incluso ya ha tenido una repercusión en la legislación española.^{612,613}

Creemos que la Administración sanitaria, actualmente está haciendo un esfuerzo importante en apoyo de la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. La Dirección General de Farmacia, en colaboración con todas las facultades de farmacia de España, están organizando un curso de introducción a la Atención Farmacéutica dirigido a un número importante de farmacéuticos comunitarios.⁶¹⁴ Existe un apoyo sistemático de defensa del nuevo papel del farmacéutico en la identificación y detección de PRM tanto ante los medios de comunicación, como ante otros colectivos de profesionales de la salud, etc...

También debe ser citado el Plan estratégico de política farmacéutica para el sistema nacional de salud español, que el ministerio de sanidad y consumo publicó el 23 de

noviembre de 2004. Este plan debería suponer una oportunidad para que los farmacéuticos avanzasen en la implantación de la Atención Farmacéutica en España.

Sin embargo, todas estas declaraciones de intenciones, todavía no han sido traspuestas a legislación. Tanto es así que el propio artículo 1 de la ley que regula los servicios que prestan las farmacias,⁶¹⁵ no tiene carácter básico. Quiere esto decir, que la reglamentación de los servicios exigidos a las farmacias comunitarias, queda pendiente de desarrollo por las comunidades autónomas.

Además, pensamos que siendo cierto que para la Administración Sanitaria existen dos objetivos irrenunciables: la mejora de la calidad asistencial y el control del gasto sanitario,⁶¹⁶ también lo es que ambos pueden ser mejorados mediante la implantación de servicios.

Muchos de los entrevistados pedían un mayor apoyo legislativo para favorecer la implantación de servicios cognitivos. No se debe olvidar que la Administración, además de de constituir el organismo financiador de los medicamentos, es también el ente regulador, es decir, tiene la capacidad de legislar. Y esto también se pide desde varios entrevistados; un apoyo legislativo más intenso que favorezca la práctica de los servicios.

Sin embargo hay autores que recuerdan el escaso éxito de las intervenciones reguladoras (legislación).⁶¹⁷ En España, este “poco éxito” queda confirmado con el análisis de nuestro pasado reciente. Existe una legislación estatal, y varias legislaciones autonómicas, que “obligan” al farmacéutico a realizar seguimiento farmacoterapéutico, sin que hasta el momento esta práctica haya sido implantada en la rutina de la farmacia.

También es cierto que, a nivel local, las administraciones se limitan a hacer cumplir las cláusulas puramente administrativas de los conciertos con todo el rigor posible, no permitiendo en muchos casos actuaciones profesionales del farmacéutico, lo que, en cierta medida, crea entre los farmacéuticos un caldo de cultivo contrario hacia la administración sanitaria en general, y una desidia actuacional.

Dado que la administración tiene la capacidad reguladora citada, sería interesante solicitar una implicación todavía más decidida mediante la instauración de incentivos

no sólo “positivos”, de estímulo, sino también “negativos”, penalizadores, para aquellos farmacéuticos que no se impliquen en la implantación de servicios cognitivos.

Colectivo médico

Para la mayoría de los entrevistados, la OMC está completamente en contra de que los farmacéuticos implanten servicios de Atención Farmacéutica (ES-07 A2). Se opina que esto es debido bien al desconocimiento del papel del farmacéutico por falta de comunicación, bien por miedo a perder competencias, por temor a un posible intrusismo en sus competencias profesionales, porque nos ven a los farmacéuticos como “comerciantes ricos”,

“El médico piensa “yo tengo un sueldo” y el señor que está enfrente, en su farmacia, se está poniendo morado... no tiene un sueldo pero gana mucho dinero”...(ES-03 U)

o porque suponen que la evolución del farmacéutico puede originar un conflicto de intereses (FT-03, FT-05, ES-04 U, ES-12 C1, ES-14 E, ES-16 A1).

Sin embargo las experiencias personales de los entrevistados con médicos concretos con los que se relacionan en su trabajo habitual parece demostrar que es más un asunto de corporativismo profesional, o de estrategia política interna de la OMC, que un tema verdaderamente de convicciones reales. De hecho, algún entrevistado añade que este desencuentro es fruto de la ausencia de una cultura de colaboración interprofesional. El médicos “*nunca ha tendido un farmacéutico que le ayude y entonces no sabe qué puede esperar de él*” (ES-03 U).

Esta escasa relación y la falta de apoyo y colaboración de otros colectivos de profesionales de la salud, concretamente del colectivo médico, ha sido descrito, en multitud de trabajos, como una barrera importante para la implantación de servicios.

618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626

Concretamente, Howard y col. en un estudio de colaboración entre médicos y farmacéuticos han puesto de manifiesto un cierto temor de intrusismo profesional por parte de los médicos y la consiguiente necesidad de clarificar los roles de cada profesión.⁶²⁷ El tema del intrusismo está también muy presente en España como se discutirá más adelante.

Hughes y McCann, por su parte concluyen que los médicos desconfían de la formación y de las actividades de los farmacéuticos, así como del papel que éstos juegan en el sistema de salud. Junto a estos factores, estos autores creen que el aspecto excesivamente comercial de las farmacias y el conflicto entre negocio y profesión desagradan a los médicos y les produce temor la simple posibilidad de que los farmacéuticos puedan llegar a prescribir.⁶²⁸ Sin embargo ya se ha comentado en la introducción de esta memoria que cada vez será mayor el número de profesionales de la salud que colaboren con el médico en tareas de prescripción.

Sin embargo, y siguiendo con el asunto relacionado con la impresión, por parte de los médicos, de que la farmacia es un establecimiento con un excesivo componente comercial, un médico, Juan Carlos López Corbalán, afirmaba lo siguiente en una noticia de prensa sobre la homeopatía:⁶²⁹

...No da mayor importancia al hecho de que los despachos de farmacia vendan productos cuya efectividad no está probada: “las farmacias son establecimientos sanitarios y comerciales. Hay algunas que venden agua magnetizada, gemas, pulseras magnéticas...”

Además, existe una clara falta de incorporación del farmacéutico en el sistema, es decir, en el equipo sanitario,⁶³⁰ probablemente debido al asilamiento de los farmacéuticos, y a su aspecto exterior sanitario-comercial.

La realidad es que existe un clima entre la profesión médica en contra de la Atención Farmacéutica que es vista y descrita como una amenaza,^{631,632} incluso cuando este concepto, según la definición del documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica incluye toda la actividad orientada al paciente que es desarrollada por el farmacéutico en la farmacia; es decir, incluye la dispensación, la indicación farmacéutica, la formulación magistral, la educación para la salud, el apoyo a programas de uso racional de los medicamentos y la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. Parece extraño que una actividad tan amplia que, si exceptuamos ese último servicio que es el verdaderamente innovador, incluye todo lo que la farmacia ha venido haciendo en los últimos años, pueda ser definida como una actividad que supone un “absurdo control externo”, que produce un “coste financiero insostenible”, que además “vicia la raíz de la asistencia” médica, es “irracional e ineficiente”, “ataca a la libertad y la dignidad de las personas”, “es ilegal” y supone un

“intrusismo” en la práctica del médico.⁶³³ Parece, cuando menos, un análisis un tanto exagerado.

También se afirma por otros autores que “la Atención Farmacéutica no pasa de ser una hipótesis acerca de una mejor forma de organización de la parte del trabajo del farmacéutico que tiene que ver con los medicamentos, sobre la que hay dudas razonables”.⁶³⁴

La OMC ha declarado en varias ocasiones su oposición más rotunda a la implantación de actividades de Atención Farmacéutica a la que considera un “planteamiento absurdo sin fundamento científico, ni social, ni sanitario, que tiene garantizado su fracaso”.⁶³⁵ El colectivo médico manifiesta su más firme rechazo a que el farmacéutico evolucione y asuma nuevas responsabilidades asistenciales acusando a la profesión farmacéutica de intrusismo. Esta misma organización afirma también que “desde el punto de vista asistencial, para establecer con rigor y garantías cualquiera de ellos (PRM) es precisa la intervención de un médico, tanto para observar la situación susceptible de provocar el PRM, para la detección directa del mismo, así como para la observación y valoración del daño detectado”.⁶³⁶ Y es que también según noticias de la prensa profesional, el 73% de los médicos consideran que la farmacia debería limitarse a dispensar.⁶³⁷

Estas críticas hacia la Atención Farmacéutica son la punta del iceberg de una batalla declarada contra la evolución del farmacéutico hacia una actividad más clínica. Sólo así se pueden entender afirmaciones como que la Atención Farmacéutica supone hacer que el enfermo pierda la confianza en su médico, o que supone una agresión a la libertad y a la dignidad.⁶³⁸

Quizás se trate de una estrategia de ciertas estructuras corporativas concretas. Una de las conclusiones del I Congreso de Atención Farmacéutica celebrado en San Sebastián en 1999, es que la colaboración entre los colectivos de profesionales médicos y farmacéuticos pasa por la colaboración de sociedades científicas de ambos colectivos y no por sociedades profesionales.⁶³⁹ En ocasiones, los órganos corporativos defienden intereses muy particulares del grupo profesional, no siempre coincidentes o pensando en el bienestar del enfermo. Por ello se puede afirmar que las barreras corporativas son más difíciles de soslayar que las individuales.⁶⁴⁰

Como afirmaban algunos de los entrevistados, las diferencias con los médicos lo son cuando se analiza el asunto a nivel general, de organización, mientras que cuando el farmacéutico ayuda a resolver problemas, el médico concreto que trabaja con el mismo paciente, lo agradece. En un estudio se comprobó que cuando los farmacéuticos hacían recomendaciones a los médicos sobre modificaciones de la farmacoterapia, éstas eran aceptadas en un 70% de los casos.⁶⁴¹ Otros autores indican que los médicos están de acuerdo con sus decisiones clínicas hasta en un 94% de los casos.⁶⁴² También la alta tasa de respuesta positiva aceptando las propuestas de intervención de los farmacéuticos que participan en el programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico hace pensar que el médico no es una barrera real en la práctica cotidiana.^{643,644,645,646} Sin embargo, a pesar de que cuando se habla con los médicos sobre PRM se obtiene una muy buena respuesta el farmacéutico tiene miedo a comunicarse con ellos y no lo hace.⁶⁴⁷ Es decir, si tenemos en cuenta los resultados comentados, se trataría de una barrera apriorística, de un temor, más que de una barrera real en la práctica.

Y es que parece necesario mejorar la coordinación con el resto de profesionales sanitarios⁶⁴⁸ y, por tanto, la incorporación del farmacéutico en el equipo de salud. Además, la misma definición de Atención Farmacéutica incluye la cooperación con el médico y otros agentes sanitarios.⁶⁴⁹

Esto es especialmente difícil si tenemos en cuenta que los médicos no tienen claro qué esperan de los farmacéuticos, probablemente porque esperan poco de ellos, quizás por temor a falta de preparación o a una dedicación excesivamente comercial.⁶⁵⁰ Ray⁶⁵¹ afirma que los farmacéuticos deben, por tanto, mejorar su relación con los médicos mediante una estrategia basada en cuatro aspectos:

- (1) preocupación común por los pacientes, ayudándoles a que obtengan lo mejor de su medicación;
- (2) colaborando con los médicos, asegurándoles que los farmacéuticos no pretenden reemplazarlos ni establecer una relación propia e independiente con los pacientes;
- (3) mejorando la comunicación evitando interferencias en su efectividad y utilizando las tecnologías de la información;
- (4) competencias: asegurando a los médicos que los farmacéuticos sólo desean practicar en la esfera de sus competencias, que reside en el área de los medicamentos y sus aplicaciones terapéuticas; en este sentido y para evitar

problemas y malos entendidos, debería ser útil que quede claro que el farmacéutico no diagnostica ni realiza ninguna actividad propia del médico.

Para Plaza y Díez, la forma de mejorar la relación y la comunicación con el colectivo médico pasa por mantener un mensaje claro, respetar el papel sanitario primordial asignado al médico y al personal de enfermería, y generar confianza en la competencia profesional del farmacéutico demostrándola con hechos.⁶⁵²

Poco a poco se está avanzando en esta mejora de la relación interprofesional. Un ejemplo es el documento de Valencia sobre exigencia de receta en la dispensación de antibióticos, promovido por la REAP.^{653,654} También la SemFYC ha consensuado otro documento conjunto con la SEFaC sobre el uso correcto de los antibióticos cuya firma, a día de hoy no ha tendido lugar todavía.

También es importante el apoyo que esta sociedad médica ha dado al proyecto de indicación farmacéutica IndDáder⁶⁵⁵ que cuenta también con el apoyo de la SEFaC y que está siendo coordinado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y por la Fundación Abbott.

Otro ejemplo son los acuerdos que se están firmando entre ciertos colegios de médicos y de farmacéuticos.^{656,657}

En este sentido, a lo largo del año 2005, se firmó un acuerdo entre el Colegio de Médicos y el de farmacéuticos de Cantabria⁶⁵⁸, *“con el ánimo de racionalizar las relaciones de ambas instituciones en beneficio de un mejor servicio sanitario para la sociedad en general y para los usuarios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria”*. A día de hoy dicho convenio no se ha desarrollado, pero contiene unos compromisos de futuro que están establecidos en la estipulación tercera:

“Dentro de los temas que se irán tratando, se consideran, de momento, el uso racional del medicamento; la atención farmacéutica; el control de la publicidad; la política de genéricos; los precios de referencia; la formulación magistral; el control de la publicidad; el control deontológico; la información sanitaria al usuario; la formación continuada médico-farmacéutica con relación al medicamento, sus indicaciones, incompatibilidades y efectos secundarios; la intercomunicación entre prescriptor y dispensador del medicamento; elaboración de protocolos médico-farmacéuticos;

intercomunicación y colaboración en los trabajos de sus respectivas Comisiones; inmediata internotificación en casos de desabastecimiento de algún medicamento; invitación a la participación en jornadas de estudio, congresos y otras reuniones organizadas por cada Colegio, y cualquier otro tema que en el futuro aparezca como de interés para ambos Colegios”

Parece un acuerdo excesivamente ambicioso ya que abarca todos los posibles campos en que pueda existir una relación entre ambos profesionales. Llama la atención el hecho de que ni siquiera se cite el seguimiento farmacoterapéutico.

El otro documento encontrado, es el denominado “Documento de Consenso entre el Consejo Médico Vasco y el Consejo de Farmacéuticos del País Vasco sobre el papel del médico y del farmacéutico en la farmacoterapia”.⁶⁵⁹ Se trata de otra iniciativa interesante que puede ayudar a solventar el clima de enfrentamiento que en ocasiones se transmite a nivel de ambas corporaciones. En este documento se aborda la actuación del farmacéutico en los dos grandes escenarios posibles: (a) cuando el paciente acude a la farmacia con una prescripción realizada por un médico y (b) cuando acude “*motu proprio*” para solicitar un producto OTC (que no precisa receta) para el alivio de síntomas banales. En este documento se describen unas pautas de actuación para el farmacéutico en los distintos aspectos que conforman la Atención Farmacéutica: dispensación, indicación, seguimiento de los tratamientos, educación sanitaria, farmacovigilancia y formulación magistral. Sin embargo, pensamos que es preciso señalar que en dicho documento se ha incurrido en ciertas inexactitudes.

Cuando se hace referencia al seguimiento farmacoterapéutico se dice textualmente que “es una actuación basada fundamentalmente en controlar la adherencia al tratamiento, detectar efectos adversos y otros problemas relacionados con el uso de los medicamentos (duplicidades, interacciones, etc.) y remitir al médico en caso necesario”.

Resulta evidente que no es éste el objetivo del seguimiento, ni que, por tanto, se ajusta a la definición del documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica⁶⁶⁰ en el que se afirma que lo que se persigue es la prevención, identificación y resolución de PRM con el objetivo de alcanzar resultados que mejoren la calidad de vida de los pacientes. En el documento firmado por los colegios vascos se insiste fundamentalmente en elementos del proceso: detección de interacciones, mejora del cumplimiento, evitar duplicidades, obviando, el objetivo real del seguimiento que es

mejorar los resultados de la farmacoterapia en el paciente para lo que es preciso evaluarlos.⁶⁶¹

En nuestra opinión es importante conceptualizar bien cada servicio y no incurrir en errores que después pueden originar interpretaciones equivocadas sobre lo que supone el servicio y sus objetivos. Esto es lo que ocurre si al seguimiento se le desprende del objetivo de mejorar los resultados de la farmacoterapia; queda totalmente mutilado y convertido prácticamente en un apéndice de la dispensación. Quizás, con estas actitudes, se deja translucir un cierto miedo a abordar con claridad el propio seguimiento y el papel del farmacéutico en esta actividad.

Esta tendencia a centrar la actividad del farmacéutico exclusivamente en el proceso de uso de los medicamentos vuelve a aparecer en la Declaración de la Asociación Médica Mundial (*World Medical Association*) sobre las relaciones entre médicos y farmacéuticos.⁶⁶² También esta sociedad centra el papel del farmacéutico en la realización de actividades propias del proceso de uso de los medicamentos: adecuado almacenamiento de los medicamentos; ofrecer información al paciente; revisar la prescripción por si existen interacciones, reacciones alérgicas, o contraindicaciones; discusión de problemas relacionados con los medicamentos con el paciente; ofrecer consejo al paciente sobre medicamentos que no requieren prescripción; comunicar las reacciones adversas detectadas. Es probable que todas estas interpretaciones, contradictorias en ocasiones, vengan originadas por la falta de unanimidad en los diferentes criterios seguidos para definir los problemas relacionados con los medicamentos en sus definiciones.⁶⁶³ Por ello es importante aclarar si los PRM se entienden como elementos de proceso o como se defiende por algunos, se trata de resultados en salud asociados a la farmacoterapia.^{664,665} La utilización del concepto de resultados negativos de la medicación es más precisa, y evita esas diferencias de interpretación de conceptos, lo que puede suponer una clarificación en los distintos trabajos de investigación.⁶⁶⁶

Más concreto es el Comunicado conjunto de la asociación médica del Canadá y la Asociación Farmacéutica canadiense⁶⁶⁷ En este documento queda claro que junto a las actividades de distribución de medicamentos: almacén, dispensación etc, el farmacéutico debe asumir otras funciones. Se citan específicamente la evaluación de la historia farmacoterapéutica y la revisión de las prescripciones para tratar de prevenir, identificar y resolver PRM, incluyendo y citando algunas de sus causas: contraindicaciones, interacciones, duplicidades, alergias e incumplimientos. También

se hace referencia a la monitorización de la farmacoterapia para identificar PRM evaluando la no efectividad y la inseguridad de los tratamientos

También la Sociedad americana de medicina interna se ha ocupado del papel del farmacéutico en el campo de la salud mediante la publicación de una Declaración Pública sobre este asunto (*Position paper*).⁶⁶⁸ En este documento se asumen ciertos hechos que son de gran interés para el farmacéutico.

Por un lado se afirma que la colaboración médico - farmacéutico en relación con la farmacoterapia maximiza la calidad de vida del paciente, reduce la frecuencia de PRM evitables y mejora los beneficios sociales de los medicamentos. Para ello es necesario que el farmacéutico tenga acceso al paciente y a su historia, además de que adquiera los conocimientos y habilidades necesarias y sea remunerado por esta actividad. También se afirma que la ampliación del papel del farmacéutico no debe realizarse sólo pensando en el posible ahorro que este profesional puede conseguir, sino en los beneficios que se pueden derivar para el paciente.

Por otra parte, esta asociación se manifiesta en contra de que el farmacéutico prescriba de manera independiente, mientras que sí es partidaria de que el farmacéutico prescriba en colaboración con el médico y se implique en la educación y administración de vacunas a los pacientes. Finaliza con la importancia de la colaboración entre ambos profesionales siempre que se mantenga el respeto a la responsabilidad del médico en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

Por todo ello es importante el comentario editorial publicado en una revista médica,⁶⁶⁹ en respuesta a un artículo de Armando y col.,⁶⁷⁰ en que se valora muy positivamente la colaboración interprofesional para atender, entre todos los sanitarios, las necesidades de los pacientes.

Como conclusión parece que el trabajo cotidiano bien hecho y la comunicación con el médico son la mejor manera de ahuyentar miedos sobre posible intrusismo y de alcanzar mayores grados de colaboración tendentes a la participación del farmacéutico comunitario en los equipos de salud.

Pacientes

Evidentemente una de las barreras más importantes es la falta de demanda de los servicios por parte de los destinatarios de los mismos, los pacientes.⁶⁷¹ Parece bastante lógico pensar que si los pacientes demandasen ciertos servicios a la farmacia, ésta los incorporaría a su cartera de servicios para atender esa demanda.

En las entrevistas se manifestaba por parte de algunos entrevistados una incertidumbre ante la respuesta del paciente a los servicios. Se afirmaba que los farmacéuticos no sólo no conocen la respuesta del paciente ante estos servicios sino que, además, piensan que el usuario no está preparado para comprender este tipo de servicios (FT-09, ES-14 E, ES-16 A1).

Se afirmaba que las expectativas del usuario consisten en conseguir el medicamento y en que se les complazca al máximo y se les pongan pocas trabas. Además la farmacia tiene una falta de reacción ante la demanda de un servicio y cuando ésta se produce por el motivo que sea, en general el farmacéutico no hace lo posible por implantarlo (ES-02 C2). Falta el hábito (ES-03 U).

La realidad es que actualmente los pacientes tienen pocas expectativas respecto a la oferta de servicios cognitivos por parte de la farmacia comunitaria, hecho descrito en la bibliografía^{672,673,674,675} y confirmado por varios de los entrevistados (FT-06, FT-07 y FT-12, ES-06 A2). Esto es normal ya que, debido a su escasa implantación, no existe una oferta de los mismos por parte de la farmacia. Ya se ha dicho que lo que los pacientes esperan de la farmacia es la entrega del medicamento y la respuesta a consultas sobre problemas banales relacionados con la salud.⁶⁷⁶ En este sentido se puede afirmar que existe un alto grado de satisfacción con la oferta actual de la farmacia comunitaria.⁶⁷⁷

El paciente, en esa relación “casi comercial”, busca simpatía y cordialidad. Es interesante traer aquí las palabras de un participante en la mesa redonda titulada – ¿Cómo percibe la sociedad el trabajo de la farmacia? – que tuvo lugar durante las “I^{as} Jornadas Profesionales de Oficina de Farmacia del País Vasco. La Farmacia ante los desafíos del siglo XXI”, celebradas en Bilbao en 2002.⁶⁷⁸ En esta mesa, Bacigalupe afirmaba lo siguiente⁶⁷⁹:

“A lo mejor un poco idealizada su figura, uno ve al boticario o la botica con esa sonrisa beatífica permanente, que tanto reconforta. Te sirven lo que pides, y te envuelven el pedido con una finura increíble. Algún día habrá que escribir sobre cómo envuelven sus productos los boticarios”.

Añadía este ponente:

“Quiero creer que, hoy la farmacia es el refugio donde encuentras amigos y confidentes. La farmacia de barrio es como la panadería o el bar, la sucursal del banco o el puesto de periódicos. Ese sitio amable y complaciente donde siempre te esperan con una sonrisa”.

Y es que es eso lo que se espera de la farmacia y del personal que en ella trabaja, sea farmacéutico o auxiliar; una sonrisa, amabilidad, complacencia,... Sin quitar importancia a estos atributos, importantes en cualquier relación interpersonal, no parece que sean los descriptores deseables o fundamentales en una relación de un clínico con un paciente. Aunque la confianza mutua deba ser uno de los requisitos para establecer dicha relación, parece que en prestación de servicios de salud la mejora del estado de salud del paciente debería de ser el objetivo perseguido.

El farmacéutico es un profesional sanitario que colabora en garantizar el acceso a los medicamentos mediante la dispensación y que realiza otras actividades sanitarias⁶⁸⁰. Todo ello es muy importante. Sin embargo, en la actualidad y en este entorno de práctica profesional, en ocasiones los medicamentos producen efectos adversos y el tratamiento falla,⁶⁸¹ es decir, se producen resultados clínicos negativos, por lo que no se alcanzan los objetivos para los que fueron prescritos o indicados.⁶⁸² El farmacéutico es el profesional que podría abordar este problema que actualmente es un problema de salud pública de gran prevalencia, mediante la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico.^{683,684} Sin embargo, se trata de un problema no reconocido ni por las administraciones ni por la sociedad, es decir, por los pacientes.

Es conocido que “la regla número uno de todo negocio es que si no somos capaces de satisfacer las necesidades de nuestros clientes, otros lo harán”.⁶⁸⁵ Sin embargo, “en este negocio” las necesidades reales no son conocidas, o al menos no son asumidas, y por tanto, no se demandan. Para el paciente normal, la Atención Farmacéutica permanece siendo un enigma porque no es identificable como un servicio establecido.^{686,687}

La resistencia o falta de aceptación de los pacientes ante nuevos servicios^{688,689} ha sido descrita como barrera para la implantación de servicios cognitivos. Da la

sensación de que, otra vez, se trata de una excusa más que de un motivo para la no implantación. La experiencia indica que en aquellos casos en que se ofrece seguimiento, la respuesta es buena y el grado de satisfacción es aceptable, produciéndose un efecto de “bola de nieve” en la diseminación de este servicio entre nuevos usuarios.⁶⁹⁰

Sería, por tanto, de gran importancia promocionar los servicios, o dicho de otro modo, hacer marketing de los servicios para informar, persuadir y recordar a la población que la farmacia está ahí ofreciendo nuevos servicios⁶⁹¹ (ES-16 A1).

Consideración final

Comenzaba esta memoria con una cita de Antoine Filissiadis⁶⁹² :

“Pero es que cuando tienes miedo a perder... ¡ya has perdido! Es justamente el miedo a perder lo que te hace perder”

Este entrenador emocional, continúa:

En cambio, “si superas tu miedo a perder... ¡ya has ganado! Eso sí: cumplir tu sueño exige un precio. Y tienes que estar dispuesto a pagarlo”

La pregunta que planea al finalizar esta memoria es si los farmacéuticos comunitarios españoles tienen un “sueño” que alcanzar. Un sueño consistente en conseguir, no sólo garantizar el acceso a los medicamentos y que éstos se utilicen bien, sino ser capaces de ayudar a los pacientes a que sus medicamentos sean necesarios, efectivos y seguros. Junto a ese sueño, planea también otra consideración de índole más corporativista: ¿Se podrá mantener la profesión farmacéutica como está? ¿Por cuánto tiempo?

Y... si ese sueño existe en el colectivo, ¿cuál es el precio que está dispuesto a pagar para conseguirlo? La farmacia es una profesión milenaria, que ha pasado por muchas vicisitudes, que ha cambiado tanto que la actual farmacia no tiene nada que ver con la farmacia existente en el momento de su aparición. Pero puede seguir ayudando a los pacientes. Si no lo hacemos los farmacéuticos, surgirá otro profesional que lo haga, ya que la necesidad social existente será cubierta por alguien.

Más de diez años de intentos en implantar servicios cognitivos, son muchos años para los escasos resultados obtenidos. Sin embargo son muchos los farmacéuticos que están convencidos de su necesidad. Es preciso recordar que “los fracasos son precursores necesarios del éxito futuro” y que la consideración clave debe ser: “¿qué hay que hacer hoy y para el futuro?”⁶⁹³

Recomendaciones

Es perentorio que la profesión aborde el debate sobre su futuro: o la farmacia se orienta hacia lo que pensamos es su razón de ser, los pacientes que utilizan medicamentos, o la farmacia continua basando su futuro en una actividad comercial, centrada en la venta de productos relacionados con la salud, la higiene y la estética..

Un estudio de esta naturaleza, cualitativo, no permite inferir extrapolaciones a la población general, más allá de las ideas obtenidas durante el proceso de investigación⁶⁹⁴.

Sin embargo, teniendo en cuenta que este estudio es de carácter exploratorio, abre líneas centradas en los resultados para, con ayuda de otras metodologías, conocer la magnitud en que las distintas Barreras y Facilitadores se presentan en la realidad de la Farmacia Comunitaria española. En este sentido se recomienda desarrollar una segunda fase que permita extraer conclusiones que sean extrapolables a todo el ámbito farmacéutico.

Las siguientes recomendaciones se hacen, por tanto, a título orientativo y no son sino el reflejo de nuestra opinión sobre aspectos relevantes que puedan ayudar a conducir al cambio real en la profesión farmacéutica, del que se ha venido discutiendo. Se debe tener en cuenta, además, que la intención de las recomendaciones es fundamentalmente la de mejorar un modelo de farmacia que en la práctica ha demostrado que funciona. Un modelo que es obviamente mejorable y cuyos mayores logros son garantizar el acceso de los ciudadanos a los medicamentos y la colaboración del farmacéutico en campañas de salud y en la oferta de educación sanitaria a la población.

Como se ha discutido a lo largo de esta memoria, esto hoy no es suficiente y el modelo debe reconvertirse.

Así pues, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Sería conveniente adaptar la formación pregrado en la universidad al enfoque hacia el paciente, elaborando un currículo orientado hacia actividades asistenciales y clínicas.
2. Sería conveniente que la formación de postgrado se orientase en el mismo sentido. Además, se debería abordar un cambio en la formación continuada de los farmacéuticos en ejercicio, haciéndola obligatoria, al igual que ocurre en otros países de la Unión Europea.
3. Sería conveniente crear departamentos de Práctica Farmacéutica en las Facultades de Farmacia españolas, y apoyar la investigación en el área de Práctica Farmacéutica y Farmacia Social.
4. Sería conveniente apoyar la existencia de una Especialidad en seguimiento farmacoterapéutico.
5. Sería conveniente impulsar, por parte de todas las instituciones y estructuras profesionales, un cambio de actitud y el subsiguiente cambio en el comportamiento, de los farmacéuticos comunitarios.
6. Para ello, sería conveniente que los estrategas del mundo de la farmacia, y en especial el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, envíen a los farmacéuticos un mensaje único e inequívoco:
 - el futuro de la farmacia comunitaria pasa por la implantación del seguimiento farmacoterapéutico, lo que supone que deben abordarse importantes cambios cualitativos, estructurales, que supondrán cambios en la práctica farmacéutica cotidiana incluyendo aspectos como el acceso a la titularidad de la farmacia o la retribución del farmacéutico-.
7. Sería conveniente que el Consejo Interterritorial adoptase medidas que puedan cohesionar el sistema de planificación de las farmacias, con el objetivo de conseguir farmacias de mayor tamaño que permitan la implantación de nuevos servicios.
 - Así, las exigencias en cuanto a medios humanos y estructura serían mayores y se alcanzaría una mayor provisión de servicios y de más calidad.
 - Otro de los cambios, básicos para la implantación y sostenibilidad del seguimiento, sería la modificación de la estructura física de las farmacias y el establecimiento de ZAP dedicadas a la atención al paciente.
 - Sería conveniente abordar el análisis del sistema de acceso a la titularidad de las farmacias mediante concurso u oposición, transformándolas en una concesión administrativa vinculada a la existencia de un profesional concreto.
 - Sería conveniente proceder al análisis del actual sistema de retribución del farmacéutico y plantear alternativas, que estimularan la implantación de servicios cognitivos.
8. Sería conveniente que la Administración Sanitaria apoyase decididamente la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias, no solo mediante declaraciones institucionales, sino con su implicación real mediante la elaboración de leyes y normas.

9. Sería conveniente mejorar la relación con otros colectivos de profesionales de la salud (médicos, enfermeros,...) mediante trabajos conjuntos y colaboraciones entre las sociedades científicas que los agrupan.
10. Sería conveniente la progresiva instauración de los servicios, para conseguir el cambio en la percepción que los pacientes tienen de las funciones que esperan del farmacéutico.

Conclusiones

CONCLUSIONES

De las conclusiones que a continuación se presentan, se desprende la necesidad de que en la Farmacia Comunitaria se produzca un cambio sustancial en el ejercicio profesional del farmacéutico orientándose hacia una práctica profesional cualitativamente diferente a la actual, tanto para mejorar los resultados de la farmacoterapia y por tanto el bienestar de los pacientes, como para garantizar la supervivencia de la profesión.

En esta memoria se han identificado para la Farmacia Comunitaria española las Barreras que dificultan el cambio profesional hacia el paciente, y los Facilitadores que puede ayudar a superarlas. En función de los mismos, las conclusiones a las que se llega son las siguientes:

1.1 Se debe producir un cambio de actitud en el farmacéutico que incluye la necesidad de un cambio en su práctica profesional y en su filosofía subyacente.

Los líderes profesionales deben enviar a la farmacia mensajes claros, unívocos e inequívocos, que consigan dirigir el cambio hacia la implantación de servicios cognitivos y sobre todo hacia el seguimiento farmacoterapéutico.

Los líderes profesionales, y fundamentalmente el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, deben asumir el liderazgo y la responsabilidad de la diseminación de estos servicios, para su posterior implantación y sostenibilidad.

Para muchos, debe comenzarse a realizar un análisis profundo del actual sistema retributivo de la farmacia comunitaria teniendo en cuenta que los nuevos servicios que se vayan implantando deben ser remunerados y que, probablemente, el margen comercial deba perder importancia en la cifra de negocio total de la farmacia. No existe acuerdo unánime en este punto.

Es preciso modificar la estructura física y funcional de la farmacia. Se debe trabajar por tareas, con el paciente como objetivo, y se deben diferenciar claramente las zonas dedicadas al producto, de las zonas en las que se realiza la atención al paciente, mediante la creación de zonas de atención personalizadas (ZAP).

Es preciso que la Universidad se acerque a la profesión y modifique sus planes de estudio en el pregrado, creando un currículo que potencie la orientación al paciente, con una formación más clínica y asistencial. También debe adaptar la formación del post grado en el mismo sentido.

Para muchos existe suficiente soporte científico para apoyar la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria, y más concretamente, de la eficacia y eficiencia de la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. No existe acuerdo unánime en este punto. Aún así, es preciso que se siga investigando en estos servicios: en su método, práctica y resultados, para lo que resulta necesaria la implicación efectiva de la universidad española y de las sociedades científicas. Para alcanzar este objetivo, muchos opinan que es imprescindible la creación de departamentos de práctica farmacéutica.

Independientemente de las declaraciones oficiales de apoyo por parte de la administración sanitaria, es necesario que ésta se implique más en la diseminación e implantación de servicios cognitivos, mediante la instauración de incentivos positivos y negativos. No existe acuerdo unánime en este punto.

También se ve necesario que se descargue a la farmacia de la cantidad de tareas administrativas, en muchas ocasiones superfluas, a las que se ve sometida, para liberar tiempo que podría destinarse a la realización de actividades cognitivas.

El colectivo farmacéutico, tanto a nivel individual como a nivel de sociedades científicas, debe ampliar sus canales de comunicación con los médicos y demás agentes sanitarios, para darles a conocer la filosofía, la práctica y resultados en los pacientes, de los servicios cognitivos en general y del seguimiento farmacoterapéutico, en particular.

Se debe organizar un plan de comunicación a gran escala, a nivel de la profesión, para difundir ante la sociedad: (a) los beneficios que producen estos servicios, (b) el derecho del paciente a demandarlos y recibirlos, y (c) el derecho de elección de farmacia por el paciente en función de los servicios que se presten en ella. No existe acuerdo unánime en este punto.

1.2 De las opiniones de los estrategas participantes en su Grupo Nominal, se concluye que el facilitador más importante para implantar servicios cognitivos es la necesidad de adquirir la formación adecuada y un cambio en la orientación de la formación que se ofrece al farmacéutico, tanto en pregrado como en post grado, que debe ser más clínica y asistencial. Además se trata de un objetivo muy factible. No valoran como importante el cambio del sistema retributivo.

De las opiniones de los farmacéuticos comunitarios en su Grupo Nominal, se concluye que el facilitador más importante es la modificación del sistema retributivo de la farmacia. Sin embargo esta modificación la ven como el facilitador menos factibles entre todos los identificados.

A la luz de los resultados obtenidos y a modo de corolario, se puede afirmar que para diseminar e implantar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria:

- a. El farmacéutico tiene que 'querer' implantarlos (ACTITUD)
- b. El farmacéutico tiene que 'poder' implantarlos (FORMACIÓN, ESTRUCTURA, etc...)
- c. Tiene que resultarle 'interesante' en términos económicos, de satisfacción personal, etc...
- d. Tiene que hacerlo de una manera 'eficiente' y poner los medios necesarios suficientes (ESTRUCTURA, PROCESOS, ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO, etc...)

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Farmacéuticos. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. N.º Especial. Septiembre 1999.
- ² Esteva de Sagrera J. Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Ed. Masso. 2005 Barcelona
- ³ Hepler C D., Evolution des services pharmaceutiques, página 93. En Actas del Consejo de Europa: Le pharmacien face au défi des nouvelles orientations de la société. Strasbourg, 18-20 Octubre 1995.
- ⁴ Esteva de Sagrera J. Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Ed. Masso. 2005 Barcelona
- ⁵ Esteva de Sagrera J. Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Ed. Masso. 2005 Barcelona
- ⁶ Esteva de Sagrera J. Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Ed. Masso. 2005 Barcelona
- ⁷ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 - 1764
- ⁸ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 - 1764
- ⁹ Hepler CD. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy* 2004; 24(11): 1491-1498
- ¹⁰ Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Ed* 1980; 44: 276-278
- ¹¹ Hepler CD. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy* 2004; 24(11): 1491-1498
- ¹² Hepler, C.D. Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543
- ¹³ Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice. New York: McGraw-Hill, 1998:1
- ¹⁴ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:2458-2462
- ¹⁵ Gascón P. Un viraje decisivo. *Farmacia Profesional* 1997; 11(3): 109
- ¹⁶ Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. (editorial) *Pharm care Esp* 1999; 1:229-230
- ¹⁷ Gastelurrutia M. A., Soto E. *Pharmaceutical Care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?*. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 323 – 328
- ¹⁸ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- ¹⁹ Hepler, C.D. Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543

- ²⁰ Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. (editorial) *Pharm care Esp* 1999; 1:229-230
- ²¹ van Mil JWF. *Pharmaceutical care, the future of pharmacy. Theory, research and practice.* (Tesis doctoral). 1999.
- ²² van Mil JWF, Schulz M, Tromp ThFJ (Dick). *Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review.* *Pharm World Sci*; 2004; 26: 303-311
- ²³ Roughead L, Semple S, Vitry A. *The Value of Pharmacist Professional Services in the community setting. A systematic review of the literature 1990-2002.* Adelaide: University South of Australia; 2002
- ²⁴ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 – 1764
- ²⁵ Zellmer WA. *The conscience of a pharmacist.* Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ²⁶ Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions.* Third ed. The University of Chicago Press. 1996. USA
- ²⁷ Deselle S. *Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards.* *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ²⁸ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. *Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries.* *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ²⁹ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 – 1764
- ³⁰ American Society of Health-System Pharmacists. *ASHP statement on the pharmacist's role in primary care.* *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:1665-1667
- ³¹ Shane RR. *Prerequisites for pharmaceutical care.* *Am J Hosp Pharm.* 1992; 49: 2790-2791
- ³² Zellmer WA. *Role of pharmacy organizations in transforming the profession: the case of pharmaceutical care.* *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58:2041-2049
- ³³ Zellmer WA. *Role of pharmacy organizations in transforming the profession: the case of pharmaceutical care.* *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58:2041-2049
- ³⁴ Odedina FT, Segal R. *Behavioral Pharmaceutical care scale for measurement of pharmacists' activities.* *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53:855-865
- ³⁵ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. *Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care.* *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ³⁶ Donabedian A. *The quality of medical care.* *Science*; 1978; 200: 856-864
- ³⁷ Farris KB, Kirking DM. *Assessing the quality of pharmaceutical care. II. Application of concepts of quality assessment from medical care.* *Ann Pharmacother* 1993; 27: 215-223
- ³⁸ Donabedian A. *The quality of medical care.* *Science*; 1978; 200: 856-864
- ³⁹ Cipolle, R.J. Strand, L.M. Morley, P.C. *Pharmaceutical Care Practice.* Capítulo 8, páginas 265-276 McGraw-Hill Companies. 1998
- ⁴⁰ Lavado ME, Herrera J. *Oficina de farmacia y farmacia comunitaria. Por definición.* *Farmacia Profesional.* 1998; Enero: 50-53

-
- ⁴¹ Gastelurrutia MA. SEFaC y el impulso de un cambio necesario. *Boletín de la SEFaC* 2004; 4: 4-8
- ⁴² Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. *Pharm Care Esp* 1999; 1:323-328
- ⁴³ van Mil JWF, McElnay JC, de Jong-van den Berg LTW, Tromp ThFJ. The challenges of defining Pharmaceutical care on an international level. *Int J Pharm Practice* 1999; 7:202-208
- ⁴⁴ van Mil JWF. Pharmaceutical care, the future of pharmacy. Theory, research and practice.(Tesis doctoral). 1999.
- ⁴⁵ van Mil JWF, Schulz M, Tromp ThFJ (Dick). Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci*; 2004; 26: 303-311
- ⁴⁶ Roughead L, Semple S, Vitry A. The Value of Pharmacist Professional Services in the community setting. A systematic review of the literature 1990-2002. Adelaide: University South of Australia; 2002
- ⁴⁷ Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ⁴⁸ Cipolle, R.J. Strand, L.M. Morley, P.C. *Pharmaceutical Care Practice*. McGraw-Hill Companies. New York. 1998
- ⁴⁹ Spruill WJ, Wade WE, Taylor AT, Burke SI, Longue L. A survey of pharmacists opinions on both the value of and reasons for providing various pharmaceutical care services. *J Soc Adm Pharm* 2003;20: 213-218
- ⁵⁰ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ⁵¹ The Academy of Managed Care Pharmacy's. Concepts in Managed Care Pharmacy. Pharmacists' Cognitive Services. http://www.amcp.org/data/nav_content/Pharmacists%20Cognitive%20Services.pdf (accedido 21- dic. - 2004)
- ⁵² Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer's expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ⁵³ Williams DM, Newsom JF, Brock TP. An evaluation of smoking cessation-related activities by pharmacists. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2000; 40(3): 366-370
- ⁵⁴ Baluch WM. Pharmacists' role in a smoking-cessation program at a health maintenance organization. *Am J Health Syst Pharm*. 1995; 52(3): 287-293
- ⁵⁵ Willey ML, Chagan L, Sisca TS, Chapple KJ, Callahan K, Crain JL, et al. A pharmacist-managed anticoagulation clinic: Six-year assessment of patient outcomes. *Am J Health-Syst Pharm*. 2003; 60:1033-1037
- ⁵⁶ Cannistra J. Albertsons pharmacists have administered over 100.000 vaccinations. *Pharmacy Today (supplement)* 2003; September: 6
- ⁵⁷ Welch AC, Ferreri SP, Blalock SJ, Caiola SM. North Carolina family practice physicians' perceptions of pharmacists as vaccinators. *J Am Pharm Assoc*. 2005; 45:486-491
- ⁵⁸ Anónimo. Giving public health a shot in the arm. *Pharmacy Today*. 2005. September: 25
- ⁵⁹ Bellingham C. Enhanced services: what is on offer. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 275: 341-342

-
- ⁶⁰ NHS. A guide to support for pharmacists, PCTs and SHAs as they enter the new Community Pharmacy Contractual Framework. http://www.natpact.nhs.uk/uploads/2004_Nov/pharmacy%20prospectus%20FINAL.pdf (Accedido 10-Nov.-2005)
- ⁶¹ Bellingham C. Enhanced services: what is on offer. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 275: 341-342
- ⁶² Bellingham C. Enhanced services: what is on offer. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 275: 341-342
- ⁶³ Anonymous. Pharmacy Education and Clinical Pharmacy. *ESCP News*. 2005
- ⁶⁴ Barbero A. La prescripción por parte del farmacéutico. Derecho a decidir. *Farmacia Profesional*. 2001; Diciembre: 72-76
- ⁶⁵ Perea M. Formación y acreditación, requisitos para que prescriban otros profesionales. *Correo Farmacéutico*. 2005; 11 al 17 de julio:4
- ⁶⁶ Carter S. Pharmacy and the new GMS contract. *The Pharmaceutical Journal* 2004; 272: 247
- ⁶⁷ Bellingham C. Enhanced services: what is on offer. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 275: 341-342
- ⁶⁸ Peterson LA. (editorial) Pharmacy-based laboratory testing on the rise. *Labmedicine*. 2004; 35 (11): 648-649
- ⁶⁹ Talley,CR. Pharmacist prescribing. *Am J Health-Syst Pharm* (editorial) 1995; 52:1635
- ⁷⁰ Anónimo. Pharmac-e The Royal Society of Great Britain's e-news bulletin. Spring 2005. <http://www.rpsgb.org.uk/wales/pdfs/pharmac-efeb05.pdf> (accedido 05-nov.-2005)
- ⁷¹ Grassin J. (Editorial) A new role for pharmacists. *ESCP News*. 2004; 120: 1
- ⁷² Barbero A. La prescripción por parte del farmacéutico. Derecho a decidir. *Farmacia Profesional*. 2001; 15(11): 72-76
- ⁷³ Machuca M, Baena MI, Faus MJ. IndDáder. Guía de Indicación Farmacéutica. Granada: Dispublic; 2005.
- ⁷⁴ Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- ⁷⁵ Sherwood GD, Brown M, Fay V, Wardell D. Defining Nurse practitioner scope of practice: Expanding primary care services. *The internet journal of advanced nursing practice*. 1997; 1(2) <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijanp/vol1n2/scope.xml> (accedido 4-nov-2005)
- ⁷⁶ Perea M. Formación y acreditación, requisitos para que prescriban otros profesionales. *Correo Farmacéutico*. 2005; 11 al 17 de julio:4
- ⁷⁷ Keely JI. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Pharmacist scope of practice. *Ann Intern Med* 2002; 136:79-85
- ⁷⁸ Perea M. Prescripción: Puerta abierta. *Correo Farmacéutico*. 2005; 7 al 13 de noviembre: 4
- ⁷⁹ Talley,CR. Pharmacist prescribing. *Am J Health-Syst Pharm* (editorial) 1995; 52:1635
- ⁸⁰ Anónimo. Supplementary and independent prescribing. Pharm-e. The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain's e-news bulletin. Spring. 2005. <http://www.rpsgb.org.uk/wales/pdfs/pharmac-efeb05.pdf> (Accedido 5- Nov.- 2005)

-
- ⁸¹ Asadi-Lari M, Pacham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1-5 <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
- ⁸² Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316: 1310-1313
- ⁸³ Diccionario de la Real Academia Española. <http://www.rae.es/> (accedido 19-jul.-2004)
- ⁸⁴ Asadi-Lari M, Pacham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1-5 <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
- ⁸⁵ Bradshaw J. A taxonomy of social need. En *Problems and progress in medical care. Essays on current research. Seventh series.* Ed. by Gordon McLachlan. Published for the Nuffield Provincial Hospital Trust by the Oxford University Press. London, 1972
- ⁸⁶ Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316: 1310-1313
- ⁸⁷ Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316: 1310-1313
- ⁸⁸ Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316: 1310-1313
- ⁸⁹ Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316: 1310-1313
- ⁹⁰ Stevens A, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998; 316: 1448-1452
- ⁹¹ Asadi-Lari M, Pacham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1-5 <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
- ⁹² Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer's expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ⁹³ Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Sigma Dos, APROAFA. Madrid: Septiembre; 2001
- ⁹⁴ Anónimo. Imagen Social y aspectos de actualidad sobre los farmacéuticos de Farmacia de la provincia de Alicante. Alicante: COF de Alicante; 2002
- ⁹⁵ Nunes B, Baptista I, Contreiras T, Falcao JM. Estudio nacional de Satisfação dos Utentes com as Farmaciás. Ed. Centro de Estudos de farmacoepidemiologia da Associação Nacional das Farmacias (CEFAR-ANF) 2001
- ⁹⁶ Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Sigma Dos, APROAFA. Madrid: Septiembre; 2001
- ⁹⁷ Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Sigma Dos, APROAFA. Madrid: Septiembre; 2001
- ⁹⁸ Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA, Mott DA. Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002; 42: 399-406
- ⁹⁹ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro Blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid: CGCOF; 1997
- ¹⁰⁰ Marquez R. Análisis de la distribución del tiempo de 16 farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 136 –142 Poster III Congreso de Atención Farmacéutica. Granada

-
- ¹⁰¹ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción Médica; 2003.
- ¹⁰² Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- ¹⁰³ Holland RW, and Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health- Syst Pharm* 1999; 56: 1758 – 1764
- ¹⁰⁴ Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer's expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ¹⁰⁵ Kucucarslan S, Schommer JC. Patient's expectations and their satisfaction with pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42:495-496
- ¹⁰⁶ Johnson KA, Farris KB, Managing patient outcome data. In: Hagel HP, Rovers JP, eds. *Managing the patient centered pharmacy*. Washington,DC: APHA; 2002.
- ¹⁰⁷ Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
- ¹⁰⁸ Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis Doctoral], Universidad de Granada, 2003.
- ¹⁰⁹ Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- ¹¹⁰ Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 195-205.
- ¹¹¹ Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3987-4001
- ¹¹² Roughead L, Semple S, Vitry A. The Value of Pharmacist Professional Services in the community setting. A systematic review of the literature 1990-2002. Adelaide: University South of Australia; 2002
- ¹¹³ Farris KB, Schopfloecher DP. Between the intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. *Soc Sci Med* 1999; 49: 55-56
- ¹¹⁴ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
- ¹¹⁵ Anónimo. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio. Japón, 1993. *Ars Pharm* 1995; 36:285-292
- ¹¹⁶ Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-222
- ¹¹⁷ Cavaco AM, Dias JPS, Bates IA. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci* 2005; 27: 54-60
- ¹¹⁸ van Mil JWF, Schulz M, Tromp ThFJ (Dick). Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci*; 2004; 26: 303-311

-
- ¹¹⁹ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ¹²⁰ Posey LM. Proving that pharmaceutical care makes a difference in community pharmacy. *Viewpoint. J Am Pharm Assoc* 2003; 43:136-139
- ¹²¹ Tice B. Pharmaceutical care: a necessary “disruptive innovation” in health care. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42: 381-382
- ¹²² Cavaco AM, Dias JPS, Bates IA. Consumers’ perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci* 2005; 27: 54-60
- ¹²³ Deselle S. Pharmacists’ perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ¹²⁴ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ¹²⁵ Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ¹²⁶ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ¹²⁷ Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ¹²⁸ Benrimoj SI, How to disseminate a professional service that is being paid. En: *Proceedings of the Community Pharmacy Section. 63rd International Congress of FIP. Sydney, Australia. September 2003*
- ¹²⁹ Anónimo. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio. Japón, 1993. *Ars Pharm* 1995; 36:285-292
- ¹³⁰ Kielgast PJ. Pharmaceutical Care. *Leading articles. Int J Pharm Practice* 1993; 1(November):
- ¹³¹ Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-222
- ¹³² Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. *Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia*. Madrid. 2002
- ¹³³ Bonal J. ¿Por qué se ha creado una fundación de Pharmaceutical Care? (Editorial) *Pharm Care Esp* 1999; 1: 1 - 2
- ¹³⁴ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ¹³⁵ Penna RP. Pharmaceutical care: Pharmacy’s mission for the 1990s. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47:533-543
- ¹³⁶ Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Providing pharmaceutical care in community practice: Differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1995; 12:170-180
- ¹³⁷ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract*. 2001; 9: 163-168
- ¹³⁸ Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). *Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney*. May. 2003

- ¹³⁹ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ¹⁴⁰ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ¹⁴¹ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ¹⁴² Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ¹⁴³ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ¹⁴⁴ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ¹⁴⁵ Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 160-165
- ¹⁴⁶ Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005; 3(3): 144-149
- ¹⁴⁷ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ¹⁴⁸ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ¹⁴⁹ Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 160-165
- ¹⁵⁰ Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005; 3(3): 144-149
- ¹⁵¹ Zardain E. Determinantes psicosociales del ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos asturianos. En: Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (Supl 1): 18-20
- ¹⁵² Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El proceso de incorporación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Badajoz. Póster P012. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(supl 1): 24-48
- ¹⁵³ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3: 10-16
- ¹⁵⁴ Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005; 3(3): 144-149
- ¹⁵⁵ Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290

-
- ¹⁵⁶ Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney. May. 2003
- ¹⁵⁷ Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney. May. 2003
- ¹⁵⁸ Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney. May. 2003
- ¹⁵⁹ Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004. <http://www.guild.org.au/public/researchdoca/2003-007finalreport.pdf>
- ¹⁶⁰ Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barrriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 65-77.
- ¹⁶¹ Vázquez I. El fármaco y el paciente: un salto cualitativo. En: Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (Supl 1): 18-20
- ¹⁶² Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 160-165
- ¹⁶³ Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3(3): 144-149
- ¹⁶⁴ Hopp t, Roberts A. Implementation of a Pharmaceutical Service: A comprehensive review of facilitators. In: Proceedings of the Community Pharmacy Section. New Orleans 2004. How to implement a professional service that is being paid. Pag. 8-24. FIP. 2004
- ¹⁶⁵ Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother* 2005; 39(12):2105-2109
- ¹⁶⁶ Markez I, Iraurgi I, Poo M, Ordieres E, del Arco J, Presser E, et al. Los programas de mantenimiento de Metadona en la comunidad autónoma del país vasco. Bilbao: Consejo de colegios farmacéuticos de Euskadi; 2000.
- ¹⁶⁷ Hopp t, Roberts A. Implementation of a Pharmaceutical Service: A comprehensive review of facilitators. In: Proceedings of the Community Pharmacy Section. New Orleans 2004. How to implement a professional service that is being paid. Pag. 8-24. FIP. 2004
- ¹⁶⁸ Hopp T, Sorensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of Cognitive Pharmaceutical Services (CPS) in professionally active pharmacies. *Int J Pharm Prac*, submitted March 2004
- ¹⁶⁹ Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother* 2005; 39(12):2105-2109
- ¹⁷⁰ Hopp t, Roberts A. Implementation of a Pharmaceutical Service: A comprehensive review of facilitators. In: Proceedings of the Community Pharmacy Section. New Orleans 2004. How to implement a professional service that is being paid. Pag. 8-24. FIP. 2004

-
- ¹⁷¹ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ¹⁷² Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ¹⁷³ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ¹⁷⁴ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ¹⁷⁵ Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa. *Index de enfermería (Gran)* 2002; 36-37: 24-28
- ¹⁷⁶ Gil-García, E. Pinzón Pulido, SA. Conti-Cuesta, F. Utilización del programa NUDIST para el análisis de datos cualitativos. *Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada* 2000
- ¹⁷⁷ Faus MJ. Grupo de investigación en atención farmacéutica de la universidad de granada. *El farmacéutico*. 2003;292: 59-66
- ¹⁷⁸ Miller WL, Crabtree BF. *Clinical Research. A multimethod typology and qualitative roadmap*. In: *Doing Qualitative research*. Crabtree BF, Miller WL editors. Sage Publications London (UK) . 1999
- ¹⁷⁹ Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC-Formación médica continuada en atención primaria*. 1995; 2(1): 23-28
- ¹⁸⁰ Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:409-422
- ¹⁸¹ Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC-Formación médica continuada en atención primaria*. 1995; 2(1): 23-28
- ¹⁸² Rousseau N, Saillant F. *Métodos de investigación cualitativa*. En: Fortín MF. *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. McGraw-Hill Interamericana. Healthcare Group. Mexico. 1996
- ¹⁸³ Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:409-422
- ¹⁸⁴ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227-234
- ¹⁸⁵ Pla M, El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300
- ¹⁸⁶ Pla M, El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300
- ¹⁸⁷ Pla M, El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300
- ¹⁸⁸ Rousseau N, Saillant F. *Métodos de investigación cualitativa*. En: Fortín MF. *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. McGraw-Hill Interamericana. Healthcare Group. Mexico. 1996

- ¹⁸⁹ Pla M, El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1999; 24: 295-300
- ¹⁹⁰ Millán Carrasco A, Fernández Ruiz I. Documentación técnica área de consultoría. Técnica de Grupo Nominal Importancia x Factibilidad. Área de Consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, abril 2004
- ¹⁹¹ Pérez Romero C, Millán Carrasco M. Situación de la atención de salud mental en Andalucía. Proyecto del área de Consultoría Lilly-EASP. 2003
- ¹⁹² Millán Carrasco A, Fernández Ruiz I. Documentación técnica área de consultoría. Técnica de Grupo Nominal Importancia x Factibilidad. Área de Consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, abril 2004
- ¹⁹³ Holland RW, and Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health- Syst Pharm* 1999; 56: 1758 – 1764
- ¹⁹⁴ Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. *Ars Pharmaceutica* 1995; 36(2): 285-292.
- ¹⁹⁵ OMS. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Declaración de Tokio. *Pharm Care esp* 1999; 1:207-211
- ¹⁹⁶ Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-222
- ¹⁹⁷ Hepler C.D. Pharmacy as a clinical profession. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42(6):1298-1306
- ¹⁹⁸ Hepler, C.D. Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543
- ¹⁹⁹ White R. Unlocking Innovation in Community Pharmacy. (Tesis doctoral). Southern Cross University (Australia) 2003
- ²⁰⁰ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacist's role in primary care. *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:1665-1667
- ²⁰¹ Hepler, C.D. Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543
- ²⁰² Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'indispensable': Developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45: 376-389
- ²⁰³ Odedina FT, Segal R. Behavioral Pharmaceutical care scale for measurement of pharmacists' activities. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53:855-865
- ²⁰⁴ Shane RS. Prerequisites for pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1992; 49:2790-2791
- ²⁰⁵ Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill, 1998
- ²⁰⁶ Zellmer WA. *The conscience of a pharmacist*. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ²⁰⁷ Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Third ed. The University of Chicago Press. 1996. USA
- ²⁰⁸ Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534

-
- ²⁰⁹ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ²¹⁰ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 – 1764
- ²¹¹ Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Ed* 1980; 44:276-278
- ²¹² Hepler, C.D. Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543
- ²¹³ Hepler CD. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy* 2004; 24(11): 1491-1498
- ²¹⁴ Cavaco AM, Dias JPS, Bates IA. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci* 2005; 27: 54-60
- ²¹⁵ Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer's expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ²¹⁶ Cavaco AM, Dias JPS, Bates IA. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci* 2005; 27: 54-60
- ²¹⁷ Hepler CD. Pharmacy as a clinical profession. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42(6):1298-1306
- ²¹⁸ Zellmer WA. The conscience of a pharmacist. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ²¹⁹ Zellmer WA. The conscience of a pharmacist. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ²²⁰ Zellmer WA. The conscience of a pharmacist. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ²²¹ Anónimo. El seguimiento farmacoterapéutico continua lejos de las farmacias. *El Global* 2004; 25 al 31 de Octubre: 18
- ²²² Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ²²³ Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'indispensable': Developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc.* 2005;45:376-389
- ²²⁴ Amariles P, Faus MJ. Seguimiento farmacoterapéutico y PRM. PRM: resultados negativos de la medicación. *Correo farmacéutico*; Semana del 14 al 20 de noviembre: 2005.
- ²²⁵ Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. (Editorial) *Pharma Care Esp* 1999; 1:229-230
- ²²⁶ Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. *Pharm Care Esp* 1999;1:323-328
- ²²⁷ Aguiló MC, ¿La Farmàcia Comunitària, té futur? Discurso de ingreso en la Real Academia de Farmacia de Catalunya. Barcelona. 2004
- ²²⁸ APhA. Statement by the American Pharmacists Association to the Institute of Medicine Committee on Identifying and preventing Medication Errors. June 2005.
<http://www.aphanmet.org/AM/Template.cfm?Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3490>
(accedido 16-jul.-2005)

-
- ²²⁹ Pharmacy Profession Stakeholders Consensus Document, July 7, 2004. Medication Therapy Management Services – Definition and Program Criteria. URL: <http://www.accp.com/report/rpt0804/art06.php> (accedido 5- sept.- 2005)
- ²³⁰ Medication Therapy Management Services in Community Pharmacy: Planning for successful implementation. A practical guide for community pharmacists. APhA and NACDS;2005
- ²³¹ Bluml BM. Definition of Medication Therapy Management: Development of professionwide Consensus. *J Am Pharm Assoc.* 2005; 45: 466-572
- ²³² American Pharmacists Association and national Association of Chain Drug Stores Foundation. Medication Therapy management in Community Practice: Core elements of an MTM service (Version 1.0). *J Am Pharm Assoc.* 2005;45:573-579
- ²³³ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/PC* 1999;36-42
- ²³⁴ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ²³⁵ Gastelurrutia MA, Faus MJ, Benrimoj SI, Baena MI, Fajardo P, Fernández-Llimós F. Barriers for disseminating and implementing of cognitive services in Spanish community pharmacies: A qualitative study. PT-195. ESCP Spring Conference. Stockholm, Sweden: May;2005
- ²³⁶ Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Faus MJ, Baena MI, Fajardo P, Fernández-Llimós F. Facilitators for disseminating and implementing cognitive services in Spanish community pharmacies: A qualitative study. PT-196. ESCP Spring Conference. Stockholm, Sweden: May;2005
- ²³⁷ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ²³⁸ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ²³⁹ Gastelurrutia MA, Fajardo P, Baena MI, Gastelurrutia P, García-Delgado P, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Identification and prioritization of facilitators for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. PC-39. 34th European Symposium on Clinical Pharmacy. Amsterdam, The Netherlands: october; 2005
- ²⁴⁰ Millán Carrasco A, Fernández Ruiz I. Documentación técnica área de consultoría. Técnica de Grupo Nominal Importancia x Factibilidad. Área de Consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, abril 2004
- ²⁴¹ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ²⁴² Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm.* 1998; 15:284-295
- ²⁴³ Cordina M, McElnay J, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of pharmaceutical care. *Pharm World Sci.* 1999; 21: 69-73
- ²⁴⁴ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ²⁴⁵ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: Perceptions and experiences among Danish community pharmacies. *J Soc Admin Pharm;* 2001; 19: 55-64

-
- ²⁴⁶ Hopp T, Sorensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of Cognitive Pharmaceutical Services (CPS) in professionally active pharmacies. *Int J Pharm Pract*, submitted March 2004
- ²⁴⁷ Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004. <http://www.guild.org.au/public/researchdoca/2003-007finalreport.pdf>
- ²⁴⁸ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ²⁴⁹ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ²⁵⁰ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ²⁵¹ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ²⁵² van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract*. 2001; 9: 163-168
- ²⁵³ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract*. 2001; 9: 163-168
- ²⁵⁴ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ²⁵⁵ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ²⁵⁶ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract*. 2001; 9: 163-168
- ²⁵⁷ Herrera J. La Atención Farmacéutica como actividad asistencial. *Pharm care Esp* 2000; 2:61-63
- ²⁵⁸ Gastelurrutia MA. Documento de Bolonia. Facultades de Farmacia y Profesión. (Editorial) *Boletín SEFaC*. 2004; 3: 5-6
- ²⁵⁹ Gastelurrutia MA. Informe de la SEFaC sobre la licenciatura en farmacia con relación a la integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de enseñanza superior. *Boletín SEFaC*. 2004; 3: 7-14
- ²⁶⁰ Gastelurrutia MA. Informe de la SEFaC sobre la licenciatura en farmacia con relación a la integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de enseñanza superior. *Boletín SEFaC*. 2004; 3: 7-14
- ²⁶¹ Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother* 2005; 39(12): 2105-2109
- ²⁶² Gastelurrutia MA. ¿Farmacia, Mundo y Ciencia? *Boletín de la SEFaC*, 2003; 4: 4-5
- ²⁶³ van Mil JWF. Pharmacy, World and Science. (Editorial) *Pharm World Sci* 2003; 25(4) : 127
- ²⁶⁴ Gastelurrutia MA. Documento de Bolonia. Facultades de Farmacia y Profesión. (Editorial) *Boletín SEFaC*. 2004; 3: 5-6
- ²⁶⁵ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64

- ²⁶⁶ Norwood GJ, Sleath BL, Caiola SM, Lien T. Costs of implementing Pharmaceutical Care in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38:755-761
- ²⁶⁷ <http://europa.eu.int/comm/education/policies/educ/bologna/bologna.pdf> (accedido 06.sep.2005)
- ²⁶⁸ Gastelurrutia MA. Documento de Bolonia, Facultades de Farmacia y Profesión. *Boletín de la SEFaC*. (editorial). 2002; 3: 3-4
- ²⁶⁹ Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ²⁷⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (B.O.E. nº 128 29 mayo de 2003. nº 20567)
- ²⁷¹ March J. Entrevista a José Ibáñez. La formación debe estar ligada al progreso profesional. *El farmacéutico*. 2005;341: 21-26
- ²⁷² Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004. <http://www.guild.org.au/public/researchdoca/2003-007finalreport.pdf>
- ²⁷³ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ²⁷⁴ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ²⁷⁵ Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ²⁷⁶ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
- ²⁷⁷ Lutz EM. A purpose-driven profession. *J Am Pharm Assoc*. 2005; 45:537-540
- ²⁷⁸ Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional*. 2002; 16(8): 14-16
- ²⁷⁹ Hepler CD. Práctica y formación farmacéutica para el año 2010. *Farm Clin* 1997; 14(2):127-146
- ²⁸⁰ Oriol i Bosch Albert. Hacia la diversidad de la formación pregraduada. 1999. En: *La formación de los profesionales de la salud*. Ed. Fundación BBV. Bilbao.
- ²⁸¹ Real Academia de Farmacia. Código deontológico farmacéutico. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 1991
- ²⁸² Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Circular 50/01. Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica. Madrid, 24 de enero de 2001.
- ²⁸³ FIP. Declaración de la FIP sobre estándares profesionales de códigos éticos para farmacéuticos. http://213.206.88.26/www2/uploads/database_file.php?id=132&table_id= (Accedido 02-nov.-2005)
- ²⁸⁴ Lombardía Costas E. respuesta a un “análisis” crítico sobre la atención farmacéutica. *Semergen* 2002; 28(1):51-60
- ²⁸⁵ Perea M. El resultado de la farmacoterapia es la nueva perspectiva profesional. *Correo Farmacéutico*. Semana del 19 al 25 de septiembre. Página 40. 2005

-
- ²⁸⁶ Dolinsky MA, Lonie JM. Sociological implications of Pharmaceutical care. En: Knowlton C.H. & Penna R.P. *Pharmaceutical Care*. 2nd Edition. Bethesda, MD (USA): American Society of Health-System Pharmacists; 2002
- ²⁸⁷ Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs* 1995; 49(1): 1-10
- ²⁸⁸ Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ²⁸⁹ Dolinsky MA, Lonie JM. Sociological implications of Pharmaceutical care. En: Knowlton C.H. & Penna R.P. *Pharmaceutical Care*. 2nd Edition. Bethesda, MD (USA): American Society of Health-System Pharmacists; 2002
- ²⁹⁰ Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos? Razones profesionales y económicas. *Farmacia Profesional* 1994; 8(10): 53 – 56
- ²⁹¹ Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos? Un debate que continúa. *Farmacia Profesional*. 1995; 46-48
- ²⁹² Lombardía Costas E. respuesta a un “análisis” crítico sobre la atención farmacéutica. *Semergen* 2002; 28(1):51-60
- ²⁹³ Sánchez López de Vinuesa F. Dispensar ¿Vender con bata? *Farmacia Profesional*. 1996; Abril: 6-14
- ²⁹⁴ Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional*. 2002; 16(8): 14-16
- ²⁹⁵ Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (I). *El farmacéutico*. 1996; 181:67-72
- ²⁹⁶ Sánchez López de Vinuesa F. Dispensar ¿Vender con bata? *Farmacia Profesional*. 1996; Abril: 6-14
- ²⁹⁷ Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- ²⁹⁸ Ness JE, Sullivan SD, Stergachis A. Accuracy of technicians and pharmacists in identifying dispensing errors. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51(3): 354-357
- ²⁹⁹ Lipowski EE, Campbell DE, Brushwood DB, Wilson D. Time saving associated with dispensing unit-of-use packages. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2002; 42(4): 577-581
- ³⁰⁰ Shumock G, Walton S, Sarawate C, Crawford SY. Pharmaceutical services in rural hospital in Illinois – 2001. *Am J Health Syst Pharm* 2003; 60(7): 666-674
- ³⁰¹ Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ³⁰² Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
- ³⁰³ Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- ³⁰⁴ Fernández-Llimós F, Faus MJ, Caelles N, Espejo J, Gastelurrutia MA, Ibáñez J, Machuca M, Tuneu L. Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: Diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 179-185.
- ³⁰⁵ Gastelurrutia MA, García Delgado P. Dispensación farmacéutica: Aspectos generales, concepto y objetivos. *Correo Farmacéutico: Semana del 5 al 11 de septiembre*; 2005
- ³⁰⁶ Faus MJ, Martínez F, Fernández-Llimós F. Programa Dáder de implantación del seguimiento del tratamiento farmacológico. Granada: GIAF-UGR; 2000.

- ³⁰⁷ Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico: método Dáder. Granada: GIAF-UGR; 2003.
- ³⁰⁸ Faus MJ. Grupo de investigación en atención farmacéutica de la universidad de granada. El Farmacéutico. 2003;292: 59-66
- ³⁰⁹ Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice. New York: McGraw-Hill, 1998
- ³¹⁰ Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice. The clinician's guide, Second edition. New York: McGraw-Hill, 2004
- ³¹¹ Fernández-Llimós F, Faus MJ. From "drug-related problems" to "negative clinical outcomes". Am J Health-Sys Pharm. 2005;62(15): 2348-2350
- ³¹² Barner JC, Bennett RW. Pharmaceutical Care certificate program: Assessment of pharmacists' implementation into practice. J Am Pharm Assoc 1999; 39:362-367
- ³¹³ Barner JC, Bennett RW. Pharmaceutical Care certificate program: Assessment of pharmacists' implementation into practice. J Am Pharm Assoc 1999; 39:362-367
- ³¹⁴ Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: Pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. J Soc Admin Pharm 1996; 13:74-88
- ³¹⁵ Henry RC, Community partnership model for health professions education. J Am Podiatric Med Assoc 1993; 83:328-331
- ³¹⁶ Aguas Y. Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias. Tesis Doctoral 2005. Página 280. Universidad de Granada.
- ³¹⁷ Aguas Y, Fernández-Llimós F. Evaluación del "efecto cansancio" en el Programa Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico en la provincia de Badajoz. Pharm Care Esp 2003; 5 (Extraordinario): 119
- ³¹⁸ Fernández-Llimós F, Aguas Y, Vigo MJ, Silva-Castro MM, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Tiredness effect on implementing pharmacotherapy follow-up in community pharmacies with the Dader program. 64th Congress of FIP, New Orleans. September 2004
- ³¹⁹ Aguas Y. Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. Tesis Doctoral. 2005. Universidad de Granada.
- ³²⁰ Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004. <http://www.guild.org.au/public/researchdoca/2003-007finalreport.pdf>
- ³²¹ van Mil JWF. Can the grocer provide Pharmaceutical Care? (editorial) PWS 2003; 25:183
- ³²² Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. J Soc Admin Pharm 1997; 14:208-219
- ³²³ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. J Soc Admin Pharm. 1998; 15:284-295
- ³²⁴ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. Int J. Pharm Pract. 2001; 9: 163-168

-
- ³²⁵ Penna RP. Pharmaceutical care: Pharmacy's mission for the 1990's. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 543-549
- ³²⁶ Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: Pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. *J Soc Admin Pharm* 1996; 13:74-88
- ³²⁷ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ³²⁸ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ³²⁹ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ³³⁰ Odedina FT, Hepler CD, Segal R, Miller D. The Pharmacists' implementation of pharmaceutical care (PIPC) model. *Pharmaceutical research* 1997; 14: 135-144
- ³³¹ Odedina FT, Hepler CD, Segal R, Miller D. The Pharmacists' implementation of pharmaceutical care (PIPC) model. *Pharmaceutical research* 1997; 14: 135-144
- ³³² Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ³³³ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ³³⁴ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ³³⁵ Zellmer WA. *The conscience of a pharmacist*. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ³³⁶ Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Third ed. The University of Chicago Press. 1996. USA
- ³³⁷ Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ³³⁸ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ³³⁹ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 – 1764
- ³⁴⁰ Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Third ed. The University of Chicago Press. 1996. USA
- ³⁴¹ Herrera J. La Atención Farmacéutica como actividad asistencial. *Pharm care Esp* 2000; 2:61-63.
- ³⁴² Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ³⁴³ Aguas Y. Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. Tesis doctoral. (**pag. 78.**) Universidad de Granada. 2005
- ³⁴⁴ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16

- ³⁴⁵ Zellmer WA. The conscience of a pharmacist. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- ³⁴⁶ Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Third ed. The University of Chicago Press. 1996. USA
- ³⁴⁷ Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ³⁴⁸ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ³⁴⁹ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 – 1764
- ³⁵⁰ Holland RW, and Nimmo CM. 1999. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*; M 56: 1758 – 1764
- ³⁵¹ Rogers EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ³⁵² Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ³⁵³ Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. Changing for good. New York: HarperCollins; 1994.
- ³⁵⁴ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ³⁵⁵ Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. Changing for good. New York: HarperCollins; 1994.
- ³⁵⁶ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ³⁵⁷ Aguas Y, Fernández-Llimós F. Evaluación del “efecto cansancio” en el Programa Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico en la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extraordinario): 119
- ³⁵⁸ Fernández-Llimós F, Aguas Y, Vigo MJ, Silva-Castro MM, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Tiredness effect on implementing pharmacotherapy follow-up in community pharmacies with the Dader program. 64th Congress of FIP, new Orleans. September 2004
- ³⁵⁹ Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. *JAMA*, 2003; 289: 1969-1975
- ³⁶⁰ Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Implementing change in community pharmacy: facilitating factors. PCNE 4th Working Conference. [Poster] Hilleroed. Denmark 2005
- ³⁶¹ Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004. <http://www.guild.org.au/public/researchdoca/2003-007finalreport.pdf>
- ³⁶² Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. *JAMA*, 2003; 289: 1969-1975
- ³⁶³ Rogers EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ³⁶⁴ Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. *JAMA*, 2003; 289: 1969-1975
- ³⁶⁵ Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. *JAMA*, 2003; 289: 1969-1975

- ³⁶⁶ Rogers EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ³⁶⁷ Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. JAMA, 2003; 289: 1969-1975
- ³⁶⁸ Rogers EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ³⁶⁹ Rogers EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ³⁷⁰ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷¹ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷² Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷³ Franco A, Gracia L, Gómez MA, Malo de Molina M, Escudero P. Motivación de los farmacéuticos para hacer seguimiento farmacoterapéutico. Memoria Fin de Master en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2002
- ³⁷⁴ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷⁵ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷⁶ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷⁷ Henry RC, Community partnership model for health professions education. J Am Podiatric Med Assoc 1993; 83:328-331
- ³⁷⁸ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999; 56:2458-2462
- ³⁷⁹ Bonal J. Toda profesión tiene románticos como los que creamos la AF. Correo Farmacéutico. Semana del 14 al 20 de febrero de 2005
- ³⁸⁰ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. Pharm Care Esp 2000; 2: 193-200
- ³⁸¹ Lladós R. Hay que ofertar incansablemente el seguimiento farmacoterapéutico y por supuesto llevarlo a cabo. El Farmacéutico. 2002; 281: 48-58
- ³⁸² Aguiló MC. Proyecto de implantación progresiva y generalizada de la atención farmacéutica en las farmacias comunitarias. Pharm Care Esp. 2005; 7:95-96
- ³⁸³ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. Pharm Care Esp 2000; 2: 193-200
- ³⁸⁴ Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. JAMA, 2003; 289: 1969-1975
- ³⁸⁵ Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. J Am Pharm Assoc 1997; NS37: 529-534
- ³⁸⁶ Penna RP. Pharmaceutical Care: pharmacy's mission for the 1990's Am J Hosp Pharm 1990;47:543-549

-
- ³⁸⁷ Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ³⁸⁸ Penna RP. Pharmaceutical care: Pharmacy's mission for the 1990's. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 543-549
- ³⁸⁹ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ³⁹⁰ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ³⁹¹ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ³⁹² Berwick DM. Disseminating innovations in Health Care. *JAMA*, 2003; 289: 1969-1975
- ³⁹³ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ³⁹⁴ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ³⁹⁵ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ³⁹⁶ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ³⁹⁷ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part4: Can a leopard change its spots?. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:2458-2462
- ³⁹⁸ Barner JC, Brown CM, Shepherd MD, Chou JY, Yang M. Provision of pharmacy services in community health centers and migrants health centers. *J Am Pharm assoc* 2002; 42:713-722
- ³⁹⁹ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ⁴⁰⁰ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ⁴⁰¹ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁴⁰² Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ⁴⁰³ Penna RP. Pharmaceutical care: Pharmacy's mission for the 1990's. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 543-549
- ⁴⁰⁴ Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. *Changing for good*. New York: HarperCollins; 1994.
- ⁴⁰⁵ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ⁴⁰⁶ Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Odriozola I, Gastelurrutia MA. Evaluación del número de recetas mal cumplimentadas que llega a una farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 125-129.

- ⁴⁰⁷ Rogers EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press;2003
- ⁴⁰⁸ Carlopio J. Implementation: Making workplace innovation. McGraw Hill, 1998. Australia
- ⁴⁰⁹ White R. Unlocking innovation in community pharmacy. [Tesis doctoral] Southern Cross University. Australia.
- ⁴¹⁰ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ⁴¹¹ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ⁴¹² Cordobés A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. *Offarm.* 2002; 21(5): 134-140
- ⁴¹³ Gastelurrutia MA. SEFaC y el impulso de un cambio necesario. *Boletín de la SEFaC.* 2004;4:4-8
- ⁴¹⁴ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3:10-16
- ⁴¹⁵ Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005; 3(3): 144-149
- ⁴¹⁶ Panel de consenso. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999;1: 107 – 112
- ⁴¹⁷ Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-184
- ⁴¹⁸ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁴¹⁹ Gastelurrutia MA. SEFaC y el impulso de un cambio necesario. *Boletín de la SEFaC.* 2004;4:4-8
- ⁴²⁰ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ⁴²¹ Gastelurrutia MA. SEFaC y el impulso de un cambio necesario. *Boletín de la SEFaC.* 2004;4:4-8
- ⁴²² Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Madrid. 2002
- ⁴²³ Aguiló MC. Proyecto de implantación progresiva y generalizada de la atención farmacéutica en las farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp.* 2005; 7:95-96
- ⁴²⁴ Aguiló MC. El desafío de hacernos imprescindibles. *Farmacia Profesional* 1997;11:102
- ⁴²⁵ Gastelurrutia MA. Hacia el segundo centenario. Del boticario al agente de salud. De la botica a la atención farmacéutica. Pág. 208-213. En: Sada J. Centenario del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa. Edita Colegio de Farmacéuticos. San Sebastián. 1999
- ⁴²⁶ Aguiló MC, ¿La Farmàcia Comunitària, té futur? Discurso de ingreso en la Real Academia de Farmacia de Catalunya. Barcelona. 2004
- ⁴²⁷ Mobach MP, van der Werf JJ, Tromp FJ. APOM-project: a first study of pharmacy organization and management. *Pharm World Sci* 1998; 20: 219-224

- ⁴²⁸ Mobach MP, van der Werf JJ, Tromp FJ. APOM-project: managing change to the customer in community pharmacy practice. *Pharm World Sci* 1999; 21: 205-209
- ⁴²⁹ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ⁴³⁰ Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227 – 234
- ⁴³¹ Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ⁴³² Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- ⁴³³ May JR. Barriers to pharmaceutical care in the acute care setting. *Am J Hosp. Pharm.* 1993; 50: 1608 - 1611
- ⁴³⁴ Swift BG. Barriers to pharmaceutical care in the home care setting. *Am J Hosp. Pharm.* 1993; 50: 1611-1614
- ⁴³⁵ Loule N, Robertson N. Barriers to pharmaceutical care in the managed care setting. *Am J Hosp. Pharm.* 1993; 50: 1614-1617
- ⁴³⁶ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ⁴³⁷ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm.* 1998; 15:284-295
- ⁴³⁸ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁴³⁹ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM A self-reported work sampling study in community pharmacy practice. *Pharm World Sci* 1999; 21:210-216
- ⁴⁴⁰ Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother* 2005; 39(12):2105-2109
- ⁴⁴¹ Markez I, Iraurgi I, Poo M, Ordieres E, del Arco J, Presser E, et al. Los programas de mantenimiento de Metadona en la comunidad autónoma del país vasco. Bilbao: Consejo de colegios farmacéuticos de Euskadi; 2000.
- ⁴⁴² García Cebrián F, Salar L. Programa TOD de la Comunidad Valenciana. *Boletín de la SEFaC.* 2002; 4: 4-5
- ⁴⁴³ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁴⁴⁴ Fernández-Llimós F. El valor añadido: otra vía hacia la atención farmacéutica. *Farmacia Profesional* 1997; 11(10): 12-16
- ⁴⁴⁵ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁴⁴⁶ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200

- ⁴⁴⁷ Benrimoj SJ (Charlie). Dissemination, an important element in the implementation of a Pharmaceutical Service. In: Continuing professional development. How to disseminate a professional service that is being paid. Proceedings of the Community Pharmacy Section. 63th International Congress of FIP. Sydney. September 2003
- ⁴⁴⁸ Benrimoj SI, Langford JH, Berry G, Collins D, Lauchlan R, Stewart K, Arístides M, Dobson M. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. *Pharmacoeconomics* 2000;18(5): 459-468
- ⁴⁴⁹ Chen T, Crampton M, Krass I, Benrimoj SI. Collaboration between community pharmacists and GPs in innovative clinical pharmacy services- a conceptual model. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 1999| 16|134-144
- ⁴⁵⁰ Chen T, Bennett A, Smith C, Johnsen S, Hurst R. A comparative study of two collaborative models for the provision of domiciliary medication review. Available at http://www.guild.org.au/public/dmmrfiles/report_stgeorge.pdf (accedido 03-oct-2005).
- ⁴⁵¹ Vázquez I. El fármaco y el paciente: un salto cualitativo. En: Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (Supl 1): 18-20
- ⁴⁵² Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Artículo 2. Publicada en el BOE de 26 de abril de 1997
- ⁴⁵³ Gastelurrutia M. A., Soto E. *Pharmaceutical Care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?*. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 323 – 328
- ⁴⁵⁴ <http://www.portalfarma.com/home.nsf> (acceso. 27. 07.2005)
- ⁴⁵⁵ <http://www.portalfarma.com/home.nsf> (acceso. 27. 07.2005)
- ⁴⁵⁶ <http://www.portalfarma.com/home.nsf> (acceso. 27. 07.2005)
- ⁴⁵⁷ Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (II). *El farmacéutico* 1997; 182:74-80
- ⁴⁵⁸ Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother* 2005; 39(12):2105-2109
- ⁴⁵⁹ <http://www.portalfarma.com/home.nsf> (accedido. 27- jul- 2005)
- ⁴⁶⁰ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ⁴⁶¹ Llanes R, Aragón A, Sillero MI, Martín MS. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26 (1): 11-15.
- ⁴⁶² Rutter PM, Hunt AJ, Jones IF. Pharmacy research: the place of work measurement. *Inter J Pharmacy Practice* 1998; 6: 46-58.
- ⁴⁶³ Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA and Mott DA Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002; 42: 399-406 .
- ⁴⁶⁴ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁴⁶⁵ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180

-
- ⁴⁶⁶ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁴⁶⁷ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁴⁶⁸ Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ⁴⁶⁹ Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ⁴⁷⁰ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁴⁷¹ Barner JC, Bennett RW. Pharmaceutical Care certificate program: Assessment of pharmacists' implementation into practice. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39:362-367
- ⁴⁷² Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ⁴⁷³ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ⁴⁷⁴ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPI/PC* 1999;36-42
- ⁴⁷⁵ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁴⁷⁶ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract*. 2001; 9: 163-168
- ⁴⁷⁷ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁴⁷⁸ Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ⁴⁷⁹ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. A self-reported work sampling study in community pharmacy practice. *Pharm World Sci* 1999; 21:210-216
- ⁴⁸⁰ Norwood GJ, Sleath BL, Caiola SM, Lien T. Costs of implementing Pharmaceutical Care in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38:755-761
- ⁴⁸¹ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁴⁸² Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ⁴⁸³ Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (II). *El farmacéutico* 1997; 182:74-80
- ⁴⁸⁴ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁴⁸⁵ Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract* 2003; 53:600-606

-
- ⁴⁸⁶ Norwood GJ, Sleath BL, Caiola SM, Lien T. Costs of implementing Pharmaceutical Care in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38:755-761
- ⁴⁸⁷ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁴⁸⁸ Laplana F. La oficina de farmacia como empresa. Gestión del día a día. Ed. Ediciones Mayo. Barcelona. 1994
- ⁴⁸⁹ González de Aledo G. Rentabilidad de espacios y escaparatismo en la farmacia. Ed. Grupo Synthelabo. Madrid. 1996
- ⁴⁹⁰ Molero Ayala VM. Los dioses del marketing son humanos. Ed. ESIC editorial. Madrid. 1996
- ⁴⁹¹ Merinero A. Marketing y ventas en la oficina de Farmacia. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1997
- ⁴⁹² Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'indispensable': Developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc*. 2005;45:376-389
- ⁴⁹³ Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Curr Pharm Des*. 2004; 10 (31) : 3987-4001.
- ⁴⁹⁴ Strand LM. Una perspectiva personal de 25 años de atención farmacéutica. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(supl 1): 21-23
- ⁴⁹⁵ Molina P. Un centro médico privado acoge una consulta de seguimiento farmacoterapéutico. *Correo farmacéutico*. Página 28. Semana del 12 al 18 de septiembre de 2005.
- ⁴⁹⁶ Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'indispensable': Developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45: 376-389
- ⁴⁹⁷ Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'indispensable': Developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45: 376-389
- ⁴⁹⁸ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁴⁹⁹ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ⁵⁰⁰ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁵⁰¹ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁵⁰² Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ⁵⁰³ Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ⁵⁰⁴ Aguiló MC. Proyecto de implantación progresiva y generalizada de la atención farmacéutica en las farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp*. 2005; 7:95-96
- ⁵⁰⁵ Shane RR. Prerequisites for pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1992; 49: 2790-2791

-
- ⁵⁰⁶ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁵⁰⁷ Norwood GJ, Sleath BL, Caiola SM, Lien T. Costs of implementing Pharmaceutical Care in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38:755-761
- ⁵⁰⁸ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ⁵⁰⁹ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁵¹⁰ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁵¹¹ Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of Pharmaceutical Care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:75-77
- ⁵¹² Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ⁵¹³ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁵¹⁴ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm.* 1998; 15:284-295
- ⁵¹⁵ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁵¹⁶ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁵¹⁷ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁵¹⁸ Cortes españolas. Ley 16/1997, de 25 de abril de 1997, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia. *BOE* 1997; Artículo 2. (100): 13450 – 13452
- ⁵¹⁹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ⁵²⁰ Puig-Junoy J, Lop J. Propuestass de racionailización y financiación del gasto público en medicamentos. *Fundación Alternativas.* 2004
- ⁵²¹ REAL DECRETO-LEY 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de racionalización del Uso de los Medicamentos. (*BOE* 24 de junio)
- ⁵²² Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-222
- ⁵²³ Díez MV. Retribución de la atención farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2001; 3(Extr): 16-17
- ⁵²⁴ Gisbert R. Reflexiones en torno a la retribución de la atención farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2001; 3(Extr): 16-17
- ⁵²⁵ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219

-
- ⁵²⁶ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁵²⁷ Barbero A. La prescripción por parte del farmacéutico. Derecho a decidir. *Farmacia Profesional*. 2001; Diciembre: 72-76
- ⁵²⁸ Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional*. 2002; 16(8): 14-16
- ⁵²⁹ Alvarez de Toledo F. Atención farmacéutica en Estados Unidos y en España. *Correo Farmacéutico*. 2005; 10 al 16 octubre: 2
- ⁵³⁰ Puig-Junoy J, Lop J. Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos. *Fundación Alternativas*. 2004
- ⁵³¹ REAL DECRETO 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. (BOE 31 de diciembre).
- ⁵³² REAL DECRETO-LEY 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de racionalización del Uso de los Medicamentos. (BOE 24 de junio)
- ⁵³³ REAL DECRETO 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. (BOE 31 de diciembre).
- ⁵³⁴ Markez I, Iraurgi I, Poo M, Ordieres E, del Arco J, Presser E, et al. Los programas de mantenimiento de Metadona en la comunidad autónoma del país vasco. Bilbao: Consejo de colegios farmacéuticos de Euskadi; 2000.
- ⁵³⁵ García Cebrián F, Salar L. Programa TOD de la Comunidad Valenciana. *Boletín de la SEFaC*. 2002; 4: 4-5
- ⁵³⁶ Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002; 42: 399-406 Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA and Mott DA.
- ⁵³⁷ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro Blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Página 32. Ed. CGCOF. Madrid. 1997
- ⁵³⁸ Marquez R. Análisis de la distribución del tiempo de 16 farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 136 -142 Poster III Congreso de Atención Farmacéutica Granada
- ⁵³⁹ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción Médica; 2003.
- ⁵⁴⁰ Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- ⁵⁴¹ Holland RW, and Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health- Syst Pharm* 1999; 56: 1758 - 1764
- ⁵⁴² Anónimo "Para muchos farmacéuticos la Atención Farmacéutica es una labor que no debe remunerarse". *El global* . 2005; 247:1
- ⁵⁴³ Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (I). *El farmacéutico*. 1996; 181:67-72
- ⁵⁴⁴ Martínez F. Nuevas formas de retribución: Una ponencia, un congreso, unas reflexiones. *El Farmacéutico*. 1997; Extra octubre: 68-72

- ⁵⁴⁵ Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional*. 2002; 16(8): 14-16
- ⁵⁴⁶ Esteva de Sagrera J. Un nuevo modelo de retribución farmacéutica. (Editorial). *Offarm* 2002; 21(3):11
- ⁵⁴⁷ Resolución de 27 de Julio de 1988, de la Dirección General de Farmacia y Productos sanitarios, por la que se dictan normas para la aplicación del nuevo margen de beneficio de las Oficinas de Farmacia por dispensación al público de especialidades farmacéuticas. (BOE 29 de julio).
- ⁵⁴⁸ REAL DECRETO 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. (BOE 31 de diciembre).
- ⁵⁴⁹ REAL DECRETO-LEY 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de racionalización del Uso de los Medicamentos. (BOE 24 de junio).
- ⁵⁵⁰ REAL DECRETO 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. (BOE 31 de diciembre).
- ⁵⁵¹ REAL DECRETO 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. (BOE 31 de diciembre).
- ⁵⁵² Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁵⁵³ REAL DECRETO-LEY 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de racionalización del Uso de los Medicamentos. (BOE 24 de junio)
- ⁵⁵⁴ Norwood GJ, Sleath BL, Caiola SM, Lien T. Costs of implementing Pharmaceutical Care in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38:755-761
- ⁵⁵⁵ Cordobés A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. *Offarm*. 2002; 21(5): 134-140
- ⁵⁵⁶ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁵⁵⁷ Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional*. 2002; 16(8): 14-16
- ⁵⁵⁸ Martínez F. Modelos de retribución de la AF. Nuevas opciones. *Farmacia Profesional*. 1997; 11(8): 46-50
- ⁵⁵⁹ Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (I). *El farmacéutico*. 1996; 181:67-72
- ⁵⁶⁰ Martínez F. Modelos de retribución de la AF. Nuevas opciones. *Farmacia Profesional*. 1997; 11(8): 46-50
- ⁵⁶¹ Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional*. 2002; 16(8): 14-16
- ⁵⁶² Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill, 1998
- ⁵⁶³ AMA. CPT® Background and Categories of CPT® Codes. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/12886.html> (Accedido 03- Nov - 2005)

- ⁵⁶⁴ Hogue M. MTM tip of the month. *Pharmacy Today*. 2005; September: 13
- ⁵⁶⁵ Anónimo. *Europharm Forum Newsletter*. 2004 June. Volume 13, nº1
- ⁵⁶⁶ Anónimo. Paid Community Pharmacy services in Germany. *ESCP News*. 2004; 117: 6-7
- ⁵⁶⁷ Bellingham C. Enhanced services: what is on offer. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 275: 341-342
- ⁵⁶⁸ González Bosch C. La Atención Farmacéutica y sus extrapolaciones. *Farmacia Profesional*. 1998; Abril: 56-57
- ⁵⁶⁹ Bucay J. *Cuentos para pensar*. (P. 15) RBA libros. Barcelona 2002
- ⁵⁷⁰ Aguiló MC. Atención farmacéutica en farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 38-45
- ⁵⁷¹ Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3987-4001
- ⁵⁷² Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3987-4001
- ⁵⁷³ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 5: Walking the tightrope of change. *Am J Health-Syst Pharm* 2000; 57: 64-72
- ⁵⁷⁴ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 5: Walking the tightrope of change. *Am J Health-Syst Pharm* 2000; 57: 64-72
- ⁵⁷⁵ Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 5: Walking the tightrope of change. *Am J Health-Syst Pharm* 2000; 57: 64-72
- ⁵⁷⁶ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ⁵⁷⁷ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁵⁷⁸ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁵⁷⁹ Roughead L, Semple S, Vitry A. *The Value of Pharmacist Professional Services in the community setting. A systematic review of the literature 1990-2002*. Adelaide: University South of Australia; 2002
- ⁵⁸⁰ Roughead EE, Semple SJ, Vitry AI. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. *International Journal of Pharmacy Practice* 2005; 13: 53-70
- ⁵⁸¹ Thompson DF. Surrogate end points, scepticism, and the CAST study. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 170-171
- ⁵⁸² Johnson JA, and Bootman JL. 1995. Drug-Related Morbidity and Mortality. A Cost-of-Illness Model. *Arch Intern Med*; 155: 1949 – 1956
- ⁵⁸³ Ernst FR, Grizzle AJ. 2001. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc*; 41: 192-199

-
- ⁵⁸⁴ Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis Doctoral], Universidad de Granada, 2003.
- ⁵⁸⁵ APhA. Evidence of the value of the pharmacist.
<http://www.aphanet.org/AM/Template.cfm?Section=Search§ion=Payment&template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=373> (Accedido 12-oct-2005)
- ⁵⁸⁶ Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 2001; 41(2): 192-199
- ⁵⁸⁷ Knapp KK, Katzman H, Hambright JS et al. Community pharmacist interventions in a capitative pharmacy benefit contract. *American Journal of health-System Pharmacy*.1998; 55(11): 1141-1145
- ⁵⁸⁸ Bluml BM, McKenney JM, Cziraky MJ. Pharmaceutical care services and results in Project ImPACT: Hyperlipidemia. *Journal of American Pharmaceutical Association* 2000; 40(2): 157-165
- ⁵⁸⁹ Jameson J, VanNoord G, Vanderwoud K. The impact of the pharmacotherapy consultation on the cost and outcome of medical therapy. *Journal of Family Practice* 1995; 41(5): 469-472
- ⁵⁹⁰ Munroe WP, Kunz K, Dalmady-Israel C, et al. Economic evaluation of pharmacist involvement in disease management in a community pharmacy setting. *Clinical Therapeutics*. 1997; 19(1): 113-123
- ⁵⁹¹ Schumock GT, Butter MG et al. Evidence of the economic benefit in clinical pharmacy service – 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 113-125
- ⁵⁹² Bond C, Raehl C. Clinical Pharmacy Services, Hospital Pharmacy Staffing, and medication errors in the United States Hospitals. *Pharmacotherapy* 2002;22(2): 134-147
- ⁵⁹³ Borgsdorf LR, Miano JS, Knapp KK. Pharmacist-managed medication review in a manager care system. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1994; 15; 51(6):772-777
- ⁵⁹⁴ Rupp MT. Value of community pharmacists' interventions to correct prescribing errors. *Annals of Pharmacotherapy* 1992; 26(12): 1580-1584
- ⁵⁹⁵ Fincham J, Gottlob A. Tha Kansas report. *America's Pharmacist*. 1997; 119(5):30 – 33
- ⁵⁹⁶ Fincham JE, Lofthom PW. Saving money and lives. Pharmacist care for diabetes patients. *America's Pharmacist*. 1998 120(3): 49-52
- ⁵⁹⁷ Britton ML, Lurvey PL. Impact of medication profile review on prescribing in a general medicine clinic. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1991; 48(2): 265-270
- ⁵⁹⁸ Galt KA, cost avoidance, acceptance, and outcomes associated with a pharmacotherapy consult clinic in a Veterans Affaire medical center. *Pharmacotherapy* 1998; 18(5): 1103-1111
- ⁵⁹⁹ Grabenstein LD, et al. Community pharmacists as immunization advocates: a pharmacoepidemiologic experiment. *International Journal of Pharmacy Practice*. 1993; 2: 5-10
- ⁶⁰⁰ Fox AT, Tuyo DA, Teeters JH. Implementation of a pharmacy-based immunization program within a health care system. *Pharmacotherapy* 2000; 20: 365; abstract 159.
- ⁶⁰¹ Grabenstein JD et al. Community pharmacists as immunization advocates: cosyt-effectiveness of a cure to influenza vaccination. *Medical Care* 1992; 30: 503-513
- ⁶⁰² Rupp MT, McCallian DJ, Sheth KK. Developing and marketing in a community pharmacy-based asthma management program. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 1997; 37(6): 694-699

-
- ⁶⁰³ McMullin T, Hennenfent J, et al. A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist-initiated interventions. *Archives of Internal Medicine*. 1999; 159(19): 2306-2309
- ⁶⁰⁴ Bootman JL, Jonson JA. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Archives of Internal Medicine*. 1995; 155(18): 1949 – 1956.
- ⁶⁰⁵ Chiquette E, Amato MG, Bussey HI. Comparison of an anticoagulation clinic with usual medical care. Anticoagulation control, patient outcomes, and health care costs. *Archives of Internal Medicine*. 1998; 158: 1641-1647
- ⁶⁰⁶ Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3987-4001
- ⁶⁰⁷ Fernández-Llimós F, Faus MJ. Resultados del programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico del paciente en España. *El Farmacéutico* 2002; (290): 83-88
- ⁶⁰⁸ Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985
- ⁶⁰⁹ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ⁶¹⁰ van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-168
- ⁶¹¹ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- ⁶¹² Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁶¹³ Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Publicada en el BOE de 26 de abril de 1997
- ⁶¹⁴ Molina P. Sanidad iniciará en 2006 los cursos de seguimiento para 4000 boticas. *Correo Farmacéutico*. 19 septiembre 2005
- ⁶¹⁵ Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Artículo 2. Publicada en el BOE de 26 de abril de 1997
- ⁶¹⁶ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁶¹⁷ Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: Pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. *J Soc Admin Pharm* 1996; 13:74-88
- ⁶¹⁸ Penna RP. Pharmaceutical care: Pharmacy's mission for the 1990s. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47:533-543
- ⁶¹⁹ Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁶²⁰ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ⁶²¹ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295

- ⁶²² Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPI/RPC* 1999;36-42
- ⁶²³ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁶²⁴ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁶²⁵ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁶²⁶ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM A self-reported work sampling study in community pharmacy practice. *Pharm World Sci* 1999; 21:210-216
- ⁶²⁷ Howard M, Trim K, Woodward C, Dolovich L, Sellors C, Kaczorowski J. Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the seniors medication assessment research. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43:566-572
- ⁶²⁸ Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract* 2003; 53:600-606
- ⁶²⁹ Gámez, L A. *Diario Vasco*, Página 7. 20 de septiembre de 2005.
- ⁶³⁰ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁶³¹ Costas Lombardía E. Análisis crítico de la atención farmacéutica. *Med General* 2000; 25: 591-596
- ⁶³² Costas Lombardía E. La amenaza de la atención farmacéutica. *El País*. 9-11-2001 P.39.
- ⁶³³ Costas Lombardía E. Valoración de la atención farmacéutica: réplica a una respuesta a su análisis crítico. *Semergen* 2002, 28: 54-58
- ⁶³⁴ Perez Fernández M. Los roles profesionales tienen siempre límites difusos y la discrepancia ayuda a determinarlos. *Semergen* 2002, 28: 58-60
- ⁶³⁵ Anónimo. La OMC rechaza el papel que el Plan de Sanidad da a la atención farmacéutica. *El Global*. 2005; 28 de febrero al 6 de marzo. Página 8
- ⁶³⁶ Anónimo. La OMC rechaza el papel que el Plan de Sanidad da a la atención farmacéutica. *El Global*. 2005; 28 de febrero al 6 de marzo. Página 8
- ⁶³⁷ Anónimo. El 73% de los médicos considera que la farmacia debería limitarse a dispensar. *El Global*. 2004; 13 al 19 de diciembre.
- ⁶³⁸ Costas Lombardía E. Análisis crítico de la atención farmacéutica. *Medicina general* 2000; 25:591-598
- ⁶³⁹ Conclusiones del I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Página 203. Ed. COF Guipúzcoa. Octubre. 1999. San Sebastián.
- ⁶⁴⁰ Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁶⁴¹ Berringer R, Shibley MC, Cary CC, Pugh CB, Powers PA, Rafi JA. Outcomes of a community pharmacy-based diabetes monitoring program. *J Am Pharm Assoc*. 1999; 39:791-797.

-
- ⁶⁴² Isetts BJ, Brown LM, Schondelmeyer SW, Lenarz LA. Quality assessment of a collaborative approach for decreasing drug-related morbidity and achieving therapeutic goals. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 1813-1820
- ⁶⁴³ Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3987-4001
- ⁶⁴⁴ Gastelurrutia MA, Ibáñez J. Seguimiento farmacoterapéutico. En: Plan nacional de Formación Continuada. Atención Farmacéutica. Módulo I. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2005. Madrid.
- ⁶⁴⁵ Fernández-Llimós F. Resultados del programa Dáder: 5 años. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(supl 1): 12-13
- ⁶⁴⁶ Fernández-Llimós F, Faus MJ. Resultados del programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico del paciente en España. *El Farmacéutico* 2002; (290): 83-88
- ⁶⁴⁷ Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Barriers to Pharmaceutical care. Perceptions of Alberta Community Pharmacists. *CPJ/RPC* 1999;36-42
- ⁶⁴⁸ Herrera J. La Atención Farmacéutica como actividad asistencial. *Pharm care Esp* 2000; 2:61-63
- ⁶⁴⁹ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- ⁶⁵⁰ Smith WE, Ray MD, Shannon DM. Physicians' expectations of pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm* 2002; 59:50-57
- ⁶⁵¹ Ray MD. Pharmacy and medicine (Editorial). *Am J Health-Syst Pharm* 2002; 59: 1721
- ⁶⁵² Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200
- ⁶⁵³ REAP (Red Española de Atención Primaria). Los antibióticos, con receta. Documento de Valencia. *Pharm Care Esp* 2000; 2:201-203
- ⁶⁵⁴ http://www.reap.es/reap_archivos/doc_valencia/Documento%20de%20Valencia.doc (Acceso 29.07.2005)
- ⁶⁵⁵ Machuca M, Baena MI, Faus MJ. IndDáder. Guía de Indicación Farmacéutica. Ed.: Dispublic, S:L. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Granada, 2005.
- ⁶⁵⁶ Colegio de Farmacéuticos de Cantabria y Colegio de Médicos de Cantabria. Convenio de colaboración entre el Colegio de Médicos de Cantabria y de Farmacéuticos de Cantabria. 2005
- ⁶⁵⁷ Anónimo. Consenso entre médicos y farmacéuticos del País Vasco. *Sendagaiak.* 2005; 18:7-10
- ⁶⁵⁸ Colegio de Farmacéuticos de Cantabria y Colegio de Médicos de Cantabria. Convenio de colaboración entre el Colegio de Médicos de Cantabria y de Farmacéuticos de Cantabria. 2005
- ⁶⁵⁹ Anónimo. Consenso entre médicos y farmacéuticos del País Vasco. *Sendagaiak.* 2005; 18:7-10
- ⁶⁶⁰ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- ⁶⁶¹ Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Seguimiento farmacoterapéutico 2004; 2(3): 195-205

- ⁶⁶² Anónimo. World Medical Association. World Medical Association Statement on the working relationship between physicians and pharmacists in medicinal therapy. Adopte by the 51st World Medical Assembly Tel Aviv, Israel, October 1999. (<http://www.wma.net/e/policy/m33.htm>) Acceso 29.07.2005
- ⁶⁶³ van Mil JWF, Westerlund LOT, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug related problem classification systems. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 859 – 867
- ⁶⁶⁴ Fernández-Llimós F, Faus MJ. From “drug-related problems” to “negative clinical outcomes”. *Am J Health-Sys Pharm.* 2005;62(15): 2348-2350
- ⁶⁶⁵ Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-184
- ⁶⁶⁶ Fernández-Llimós F, Faus MJ. From “drug-related problems” to “negative clinical outcomes”. *Am J Health-Sys Pharm.* 2005;62(15): 2348-2350
- ⁶⁶⁷ Joint Statement Canadian Medical Association and Canadian Pharmaceutical Association. Approaches to enhancing the quality of drug therapy. *Can Med Assoc J* 1996; 155: 784a
- ⁶⁶⁸ Keely JI. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Pharmacist scope of practice. *Ann Intern Med* 2002; 136:79-85
- ⁶⁶⁹ Morales JC. El seguimiento en farmacias comunitarias: una forma de minimizar los problemas relacionados con la medicación. (Editorial) *Aten Primaria* 2005; 36(3): 129-136
- ⁶⁷⁰ Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria* 2005; 36(3): 129-136
- ⁶⁷¹ Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists’ perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24:224-230
- ⁶⁷² Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12 (4) 170-180
- ⁶⁷³ Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-219
- ⁶⁷⁴ Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64
- ⁶⁷⁵ Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer’s expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ⁶⁷⁶ Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer’s expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ⁶⁷⁷ Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer’s expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64nd Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- ⁶⁷⁸ Libro de Comunicaciones. I^a Jornadas Profesionales de Oficina de Farmacia del País Vasco. La Farmacia ante los desafíos del siglo XXI. Editor COF de Bizkaia. 25-26 Enero. Bilbao. 2002
- ⁶⁷⁹ Bacigalupe P. Libro de Comunicaciones. I^a Jornadas Profesionales de Oficina de Farmacia del País Vasco. La Farmacia ante los desafíos del siglo XXI. Página 17. Editor COF de Bizkaia. 25-26 Enero. Bilbao. 2002

- ⁶⁸⁰ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción Médica; 2003.
- ⁶⁸¹ Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs* 1995; 49(1): 1-10
- ⁶⁸² Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-184
- ⁶⁸³ Johnson JA, and Bootman JL. 1995. Drug-Related Morbidity and Mortality. A Cost-of-Illness Model. *Arch Intern Med*; 155: 1949 - 1956
- ⁶⁸⁴ Martínez Olmos J, Baena MI. La Atención Farmacéutica, requisito para conseguir una atención sanitaria de calidad basada en la evidencia científica. *Ars Pharm* 2001; 42:39-52
- ⁶⁸⁵ Hunter JC. La paradoja (página 49) Ed. Urano. Barcelona. 1999
- ⁶⁸⁶ Posey LM. Proving that pharmaceutical care makes a difference in community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43: 139
- ⁶⁸⁷ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM A self-reported work sampling study in community pharmacy practice. *Pharm World Sci* 1999; 21:210-216
- ⁶⁸⁸ Bell HM, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm*. 1998; 15:284-295
- ⁶⁸⁹ Cordina M, McElnay JC, Hugues CM. The importance that community pharmacists in Malta place on the introduction of Pharmaceutical Care. *Pharm World Sci* 1999;21:69-73
- ⁶⁹⁰ Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
- ⁶⁹¹ Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'indispensable': Developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45: 376-389
- ⁶⁹² Filissiadis A. Paginas 12-13. En: Amela V. Algunas cosas que he aprendido. Ed. Deusto. Barcelona. 2005.
- ⁶⁹³ McLagan P. El cambio es cosa de todos (página 53) Ed. Urano. Barcelona. 2003
- ⁶⁹⁴ Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. (Editorial) *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:373-380

ANEXOS

Anexo 1

Guía para la entrevista				
(APF - FC) = Actividades Profesionales del Farmacéutico en la Farmacia Comunitaria.				
TEMAS	Desarrollo de diferentes aspectos	Pruebas	Clarificación de las respuestas	Resultados esperados sobre este Tema.
Funciones y objetivos profesionales	<p>Función (actividad) actual y deseada para el futuro, <u>del farmacéutico comunitario</u>, ya sea titular de una OF, miembro del personal de una OF o “estratega” (líder de opinión)</p> <p>Función (actividad) actual y deseada para el futuro de la <u>práctica en FC</u></p> <p>Objetivos que deben (ser incluidos en / estar presentes) en proyectos relacionados con actividades de APF (o no)</p> <p>Objetivos de los proyectos en sí mismos.</p> <p>Presión para realizar el cambio (interna y externa)</p>	<p>Expectativas y direcciones para el cambio.</p> <p>Coinciden los objetivos de los proyectos con los objetivos concretos de los profesionales o con los objetivos personales de los participantes?</p>	<p>De qué manera, éstos objetivos y expectativas, afectan a las actitudes hacia el cambio y al éxito o fracaso del cambio del papel del farmacéutico y de la práctica en FC.</p>	<p>Identificar si los objetivos de los distintos informantes son coincidentes entre sí o por el contrario existen contradicciones. Analizar el impacto que esto puede tener en el proceso de cambio.</p> <p>Identificar si los informantes sienten la necesidad del cambio, ya sea (a través, debido) a fuerzas externas, a fuerzas internas, o a ambas conjuntamente.</p>
Experiencias con la implantación & la diseminación	<p>Experiencias en las que se haya tratado de implementar (y diseminar- por parte de los estrategas) programas o servicios con APF.</p>	<p>Factores que afectaron este proceso y que influyeron en que éste tuviera éxito o fuera un fracaso.</p>	<p>Cómo se deberían plantear, de una manera diferente, estos programas /servicios de APF en el futuro. (Mantenimiento o perpetuación en el tiempo de esta nueva práctica.</p>	<p>Este Tema debe proporcionar las variables necesarias para el desarrollo futuro de un modelo para el cambio de la práctica, incorporando los aspectos de los 2 Temas siguientes.</p>
Estrategias de /para el cambio	<p>Experiencias relacionadas con el cambio en la práctica cotidiana en cuanto a la provisión de un nuevo servicio o ser parte de un proyecto</p>	<p>Qué tipo de comportamientos o de práctica pretendía modificar el proyecto?</p> <p>Quién lideró el cambio y qué procesos intervinieron en el mismo</p>	<p>Los diferentes aspectos que supusieron el éxito y los que supusieron el fracaso de las estrategias de cambio utilizadas anteriormente.</p> <p>Cómo se podría haber hecho de una manera diferente.</p>	<p>Identificar las estrategias de cambio que han sido utilizadas en el pasado, empleando la clasificación de Borum. Apoya algún grupo de informantes, alguna estrategia particular en concreto? Esto podría ser utilizado para desarrollar futuras estrategias (en el futuro)</p>
Redes (Networks) Estructura.	<p>Qué personas están involucradas en la implementación y diseminación de nuevos servicios o programas.</p> <p>Descripción de las relaciones entre estas personas.</p>	<p>Con quién interactúan los informantes y cómo.</p> <p>Cómo / en qué sentido cada agente es importante en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica.</p>	<p>Descripción de la “estructura” o de los aspectos organizativos de la profesión. Establecer las reglas del juego (su campo de actuación) de los agentes clave y describir sus relaciones (interrelaciones)</p>	<p>Comprensión de quiénes son los importantes en FC, cómo interactúan entre ellos, y las implicaciones de estos aspectos en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica.</p>
Aspectos financieros	<p>Descripción de los sentimientos sobre los aspectos financieros de la farmacia.</p> <p>Descripción del impacto que la provisión de APF o la participación en diferentes proyectos tiene en la economía de la farmacia</p>	<p>Como pueden conjugarse los aspectos profesionales con los financiero -económicos</p>	<p>La actitud de los encuestados sobre los aspectos financieros puede afectar su implicación en APF</p>	<p>La comprensión de las percepciones de los encuestados sobre la farmacia como un negocio (es una entidad separada de la parte profesional – cómo interactúan?)</p> <p>Identificar las percepciones de los encuestados sobre el impacto de las APF sobre la economía de la farmacia.</p>

Anexo 2

Interview guide. Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. Pharm World Sci 2003; 25(5): 227 – 234

Themes	Opening subject areas	Probes	Clarification	Expected outcome from theme
Professional roles and goals	Describe current and desired future role as a community pharmacist owner, practitioner, strategist, or pharmacy assistant. Describe current and desired future role for community pharmacy practice. Describe goals of being involved in CPS-related projects (or not). Describe goals of projects themselves. Describe pressure for change (internal/external).	Expectations for the future and directions for change. Do the goals of the projects match with personal/ professional goals.	How this affects attitudes towards and the success or failure of changing the role of the pharmacist and community pharmacy practice.	Identifying if the goals of strategists, pharmacists and pharmacy assistants are at odds with one another or not, and the impact that this may have on the change process. Identifying if strategists and pharmacists feel a need for change, either through internal or external forces, or both.
Experiences with implementation and dissemination	Experiences with trying to implement (and disseminate – for the strategists) CPS or related programs.	The factors that affected this process and made it succeed or fail. What facilitated the process.	How it should be done differently in the future. Practical issues e.g. Sustainability of the new practice.	This theme provides the variables for future development of a model for practice change, incorporating the perspectives from the following two themes.
Change strategies	Experiences with changing everyday practice to provide a new service or be part of a project.	The behaviour or practice the project intended to change. Who was driving the change and what processes were involved.	The successful or unsuccessful points about the change strategies used. How it could be done differently.	Identifying the change strategies that have been used in the past,. Does either group (strategists and pharmacists) favour a particular strategy? This could be used to develop future strategies.
Networks	Which people are involved in implementing (and disseminating) new services or programs. Describe relationship with these people.	Who the respondent interacts with and how. How each player is important to the process of changing practice to provide CPS.	Describe the network or organisational field. Draw the field with key players and describe the relationships.	Understanding of who the important players are in community pharmacy, how they interact with each other, and the implications of this interaction on the process of practice change.
Business issues	Describe feelings about the business aspects of pharmacy Describe the impact that providing CPS or being involved in projects has on the business of the pharmacy	How can the business aspects and the professional services work together.	Does the respondent's attitude towards the business affect their involvement in CPS.	Understanding respondents' perceptions about pharmacy as a business (is it a separate entity to the professional part – how do they interact?) Identifying respondents' perceptions about the impact of CPS on a pharmacy business



FARMACIA
GASTELURRUTIA

Anexo 3

Invitación a participar. Protocolo de investigación. Documento de consentimiento informado.

San Sebastián, 1 de junio de 2003

Querido compañero,

Mediante este escrito quisiera pedirte tu colaboración en el trabajo de investigación que estoy realizando encaminado a la elaborar mi Tesis Doctoral.

Te adjunto, el proyecto de investigación que he preparado donde creo que quedan bien explicados tanto los objetivos como el material y métodos. También incluyo una guía donde se señalan las cuestiones que pretendo abordar durante la entrevista. Por supuesto si tras la lectura de ambos documentos se te plantea cualquier duda estaré encantado en tratar de resolvértela.

Lo que básicamente necesito, dado que se trata de un estudio cualitativo, es que me permitas que te realice una entrevista personal con las características señaladas en dicho proyecto de investigación.

En breve me pondré en contacto contigo para, si aceptas participar en el estudio, concertar una fecha para la celebración de la entrevista.

Recibe un abrazo

Miguel Ángel Gastelurrutia

Protocolo de Investigación

Título.:

ELEMENTOS FACILITADORES Y DIFICULTADES PARA LA IMPLANTACIÓN Y DISEMINACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL FARMACÉUTICO EN LA FARMACIA COMUNITARIA ESPAÑOLA (SPF-FC).

Resumen.:

Se pretende realizar un trabajo de investigación cualitativa para, en una primera fase, estudiar la situación del proceso de cambio de la práctica profesional del farmacéutico comunitario en particular y de la actividad asistencial de la farmacia comunitaria española, en general, con el objetivo de analizar los facilitadores existentes, que puedan ayudar a la implantación y posterior diseminación y mantenimiento en el tiempo de distintos servicios profesionales diferentes a la dispensación de medicamentos que el farmacéutico comunitario puede realizar en las farmacias comunitarias de nuestro país.

En función de la categorización de los distintos facilitadores que se identifiquen en el análisis de los resultados obtenidos, se continuará el trabajo cualitativo mediante la creación de un grupo nominal con el objetivo de priorizar la introducción de medidas para implantar y diseminar dichos servicios.

Introducción.:

La farmacia comunitaria está en pleno proceso de cambio. Son muchos los motivos que subyacen en este proceso pero, probablemente, el más importante sea la obligación de continuar tratando de dar respuesta a las necesidades de los pacientes en relación con su medicación. Estas, han ido modificándose como consecuencia, entre otras causas, del enorme desarrollo que han experimentado las especialidades farmacéuticas y de la, cada día, mayor complejidad de los medicamentos.

A pesar de esa realidad y de la asunción de la necesidad de cambio por parte de prácticamente todos los dirigentes de organizaciones profesionales farmacéuticas, el farmacéutico comunitario sigue siendo resistente al cambio. En este sentido y aunque es cierto que se han realizado grandes avances en la práctica diaria de la farmacia comunitaria, también lo es que la implantación y posterior diseminación de servicios profesionales diferentes de la dispensación realizados por el farmacéutico en la farmacia comunitaria continúa siendo algo testimonial.

En un contexto en el que todo apunta a la necesidad de cambio y conocidas las barreras con que el profesional se encuentra para realizar dicho cambio parece necesario conocer cuales pueden ser los facilitadores que ayuden al profesional a superar las mismas.

Este estudio se enmarca dentro de un proyecto internacional en el que mediante una metodología similar se pretende buscar y categorizar facilitadores en países como Australia, Dinamarca, Alemania o Portugal. Es por tanto un objetivo secundario comparar los resultados de los elementos facilitadores en España con los que se encuentren en los citados países para, posteriormente, y ya fuera del ámbito del presente estudio, se realice un análisis agregado de todos ellos y se elabore un modelo de implantación y diseminación de SPF-FC que pueda ser utilizado en cualquier parte del mundo.

Objetivos:

Por tanto, el objetivo del presente estudio cualitativo es básicamente éste;

Objetivo 1º: Analizar los elementos que facilitan y los que dificultan la implantación, la diseminación y el mantenimiento en el tiempo de distintos servicios profesionales (SPF – FC) en la farmacia española.

Objetivo 2º: Proponer medidas que favorezcan la implantación y diseminación de nuevos servicios profesionales del farmacéutico de nuestro país.

Metodología:

Para tratar de alcanzar estos objetivos se ha optado por utilizar una metodología cualitativa consistente en la realización de unas entrevistas semiestructuradas, en profundidad, que se realizarán a dos grupos de informantes. Por una parte, a farmacéuticos comunitarios españoles elegidos en base a criterios de tener la experiencia de haber implantado o haber participado en programas que incluyan la práctica de distintos SPF – FC. Por otra, a farmacéuticos provenientes de distintas áreas tales como organizaciones profesionales, universidad, etc..., y que cumplen el criterio de que tienen o han tenido responsabilidades y capacidad de decisión para poder diseñar,

impulsar, y tratar de implantar y diseminar diferentes SPF-FC o programas que incluyan dichos servicios.

Para la realización de la entrevista se utilizará una guía para el cuestionario modificada de la descrita por Roberts A, et al¹. Este instrumento incorpora el estudio de dimensiones que permiten:

1. Investigar las percepciones de los “agentes clave” relacionados con la implantación de diferentes servicios profesionales del farmacéutico en farmacia comunitaria (SPF – FC). Fundamentalmente sobre las funciones que debe realizar un farmacéutico concreto y la farmacia comunitaria (FC), en general, en relación a la provisión de los mismos.
2. Investigar el proceso de implantación de diferentes servicios a través de las experiencias de aquellas personas que los hayan implantado en el pasado o que hayan participado en diferentes programas relacionados con los mismos.
3. Identificar las estrategias utilizadas para implantar y/o diseminar SPF – FC como parte de proyectos específicos de práctica en FC.
4. Identificar los “agentes clave” relacionados con la implantación y diseminación de programas de SPF – FC, así como la interrelación entre dichos agentes.
5. Investigar la influencia que tienen los aspectos económico – financieros en el proceso de cambio de la farmacia comunitaria y la compatibilidad de los aspectos profesionales con los financieros.

Una vez decidida la guía para la entrevista se debe proceder a la selección de las personas a entrevistar agrupados en las dos categorías citadas:

- Farmacéuticos comunitarios que han implantado diferentes SPF en sus FC o que han participado en el pasado en distintos programas que incluían SPF diferentes de la dispensación.
- Estrategas, es decir, farmacéuticos que tienen o han tenido responsabilidades en el diseño, impulso, implantación y diseminación de diferentes DSPF o de programas relacionados con ellos.

Tras contactar personalmente con los diferentes informantes, se propondrá una fecha para la entrevista. Esta, utilizando el cuestionario semiestructurado, pretende ser una entrevista en profundidad que será grabada en cinta magnetofónica, previa expresa autorización de la persona entrevistada, manteniendo siempre la privacidad y, sobre todo, la confidencialidad de la información y del informante.

¹ Roberts A. S., Hopp T, Sørensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice Change in Community Pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227-234



Una vez realizada la transcripción de la grabación, se enviará la misma al informante para que dé su conformidad sobre el contenido de sus declaraciones o, por el contrario, manifieste su no-conformidad con las mismas, en cuyo caso se le pediría que aclarase por escrito lo que en realidad quiso decir.

Será el documento escrito final, resultante de esas correcciones, el que será susceptible del análisis cualitativo. Éste se realizará con la ayuda del paquete informático NUDIST.

Del análisis de los textos se tratará de inferir cuales son los posibles facilitadores que ayuden a la implantación de distintos SPF – FC, en suma, que ayuden a superar las barreras que impiden el cambio en la actitud y en la práctica del farmacéutico comunitario. De igual forma los elementos que dificulten la implantación mantenimiento y diseminación de estos servicios.

Una vez analizados dichos facilitadores y barreras, se pretende agruparlos para su posterior categorización.

Guía para la entrevista
(APF - FC) = Actividades Profesionales del Farmacéutico en la Farmacia Comunitaria.

TEMAS	Desarrollo de diferentes aspectos	Pruebas	Clarificación de las respuestas	Resultados esperados sobre este Tema.
Funciones y objetivos profesionales	Función (actividad) actual y deseada para el futuro, <u>del farmacéutico comunitario</u> , ya sea titular de una OF, miembro del personal de una OF o “estratega” (líder de opinión) Función (actividad) actual y deseada para el futuro de la <u>práctica en FC</u> Objetivos que deben (ser incluidos en / estar presentes) en proyectos relacionados con actividades de APF (o no) Objetivos de los proyectos en sí mismos. Presión para realizar el cambio (interna y externa)	Expectativas y direcciones para el cambio. Coinciden los objetivos de los proyectos con los objetivos concretos de los profesionales o con los objetivos personales de los participantes?	De qué manera, éstos objetivos y expectativas, afectan a las actitudes hacia el cambio y al éxito o fracaso del cambio del papel del farmacéutico y de la práctica en FC.	Identificar si los objetivos de los distintos informantes son coincidentes entre sí o por el contrario existen contradicciones. Analizar el impacto que esto puede tener en el proceso de cambio. Identificar si los informantes sienten la necesidad del cambio, ya sea (a través, debido) a fuerzas externas, a fuerzas internas, o a ambas conjuntamente.
Experiencias con la implantación & la diseminación	Experiencias en las que se haya tratado de implementar (y diseminar- por parte de los estrategas) programas o servicios con APF.	Factores que afectaron este proceso y que influyeron en que éste tuviera éxito o fuera un fracaso.	Cómo se deberían plantear, de una manera diferente, estos programas /servicios de APF en el futuro. (Mantenimiento o perpetuación en el tiempo de esta nueva práctica.	Este Tema debe proporcionar las variables necesarias para el desarrollo futuro de un modelo para el cambio de la práctica, incorporando los aspectos de los 2 Temas siguientes.
Estrategias de /para el cambio	Experiencias relacionadas con el cambio en la práctica cotidiana en cuanto a la provisión de un nuevo servicio o ser parte de un proyecto	Qué tipo de comportamientos o de práctica pretendía modificar el proyecto? Quién lideró el cambio y qué procesos intervinieron en el mismo	Los diferentes aspectos que supusieron el éxito y los que supusieron el fracaso de las estrategias de cambio utilizadas anteriormente. Cómo se podría haber hecho de una manera diferente.	Identificar las estrategias de cambio que han sido utilizadas en el pasado, empleando la clasificación de Borum. Apoya algún grupo de informantes, alguna estrategia particular en concreto? Esto podría ser utilizado para desarrollar futuras estrategias (en el futuro)
Redes (Networks) Estructura.	Qué personas están involucradas en la implementación y diseminación de nuevos servicios o programas. Descripción de las relaciones entre estas personas.	Con quién interaccionan los informantes y cómo. Cómo / en qué sentido cada agente es importante en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica.	Descripción de la “estructura” o de los aspectos organizativos de la profesión. Establecer las reglas del juego (su campo de actuación) de los agentes clave y describir sus relaciones (interrelaciones)	Comprensión de quiénes son los importantes en FC, cómo interactúan entre ellos, y las implicaciones de estos aspectos en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica.
Aspectos financieros	Descripción de los sentimientos sobre los aspectos financieros de la farmacia. Descripción del impacto que la provisión de APF o la participación en diferentes proyectos tiene en la economía de la farmacia	Como pueden conjugarse los aspectos profesionales con los financiero -económicos	La actitud de los encuestados sobre los aspectos financieros puede afectar su implicación en APF	La comprensión de las percepciones de los encuestados sobre la farmacia como un negocio (es una entidad separada de la parte profesional – cómo interaccionan?) Identificar las percepciones de los encuestados sobre el impacto de las APF sobre la economía de la farmacia.



IMPRESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación:

ELEMENTOS FACILITADORES Y DIFICULTADES PARA LA IMPLANTACIÓN Y DISEMINACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL FARMACÉUTICO EN LA FARMACIA COMUNITARIA ESPAÑOLA (SPF-FC).

Yo, Dña/D.
(Nombre y dos apellidos)

con DNI - ... declaro que he leído y comprendido el proyecto de investigación titulado "Elemento facilitadores y dificultades para la implantación y diseminación de nuevos servicios profesionales del farmacéutico en la farmacia comunitaria española (SPF-FC) que está realizando D. Miguel Ángel Gastelurrutia, dirigido por la Prof. M^a José Faus de la Universidad de Granada.

Acepto colaborar en el citado estudio, mediante mi participación en una entrevista grabada.

Entiendo que los datos y la información que se obtengan de la misma serán tratados confidencialmente y su utilización será tan sólo a modo de información agregada, no pudiendo ser identificado en ningún momento como emisor de los mismos. Además, la información obtenida no se utilizará nunca de manera que pueda ser identificado ningún farmacéutico, cualquier otro agente sanitario, establecimiento sanitario, o paciente.

Así pues, decido participar libremente en este estudio y acepto participar en la entrevista siempre que se actúe cumpliendo el contenido de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Firma.

Fecha:.....

ANEXO 4: Guión Temático.

Tema 1: Funciones y objetivos profesionales

1. *En el primer Tema, lo que me gustaría saber es, desde su perspectiva y en el momento actual, ¿cuál es la función que desarrolla la Oficina de farmacia como establecimiento sanitario, en su conjunto, ¿qué hace?*
2. *En segundo lugar quisiera saber, desde su punto de vista, ¿cómo debe ser en el futuro?, ¿qué debe ofrecer la farmacia a la sociedad (siempre entendiendo la farmacia como un todo, como una organización, como un establecimiento sanitario)*
3. *También quisiera saber, y ya concretando más en el papel del farmacéutico como profesional (que trabaja en ese establecimiento) y desde su visión particular, su opinión sobre la función que desarrollan los farmacéuticos comunitarios (titulares y adjuntos)*
4. *Sabiendo cual es la función, la actividad desarrollada por el farmacéutico, ¿cuál debería ser esta función en el futuro?, ¿Debería modificarse en algún sentido lo que hoy hace el farmacéutico?*
5. *¿Qué elementos deben estar presentes en cualquier proyecto presente, pasado o futuro de Actividades Profesionales que realice o pueda <realizar el farmacéutico comunitario y cuáles no?*
6. *¿Cuál debería ser globalmente el objetivo último de un proyecto de cualquier proyecto de SCFC?*
7. *En el supuesto de que se haya contestado que a medio plazo es necesario un cambio en las actividades realizadas, o servicios ofrecidos en la farmacia por el farmacéutico (o de actitud) quisiera saber si, desde su punto de vista ¿existe en este sentido algún tipo de presión interna (desde la propia profesión) o externa (ajena a la profesión como por ejemplo desde otros colectivos (consumidores, administración, etc. que apoyan (o entorpecen) este cambio?.*

Tema 2: Experiencias con la diseminación y la implantación

1. *¿En qué experiencias profesionales distintas de la dispensación ha participado o está participando?(ya sea programas globales que contengan algún servicio concreto o servicios concretos)*
2. *Podría decirme ¿cuáles son aquellos factores que a su modo de ver afectaron al proceso en el sentido que pudieron influir en el éxito o el fracaso del mismo?*
3. *Si tuviese que participar otra vez en alguno de esos programas /liderar otra vez alguno de esos programas o mejor, si se tuviese que plantear en el futuro la implantación de nuevos servicios profesionales en la farmacia, ¿qué haría de manera diferente a lo que hizo en el pasado?*

Tema 3: Estrategias de / para el cambio

1. *En este sentido quisiera que me describiera en relación con los servicios cognitivos en los que ha participado/ha liderado, ¿cómo abordaron la parte relativa al cambio (de actitudes, de actividad, de forma de realizar el ejercicio profesional, etc).*
2. *¿Qué tipo de comportamiento se pretendía modificar con el proyecto?*
3. *¿Quién lideró el cambio?*
4. *¿Diferentes aspectos que supusieron el éxito o el fracaso en las estrategias de cambio utilizadas anteriormente?*
5. *¿Cómo se podía haber abordado una estrategia de cambio de una manera diferente para tener éxito?*
6. *Más concretamente, ¿apoya alguna estrategia de cambio en concreto que desde su punto de vista deba utilizarse en futuros proyectos?*

Tema 4: Redes – Estructura

1. *Quisiera saber desde su opinión, quién o qué organización debe promover la implantación de SCFC. Dentro de las organizaciones ¿quiénes deben ser los que lideren estos procesos de implantar nuevos servicios?*
2. *¿Con quien interacciona Ud, con los dirigentes de la organización, con otros técnicos....?*
3. *En qué sentido le parece que es importante que un proceso lo plantee una organización u otra en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica*
4. *¿Qué relaciones cree que existen actualmente entre las distintas organizaciones que pueden actuar implantando SCFC?*
5. *¿Tienen todas ellas los mismos objetivos profesionales?*

Tema 5 : Aspectos Financieros

1. *Cómo valora esta dualidad profesión – mercado. ¿le parece positiva? ¿Cómo pueden conjugarse los aspectos profesionales con los financiero – económicos?*
2. *¿Qué papel le parece que juegan los aspectos financieros en la actitud de los farmacéuticos a la hora de plantearse cambios en su práctica profesional?*

3. *En ocasiones se dice que el sistema retributivo que tenemos con margen comercial debe cambiar. Incluso dicen que es perverso, ¿qué opinión tiene del margen o del sistema retributivo actual?*
4. *¿Cómo cree que puede influir la provisión de nuevos servicios profesionales en la economía de la farmacia? ¿Tendría algún impacto o no?. En su caso ¿sería una influencia positiva, negativa o ninguna?*
5. *La influencia, el peso de los aspectos financieros puede afectar a que un farmacéutico se implique más o menos en un programa o en la implantación de un SCFC?*
6. *Desde su punto de vista, ¿cómo interaccionan la entidad “negocio” con la entidad “profesión”?*

ANEXO 5. Metodología Taller de expertos. Grupo Nominal.

METODOLOGÍA DEL TALLER DE EXPERTOS

1.-El investigador – coordinador, hizo una breve introducción. Con la intención de que los participantes se familiaricen con el tema se presentaron las definiciones necesarias para desarrollar el trabajo planteado. (10 min) Las definiciones que se presentarán se referirán a los siguientes conceptos: Servicios Cognitivos; barreras y facilitadores; diseminación e implantación (Anexo I)

2.-Presentación del moderador y de los objetivos de la sesión.

Primero la presentación en global la hará el técnico y luego el moderador punto por punto una vez comenzada la sesión.

Objetivo 1: Identificar los elementos facilitadores para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española

Inicia la secuencia de la dinámica para cubrir el objetivo 1.

- Presentar brevemente la dinámica a seguir, mientras se entrega a cada uno de los expertos un punto y dos tarjetas de color
- Presentar la siguiente afirmación:

Existen elementos que facilitan la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias.

- En el panel aparecerá una escala de posibles respuestas. Se le pedirá a cada uno de los expertos que se sitúe en el panel el punto rojo que le ha sido entregado, según su grado de acuerdo con la afirmación anterior:

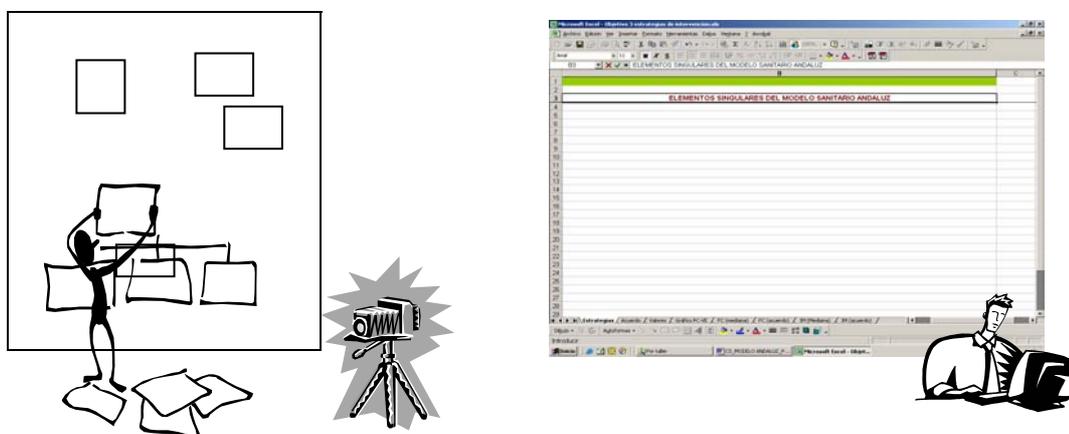
- ++ Completamente de acuerdo
- + De acuerdo con matices
- En desacuerdo con matices positivos
- Totalmente en desacuerdo

--	-	+	++
			

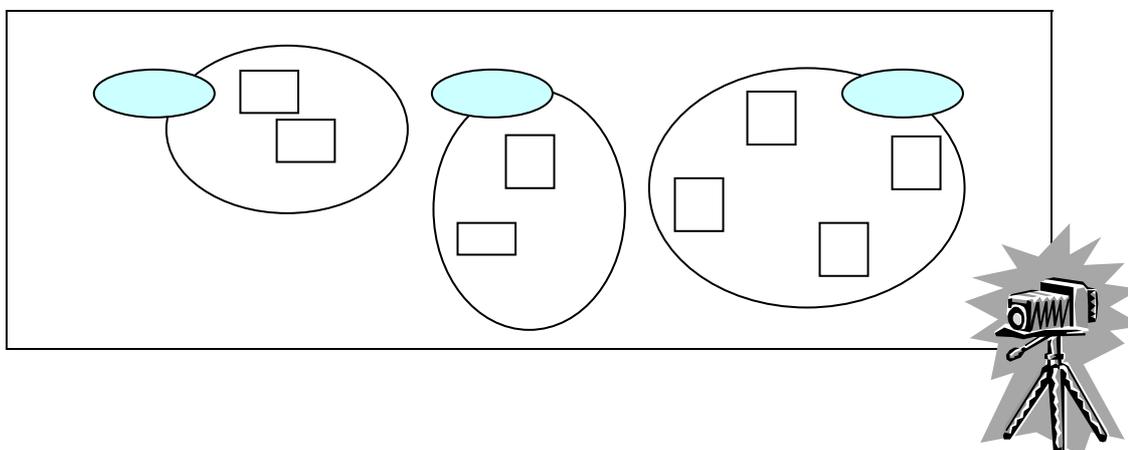
- Cuando los expertos se hayan sentado nuevamente, se les hará la siguiente pregunta:

Desde su punto de vista ¿cuáles son los elementos facilitadores de la implantación de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias españolas?

- Pedir al grupo de expertos que escriba en silencio dos elementos facilitadores (uno en cada tarjeta).
- Pedir al grupo de expertos que, por turnos sucesivos, haga la presentación nominal de los elementos que ha identificado. Para ello cada experto deberá leer la idea central que ha escrito en su tarjeta y tendrá un minuto para exponerla.
- Si alguien no entiende, se hará la aclaración y formulación correcta. Simultáneamente, se adherirán las tarjetas al panel según su contenido, y se registrarán en el ordenador, en la aplicación informática preparada para este fin.



- Pedir al grupo de expertos que elimine las duplicidades y el moderador agrupará las ideas complementarias propuestas en la fase anterior.
- Posteriormente se revisarán las agrupaciones y se cerrarán los grupos dando un título a cada uno, buscando que éstos sean muy precisos.
- Se registrarán los datos en una aplicación informática.



- Finalmente el moderador hará un resumen leyendo los títulos y tarjetas correspondientes y se tomará una foto digital del panel para incluir en el informe.

DESCANSO: 10 minutos

Objetivo 2: Priorizar estos elementos **facilitadores** en función de su **importancia** relativa en la práctica y de la **factibilidad** respecto a su utilización.

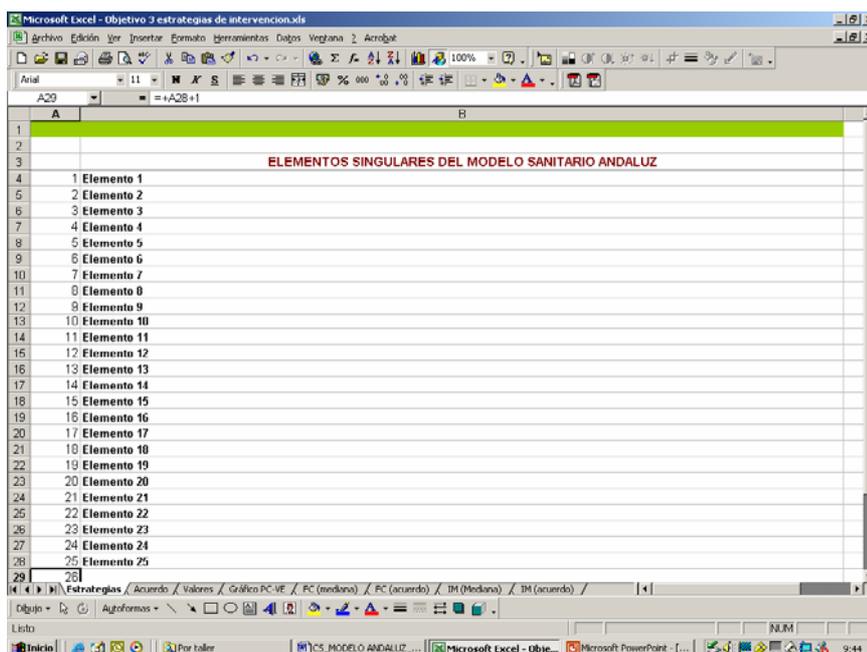
Inicia la secuencia de la dinámica para cubrir el objetivo 3.

- Presentar brevemente la dinámica a seguir.
- A continuación, se pedirá a cada experto que valore cada una de las agrupaciones de elementos facilitadores según dos criterios:

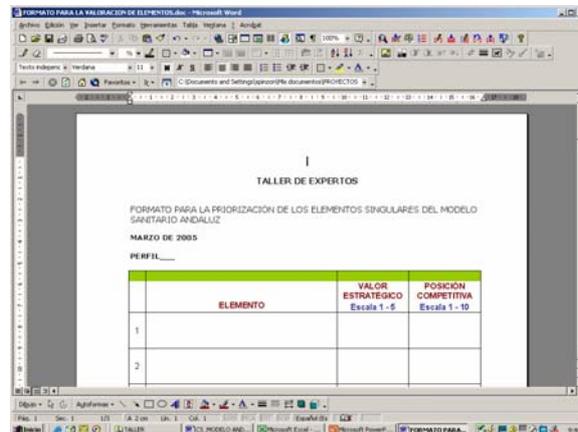
Importancia: que se define como la prioridad de determinadas acciones en razón de su poder para responder a un problema o demanda planteada y en razón de su potencia para mejorar la eficacia del funcionamiento de un sistema (política, plan, programa, servicio o unidad). En nuestro caso, la Importancia vendrá dada por la capacidad del ‘facilitador’ de contribuir a superar barreras o a implantar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria.

Factibilidad: que se define como la posibilidad de cada elemento de ser utilizado teniendo en cuenta la situación actual (políticas, recursos existentes, estructuras...).

- En la pantalla y en el panel permanecerán presentados cada uno de los títulos correspondientes a grupos de elementos facilitadores con un número de orden secuencial, como aparece a continuación:



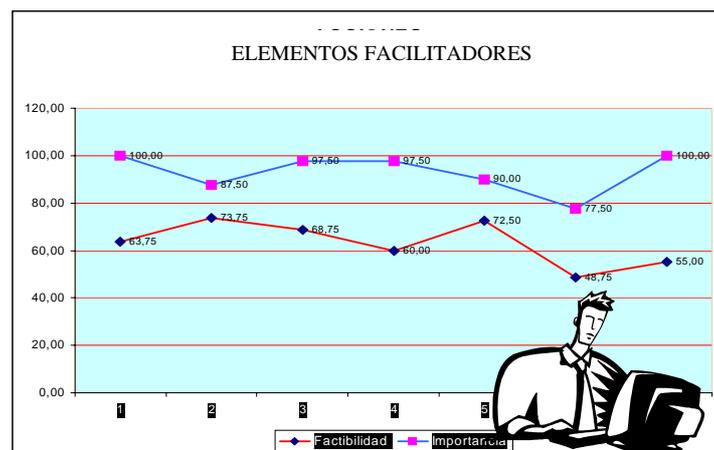
- Los expertos puntuarán la importancia de 1 a 5 puntos (1 mínima importancia y 5 máxima importancia) y la factibilidad (1 mínima facilidad y 10 máxima facilidad) en el formato que se les ha entregado previamente, y en silencio.



- Una vez hubieran terminado la votación, en rondas sucesivas leerán sus puntuaciones y se registrarán éstas en el ordenador, luego de un descanso se prepararán los gráficos:
 - Tabla de datos
 - Gráfico combinado importancia y factibilidad
 - Gráfico puntuaciones de importancia vs. mediana
 - Gráfico puntuaciones de factibilidad vs. Mediana

DESCANSO: 20 minutos

- El moderador presentará a los expertos los resultados obtenidos en valor importancia y factibilidad de cada uno de los elementos propuestos y verificará que éstos reflejan razonablemente el pensamiento del grupo.



FIN DE LA SESIÓN.