

**TESIS DOCTORAL**  
**FACULTAD DE FARMACIA**

**FARMACIA RURAL Y ATENCIÓN  
FARMACÉUTICA EN ESPAÑA**



*ROSA ANA TORRECILLAS NAVARRO*  
*Granada, Octubre de 2011*

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Rosa Ana Torrecillas Navarro  
D.L.: GR 1882-2012  
ISBN: 978-84-9028-106-2

# **FARMACIA RURAL Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA**

Memoria que presenta Rosa Ana Torrecillas Navarro  
Para aspirar al Grado de Doctor

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

Dr. D. José Espejo Guerrero

Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez

Rosa Ana Torrecillas Navarro  
Aspirante al Grado de Doctor

**Dr. D. José Espejo Guerrero**, Farmacéutico Comunitario y miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

### **CERTIFICA**

Que la Tesis Doctoral titulada **FARMACIA RURAL Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA**, ha sido realizada por la Licenciada en Farmacia **Dña. Rosa Ana Torrecillas Navarro** bajo mi dirección, para la obtención del Grado de Doctor, y considerando que se haya concluida y reúne los requisitos oportunos, autorizo su presentación para que pueda ser juzgada por el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, se expide la presente certificación, en Granada a 27 de Octubre de 2011.

Dr. D. José Espejo Guerrero

**Dr. D. Fernando Martínez Martínez**, Profesor Titular de Universidad del Departamento de Química Física de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada y miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

## **CERTIFICA**

Que la Tesis Doctoral titulada **FARMACIA RURAL Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA**, ha sido realizada por la Licenciada en Farmacia **Dña. Rosa Ana Torrecillas Navarro** bajo mi dirección, para la obtención del Grado de Doctor, y considerando que se haya concluida y reúne los requisitos oportunos, autorizo su presentación para que pueda ser juzgada por el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, se expide la presente certificación, en Granada a 27 de Octubre de 2011.

Dr. D. Fernando Martínez Martínez

## **AGRADECIMIENTOS**

Una vez llegado este anhelado momento, quisiera poner de manifiesto mi gratitud a todas aquellas personas que de algún modo han participado en el desarrollo de la presente Tesis.

A mis directores de Tesis José Espejo y Fernando Martínez por su total implicación en el desarrollo y revisión de la Tesis.

A mi compañera Maria Dolores Ortiz del CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería por su disponibilidad para ayudarme a conseguir los artículos solicitados.

Al colectivo de farmacéuticos rurales de España, por su afanado trabajo, y porque sin su colaboración al rellenar el cuestionario este trabajo no se podría haber desarrollado.

Y finalmente, a mi marido por su colaboración y apoyo sobre todo en los momentos difíciles.

A mis Pepes, mi hijo y marido

A mis padres y hermanos

### Resumen

En España, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos el 94,1% de la población residente en el medio rural dispone de al menos una oficina de farmacia en su lugar de residencia. De forma, que el medio rural integra al 20 % de la población y afecta al 90% del territorio español. De los 8.111 municipios que existen en España 6.729 se emplazan en el medio rural (82,96%), y de ellos 3917 disponen de al menos una oficina de farmacia (58,2%), siendo el número total de oficinas de farmacia en el medio rural de 5.293, es decir, el 25,3% del total. Estas farmacias rurales suelen estar ubicadas en zonas con poca población, que disponen de una gran cantidad de personas mayores que requieren una atención farmacéutica y un seguimiento especiales, por parte del farmacéutico. La singularidad de estas zonas es, precisamente, lo que determina que, en ocasiones, este farmacéutico deba suplir con su esfuerzo y dedicación profesional muchas de las carencias con las que se tiene que enfrentar en el día a día de su oficina de farmacia, lo que le puede acarrear cierto desgaste profesional y llegar a sufrir el síndrome del trabajador quemado (*Burnout*). Sin embargo, no hay ningún estudio sobre la especificidad de la atención farmacéutica que presta el farmacéutico que ejerce su actividad profesional en Oficina de Farmacia Rural en España, ni de su correlación con el desgaste profesional sufrido por el farmacéutico, así como tampoco existe un índice de ruralidad que permita discriminar el grado de ruralidad de la Oficina de Farmacia.

Por todo ello, el objetivo de la presente Tesis Doctoral es determinar el perfil de la atención farmacéutica que presta el farmacéutico que ejerce su actividad profesional en Oficina de Farmacia Rural en España, y estudiar su correlación con el desgaste profesional sufrido por el farmacéutico y el grado de ruralidad de la oficina de farmacia donde ejerce su labor profesional. Para ello se ha realizado un estudio descriptivo transversal con componentes analíticos, realizado mediante encuestas autoadministradas por correo postal, dirigidas a una muestra de farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia de España de pueblos de hasta 5000 habitantes. El muestreo tipo aleatorio estratificado, se realizó en dos oleadas, entre junio y noviembre de 2009. Para la fase experimental, se ha elaborado un cuestionario con 80 ítems, correspondientes a variables de tipo: sociodemográfico,

relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia, relacionadas con la estructura y funcionamiento de la oficina de farmacia y la atención farmacéutica practicada, relativas a las relaciones profesionales del farmacéutico con el Sistema Sanitario, sobre la formación continuada realizada por el farmacéutico, sobre las peculiaridades del farmacéutico rural y finalmente los 22 ítems del cuestionario MBI para evaluar el síndrome de *burnout*. La información obtenida en la fase experimental se procesó en formato de base de datos y se realizó un análisis descriptivo de las variables, así como varios análisis de la varianza simple entre varias variables significativas y un análisis de correspondencias múltiple. Además, se ha elaborado un Índice General de Ruralidad en Oficina de Farmacia en España (IGROFE) que permite discriminar entre diferentes grados de ruralidad y urbanidad de las oficinas de farmacia. Mediante este índice de ruralidad, se ha obtenido que el 63,2 % de los farmacéuticos muestrales son rurales. Asimismo, se ha obtenido una prevalencia del síndrome del trabajador quemado (*Burnout*) en los farmacéuticos muestrales del 9,52 %, de forma que, presentan un nivel medio de grado de quemado, ya que las tres subescalas del MBI (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) presentan este nivel. Finalmente, se ha correlacionado la atención farmacéutica que prestan los farmacéuticos de oficina de farmacia de España con su nivel de quemado y el grado de ruralidad de la misma, observándose mayor grado de quemado en oficinas de farmacia urbanas que prestan de forma absoluta, mayor número de servicios de atención farmacéutica, y menor grado de quemado en las rurales que prestan menor número de servicios de atención farmacéutica en valor absoluto. Sin embargo, si se relativiza el número de actuaciones de atención farmacéutica que prestan los farmacéuticos, teniendo en consideración la cuantificación de la población a la que atienden, no existe una tendencia clara entre quien realiza un mayor número de estas prestaciones de atención farmacéutica, si los farmacéuticos rurales o los urbanos.

### **Abstract**

In Spain, according to the General Council of the Official Association of Pharmacists 94.1% of the population living in rural areas have at least one chemist's in their area of residence. Rural areas integrate 20% of the population and include 90% of Spanish territory. Of the 8111 municipalities that exists in Spain 6729 are located in rural areas (82.96%), of which 3917 have at least one pharmacy (58.2%), being the total number of pharmacies in the rural environment of 5293, ie 25.3% of the total. These pharmacies are often located in rural areas with small populations, which have a large number of older people requiring pharmaceutical care and special monitoring by the pharmacist. The uniqueness of these areas is precisely what determines that, at times, the pharmacist must cover with his/her effort and professional dedication many of the weaknesses with which he/her must face every day in the pharmacy. This can lead to stress and eventually to suffer the burned out worker syndrome (Burnout). However, there is no study on the specificity of pharmaceutical care provided by the pharmacists which exercise their profession in Rural Pharmacies Office in Spain, neither of their correlation with burnout suffered by the pharmacist. Neither exists an index of rurality which allows discriminating the degree of rurality of the Pharmacy.

Therefore, the target of this doctoral thesis is to determine the profile of pharmaceutical care provided by the pharmacist who exercises his/her profession in Rural Pharmacy Office in Spain, and study its correlation with burnout suffered by the chemists and the degree of rurality of the pharmacy where he/she develops as professional work. For this a cross-sectional study with analytical components has been made by means of self-administered surveys conducted by mail, addressed to a sample of pharmacists in dispensing pharmacies in Spain from villages up to 5000 people. Stratified random sampling type was conducted in two waves, between June and November 2009. For the experimental phase, a questionnaire with 80 items has been developed, for the following type variables: sociodemographic, health-related infrastructure in the municipality where the pharmacy is located, related to the structure and operation of the pharmacy and

the pharmaceutical care practiced relating to the professional pharmacist relationships with the health system, on continuing training by the pharmacist, on the peculiarities of rural and finally the 22 items of the MBI questionnaire to evaluate the burnout syndrome. The information obtained in the pilot phase was processed in database format and performed a descriptive analysis of the variables as well as several simple analyses of variance among several significant variables. Furthermore, it has been developed a General Index of Rurality in pharmacies in Spain (IGROFE) that can discriminate between different degrees of rurality and urbanity of the pharmacy. By this rurality index has been concluded that 63.2% of the sample are pharmacists in rural areas. It has also obtained a prevalence of the syndrome of worker burnout in the pharmaceutical sample of 9.52%, so that, they have an average degree of burnout, since all three MBI subscales (Emotional Exhaustion, Depersonalization and personal accomplishment) have this level. Finally, we have correlated the pharmaceutical care provided by pharmacists in pharmacies in Spain with their burning out level and their degree of rurality, showing higher burnout in urban pharmacies that provide in absolute terms more pharmaceutical care services, and lower burnout in rural areas with fewer pharmaceutical care services in absolute terms. However, if we downplays the number of performances of pharmaceutical care provided by pharmacists, taking into account the quantification of the population they serve, there is no clear trend between those who performed more of these services of pharmaceutical care, whether the chemist is a rural or an urban one.

## ÍNDICE

Resumen

Abstract

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES .....	5
<b>2.1. EJERCICIO PROFESIONAL SANITARIO EN EL MEDIO RURAL</b> .....	6
<b>2.1.1. Concepto de medio rural</b> .....	6
<b>2.1.2. El medio rural como ámbito de trabajo de los profesionales sanitarios</b> .....	11
<b>2.1.3. Índices de ruralidad</b> .....	16
<b>2.1.3.1. Criterios para seleccionar un índice</b> .....	16
<b>2.1.3.2. Elaboración de un índice de ruralidad</b> .....	19
<b>2.1.4. Servicios sanitarios en las zonas rurales</b> .....	25
<b>2.1.5. Servicios farmacéuticos en las zonas rurales</b> .....	26
<b>2.2. SÍNDROME DE BURNOUT</b> .....	34
<b>2.2.1. Concepto del síndrome del trabajador quemado o <i>Burnout</i></b> .....	34
<b>2.2.2. Síndrome de <i>burnout</i> y estrés</b> .....	36
<b>2.2.3. Etapas de desarrollo del síndrome de <i>burnout</i></b> .....	37
<b>2.2.4. Factores que intervienen en el desarrollo del <i>burnout</i></b> ...	38
<b>2.2.5. Consecuencias del <i>burnout</i></b> .....	40
<b>2.2.6. Prevención y tratamiento del <i>burnout</i></b> .....	41
<b>2.2.7. Instrumentos de medida del <i>burnout</i></b> .....	44
<b>2.2.8. <i>Burnout</i> en profesionales sanitarios</b> .....	48
<b>2.2.9. <i>Burnout</i> en farmacéuticos</b> .....	49

<b>2.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN FARMACIA RURAL .....</b>	<b>50</b>
<b>2.3.1. Definición del concepto de Atención Farmacéutica.....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO 3. OBJETIVOS .....</b>	<b>56</b>
<b>CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>58</b>
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
<b>5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESTRUCTURA DE LA MUESTRA Y TASA DE MUESTREO .....</b>	<b>65</b>
<b>5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES MUESTRALES .....</b>	<b>66</b>
<b>5.2.1. Variables sociodemográficas .....</b>	<b>66</b>
<b>5.2.2. Variables relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia .</b>	<b>70</b>
<b>5.2.3. Variables relacionadas con la estructura y funcionamiento de la oficina de farmacia y la atención farmacéutica .....</b>	<b>73</b>
<b>5.2.4. Variables relacionadas con las relaciones profesionales del farmacéutico con el Sistema Sanitario</b>	<b>94</b>
<b>5.2.5. Variables relacionadas con la formación continuada realizada por el farmacéutico en el último año .....</b>	<b>101</b>
<b>5.2.6. Ítems del cuestionario MBI de medición del síndrome de <i>burnout</i>.....</b>	<b>107</b>
<b>5.2.7. Variables relacionadas con las peculiaridades del farmacéutico rural .....</b>	<b>108</b>
<b>5.3. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE GENERAL DE RURALIDAD EN OFICINA DE FARMACIA EN ESPAÑA (IGROFE) .....</b>	<b>109</b>

5.3.1. Definición del índice de ruralidad IGROFE .....	109
5.3.2. Cálculo del índice de ruralidad MSU con los datos muestrales .....	110
5.3.3. Fiabilidad del índice de ruralidad IGROFE .....	111
5.3.4. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y las variables que lo definen .....	112
5.3.5. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y variables relacionadas con la atención farmacéutica ..	113
<b>5.4. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS FARMACÉUTICOS DE LA MUESTRA .....</b>	<b>116</b>
5.4.1. Validación del cuestionario MBI para su aplicación en farmacéuticos de oficina de farmacia rural en España .....	116
5.4.2. Análisis descriptivo de las tres subescalas del cuestionario MBI .....	120
5.4.3. Relación entre el síndrome de <i>burnout</i> que padecen los farmacéuticos y las variables muestrales .....	121
5.4.3.1. Subescala de Cansancio Emocional .....	121
5.4.3.2. Subescala de Despersonalización .....	122
5.4.3.3. Subescala de Realización Personal .....	125
5.4.4. Relación entre el síndrome de <i>burnout</i> que padecen los farmacéuticos con los índices de ruralidad .....	126
<b>5.5. RELACIONES ENTRE EL DESGASTE PROFESIONAL DE LOS FARMACÉUTICOS, LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA QUE PRESTAN, EL GRADO DE RURALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA Y OTRAS VARIABLES .....</b>	<b>127</b>
<b>CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>136</b>
<b>6.1. ESTRUCTURA DE LA MUESTRA Y TASA DE MUESTREO</b>	<b>137</b>

6.2. <i>CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE LOS FARMACÉUTICOS DE OFICINA RURAL DE ESPAÑA</i> .....	137
6.3. <i>RURALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN ESPAÑA</i> .....	148
6.4. <i>PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS FARMACÉUTICOS RURALES DE ESPAÑA</i> .....	153
6.5. <i>RELACIONES ENTRE EL DESGASTE PROFESIONAL DE LOS FARMACÉUTICOS, LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA QUE PRESTAN, EL GRADO DE RURALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA Y OTRAS VARIABLES</i> .....	160
<b>CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	166
7.1. <i>CONCLUSIONES</i> .....	167
7.2. <i>FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</i> .....	172
<b>CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	173
<b>ANEXO: CUESTIONARIO</b> .....	191

### Índice de Tablas:

<b>Tabla 1.</b> Clasificación de zonas en urbanas o rurales según el sistema de clasificación RUCC .....	10
<b>Tabla 2.</b> Cobertura de sustitutos para farmacias rurales de Minnesota, Dakota del norte y Dakota del sur .....	28
<b>Tabla 3.</b> Diferencias entre estrés y síndrome de <i>burnout</i> .....	36
<b>Tabla 4.</b> Principales instrumentos de medida del síndrome de <i>burnout</i> .....	44
<b>Tabla 5.</b> Factorización e ítems del instrumento MBI .....	46
<b>Tabla 6.</b> Niveles de quemado de las tres subescalas del síndrome de <i>burnout</i> .....	61

<b>Tabla 7.</b> Descripción de la estructura de la muestra y tasa de respuesta por comunidades autónomas .....	65
<b>Tabla 8.</b> Análisis descriptivo de la variable densidad de población de los municipios (habitantes/km <sup>2</sup> ) respecto de las categorías de la variable población del municipio (habitantes) .....	69
<b>Tabla 9.</b> Análisis descriptivo de las variables relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio .....	71
<b>Tabla 10.</b> Frecuencias de las diferentes entidades que han organizado los cursos a distancia de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año .....	103
<b>Tabla 11.</b> Frecuencias de las diferentes entidades que han organizado los cursos presenciales de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año .....	103
<b>Tabla 12.</b> Frecuencias de las diferentes temáticas de los cursos a distancia de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año .....	104
<b>Tabla 13.</b> Frecuencias de las diferentes temáticas de los cursos presenciales de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año .....	105
<b>Tabla 14.</b> Frecuencias de las diferentes categorías de las mejoras que proponen los farmacéuticos a la formación continuada ofertada por los diferentes organismos .....	106
<b>Tabla 15.</b> Media y DE de los 22 ítems del cuestionario MBI .....	107
<b>Tabla 16.</b> Media y DE de las puntuaciones (0-10) otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a los principales problemas de los Farmacéuticos Rurales .....	108
<b>Tabla 17.</b> Media y DE de las puntuaciones (0-10) otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a las organizaciones farmacéuticas en función de quien defienden mejor los intereses de los Farmacéuticos Rurales .....	108
<b>Tabla 18.</b> Frecuencias de las categorías del percepción que tiene el farmacéutico de sentirse Farmacéutico Rural .....	109
<b>Tabla 19.</b> Categorías y frecuencias de los índices IGROFE y MSU .....	112
<b>Tabla 20.</b> Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y las variables que lo definen .....	113

<b>Tabla 21.</b> Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y variables relacionadas con la atención farmacéutica. Parte 1 .....	114
<b>Tabla 22.</b> Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y variables relacionadas con la atención farmacéutica. Parte 2 .....	115
<b>Tabla 23.</b> Comunalidades de las variables para la solución inicial y la rotada ...	117
<b>Tabla 24.</b> Comunalidades de las variables para la solución inicial y rotada del modelo de Análisis Factorial .....	118
<b>Tabla 25.</b> Cargas factoriales de las soluciones inicial y rotada de las variables sobre cada factor .....	119
<b>Tabla 26.</b> Matriz de transformación de los factores del modelo de Análisis Factorial .....	119
<b>Tabla 27.</b> Análisis descriptivo de las tres subescalas del síndrome de <i>burnout</i> ...	121
<b>Tabla 28.</b> Relación entre la subescala de Cansancio Emocional del síndrome de <i>burnout</i> y la variable muestral <i>comunidad autónoma</i> .....	122
<b>Tabla 29.</b> Relación entre la subescala de Despersonalización del síndrome de <i>burnout</i> y las variables muestrales .....	123
<b>Tabla 30.</b> Relación entre la subescala de Realización Personal del síndrome de <i>burnout</i> y las variables muestrales .....	126
<b>Tabla 31.</b> Relación entre las subescalas del síndrome de <i>burnout</i> y los índices de ruralidad IGROFE y MSU .....	127
<b>Tabla 32.</b> Nomenclatura de las categorías de las variables analizadas en el Análisis de Correspondencias Múltiple. Parte 1 .....	131
<b>Tabla 33.</b> Nomenclatura de las categorías de las variables analizadas en el Análisis de Correspondencias Múltiple. Parte 2 .....	132
<b>Tabla 34.</b> Nomenclatura de las categorías de las variables analizadas en el Análisis de Correspondencias Múltiple. Parte 3 .....	133
<b>Tabla 35.</b> Medidas de discriminación de las variables .....	134

## Índice de Figuras:

Figura 1. Plano Factorial del modelo de Análisis de Correspondencias Múltiple ..	135
--	-----

## Índice de Gráficos:

<b>Gráfico 1.</b> Frecuencias de la variable sexo de los farmacéuticos .....	67
<b>Gráfico 2.</b> Frecuencias de las categorías en años de la edad de los farmacéuticos	67
<b>Gráfico 3.</b> Frecuencias de la variable relaciones personales del farmacéutico ....	68
<b>Gráfico 4.</b> Frecuencias de la variable número de hijos del farmacéutico .....	68
<b>Gráfico 5.</b> Frecuencias de las categorías de la variable población del municipio .	69
<b>Gráfico 6.</b> Frecuencias de la variable tipo de centro médico del municipio .....	70
<b>Gráfico 7.</b> Frecuencias de las categorías de la variable número de médicos .....	71
<b>Gráfico 8.</b> Frecuencias de las categorías de la variable número de pediatras .....	72
<b>Gráfico 9.</b> Frecuencias de las categorías de la variable distancia (km) al Centro de Urgencias más próximo .....	72
<b>Gráfico 10.</b> Frecuencias de las categorías de la variable distancia (km) del municipio al hospital más cercano .....	73
<b>Gráfico 11.</b> Frecuencias de las categorías del año en que se licenció el farmacéutico .....	74
<b>Gráfico 12.</b> Frecuencias de las categorías de los años que lleva el farmacéutico ejerciendo su trabajo en la farmacia actual .....	74
<b>Gráfico 13.</b> Frecuencias de las categorías del número de auxiliares a tiempo total que trabajan en la oficina de farmacia .....	75
<b>Gráfico 14.</b> Frecuencias de las categorías del número de auxiliares a tiempo parcial que trabajan en la oficina de farmacia .....	75
<b>Gráfico 15.</b> Frecuencias de las categorías del número de farmacéuticos a tiempo total que tienen contratados las oficinas de farmacia .....	76
<b>Gráfico 16.</b> Frecuencias de las categorías del número de farmacéuticos a tiempo parcial que tienen contratados las oficinas de farmacia .....	76
<b>Gráfico 17.</b> Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la presión arterial .....	77
<b>Gráfico 18.</b> Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la presión arterial gratuitamente .....	77
<b>Gráfico 19.</b> Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la glucemia .....	78
<b>Gráfico 20.</b> Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la glucemia gratuitamente .....	78
<b>Gráfico 21.</b> Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición del colesterol .....	78

<b>Gráfico 22.</b> Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan otros servicios de determinaciones biológicas .....	79
<b>Gráfico 23.</b> Frecuencias de las categorías de las horas trabajadas a la semana en las oficinas de farmacia .....	79
<b>Gráfico 24.</b> Frecuencias de las categorías de las guardias realizadas al año (días) por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia .....	80
<b>Gráfico 25.</b> Frecuencias de las categorías del tipo de guardias realizadas por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia .....	80
<b>Gráfico 26.</b> Frecuencias de las categorías de la duración de cada guardia realizada por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia .....	80
<b>Gráfico 27.</b> Frecuencias de las categorías del tipo de organización de las vacaciones por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia .....	81
<b>Gráfico 28.</b> Frecuencias de las categorías de la facturación anual (€) de las oficinas de farmacia .....	82
<b>Gráfico 29.</b> Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de medicamentos al día en la oficina de farmacia .....	82
<b>Gráfico 30.</b> Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes en la oficina de farmacia .....	83
<b>Gráfico 31.</b> Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día en la oficina de farmacia .....	83
<b>Gráfico 32.</b> Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes en la oficina de farmacia .....	84
<b>Gráfico 33.</b> Frecuencias de las categorías del número de consultas de indicación a la semana que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	85
<b>Gráfico 34.</b> Frecuencias de las categorías del número de consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes que recibe el farmacéutico en la farmacia .....	85
<b>Gráfico 35.</b> Frecuencias de las categorías del número de consultas sobre medicamentos a la semana que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	85
<b>Gráfico 36.</b> Frecuencias de las categorías del número de consultas sobre medicamentos a la semana por cada mil habitantes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	86

<b>Gráfico 37.</b> Frecuencias de las categorías del número de consultas a la semana relacionadas con la salud de los pacientes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	86
<b>Gráfico 38.</b> Frecuencias de las categorías del número de consultas a la semana por cada mil habitantes relacionadas con la salud de los pacientes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	86
<b>Gráfico 39.</b> Frecuencias de las categorías del número de ayudas al cumplimiento farmacoterapéutico al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	87
<b>Gráfico 40.</b> Frecuencias de si se registra o no la ayuda al cumplimiento prestada por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	88
<b>Gráfico 41.</b> Frecuencias de las categorías del número de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes realizados por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	88
<b>Gráfico 42.</b> Frecuencias de si se registra o no el seguimiento farmacoterapéutico realizado por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	89
<b>Gráfico 43.</b> Frecuencias de las categorías del número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	90
<b>Gráfico 44.</b> Frecuencias de si se registra o no la atención domiciliaria realizada por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	90
<b>Gráfico 45.</b> Frecuencias de las categorías del número de pesado y tallado de bebés al año por cada mil habitantes realizados por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	91
<b>Gráfico 46.</b> Frecuencias de si se registra o no el peso y talla de bebés realizado por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	91
<b>Gráfico 47.</b> Frecuencias de las categorías del número de confecciones de dietas al año y por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	92
<b>Gráfico 48.</b> Frecuencias de si se registra o no la confección de dietas realizadas a los pacientes por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	92

<b>Gráfico 49.</b> Frecuencias de las categorías del número de intervenciones en el programa de deshabituación tabáquica al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	93
<b>Gráfico 50.</b> Frecuencias de si se registra o no el programa de deshabituación tabáquica prestado a los pacientes por el farmacéutico en la oficina de farmacia .....	94
<b>Gráfico 51.</b> Frecuencias de las categorías de las relaciones profesionales de los farmacéuticos con el médico .....	94
<b>Gráfico 52.</b> Frecuencias de las categorías de la forma que tiene el farmacéutico de resolver cuestiones sobre terapéutica cuando se encuentra el médico en el municipio .....	95
<b>Gráfico 53.</b> Frecuencias de las categorías de la forma que tiene el farmacéutico de resolver cuestiones sobre terapéutica cuando no se encuentra el médico en el municipio .....	95
<b>Gráfico 54.</b> Frecuencias de las categorías de si sabe o no el farmacéutico quien es el farmacéutico de su Distrito Sanitario .....	96
<b>Gráfico 55.</b> Frecuencias de las categorías de si el farmacéutico del Distrito Sanitario del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia presta ayuda o no en relación a la atención farmacéutica .....	96
<b>Gráfico 56.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial .....	97
<b>Gráfico 57.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al vocal de Oficinas de Farmacia del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial ..	97
<b>Gráfico 58.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al vocal de Farmacéuticos Rurales del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial ...	98
<b>Gráfico 59.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al vocal de Oficinas de Farmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España .....	98

<b>Gráfico 60.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos a la asociación de Farmacéuticos Rurales .....	99
<b>Gráfico 61.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al Farmacéutico de Distrito .....	99
<b>Gráfico 62.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al Farmacéutico de Hospital .....	100
<b>Gráfico 63.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos a la universidad .....	100
<b>Gráfico 64.</b> Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos a CAF Stada .....	101
<b>Gráfico 65.</b> Frecuencias de las categorías de si los farmacéuticos han realizado o no cursos de formación continuada a distancia el último año .....	102
<b>Gráfico 66.</b> Frecuencias de las categorías de si los farmacéuticos han realizado o no cursos de formación continuada presenciales el último año .....	102
<b>Gráfico 67.</b> Comparación de las puntuaciones muestrales de las tres subescala del MBI con las de los farmacéuticos del SERGAS, Turquía y USA .....	154

**CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**

## 1. INTRODUCCIÓN.

En España, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos el 94,1% de la población residente en el medio rural dispone de al menos una oficina de farmacia en su lugar de residencia (CGCOF, 2008), considerando como *medio rural* el “Espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km<sup>2</sup>“, definición que fija la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural (BOE, 2007). Asimismo, se indica que el medio rural integra al 20 % de la población y afecta al 90% del territorio español. De los 8.111 municipios que existen en España 6.729 se emplazan en el medio rural (82,96%), y de ellos 3917 disponen de al menos una oficina de farmacia (58,2%), siendo el número total de oficinas de farmacia en el medio rural de 5.293, es decir, el 25,3% del total.

Hay un gran número de farmacias rurales ubicadas en zonas con poca población, que disponen de una gran cantidad de personas mayores que requieren una atención farmacéutica y un seguimiento especial. La singularidad de estas zonas es, precisamente, lo que determina que, en ocasiones, este farmacéutico deba suplir con su esfuerzo y dedicación profesional muchas de las carencias con las que se tiene que enfrentar en el día a día de su oficina de farmacia (Herradón, 2008).

Actualmente la farmacia rural en España se sitúa como uno de los pilares fundamentales en la defensa del modelo español ante la Unión Europea, pero el farmacéutico rural se enfrenta a menor rentabilidad en la farmacia, mayor número de días de guardia cuanto más aislado está, mayor dificultad de encontrar sustituto en vacaciones o en una baja por enfermedad, la imposibilidad de ausentarse para realizar un curso o cualquier actividad de gestión (Bustelo, 2008).

Internacionalmente, la problemática del ejercicio médico y farmacéutico en el medio rural está siendo investigada, y existe la preocupación de si los adultos mayores en las zonas rurales pueden tener un menor acceso a medicamentos que sus homólogos urbanos (Grymonpre y Hawranik, 2008), y se ha comparado las

diferencias de acceso a los servicios de salud de los residentes rurales y urbanos (Dempsey et al., 2003). Además la aprobación de distintas leyes y la actual evolución del mercado farmacéutico ha llevado al planteamiento de la viabilidad de las farmacias rurales (Radford et al., 2007) y el peligro del declive del beneficio (Straub y Straub, 1999).

Los farmacéuticos rurales pueden ofrecer a sus comunidades una valiosa promoción de salud pública. En algunas comunidades rurales, es el farmacéutico el proveedor más visible y accesible de la salud (Sunderland et al., 2006). Pero el gran problema que se plantea es que no existe consenso en cuanto a qué se considera rural, desde el punto de vista de la atención médica y farmacéutica, hasta el punto de que se han establecido por diversos autores lo que se denomina Índices de Ruralidad (Weinert y Boik, 1995; Rourke, 1997; Leduc, 1997; Burns et al., 1998; Murray et al., 2004) para estudiar en profundidad el grado de aislamiento de los profesionales sanitarios, pero siempre desde la perspectiva de la atención médica, no así de la farmacéutica, en donde existe una laguna de conocimiento científico a nivel mundial. Los investigadores recomiendan el uso de más de una definición de ruralidad (Carrie et al, 2006) y el comité de la asociación Australiana de médicos de urgencias ha definido “*zonas rurales aisladas*” y “*zonas rurales lejanas*” (Wakerman, 2004).

En este sentido, internacionalmente se han realizado trabajos sobre los factores que afectan a que los farmacéuticos rurales permanezcan en el tiempo realizando su trabajo en el medio rural y zonas remotas en Australia, y que no se vayan a trabajar a otras zonas más pobladas y menos aisladas (Harding et al., 2006).

Por otra parte, la satisfacción laboral es motivo de interés para los profesionales sanitarios y este concepto forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada. Desatender la satisfacción de las necesidades del individuo y sus motivaciones se traduce fácilmente en el síndrome del “*trabajador quemado*”, conocido en la literatura como “*burnout*”, caracterizado por el sentimiento de distanciamiento (menor implicación), despersonalización e inadecuación profesional, con la consecuente pérdida de calidad de los servicios.

En virtud de todo ello, el farmacéutico que ejerce su labor profesional en farmacia rural en España, se ve sometido a una serie de condicionantes en su trabajo, que en muchas ocasiones le llevan a sufrir el síndrome del “*trabajador quemado*”.

Hay evidencia científica de ello en el campo de las profesiones sanitarias en España, de forma que se han estudiado y validado cuestionarios que incluyen variables que analizan la calidad de vida de los profesionales médicos en atención primaria (Rodríguez et al., 2005; Martín et al., 2008; Cebriá et al., 2003). Otros estudios ponen de manifiesto la afección de este síndrome a los farmacéuticos, así en España, existe un trabajo que estudia la prevalencia del *burnout* en farmacéuticos de atención primaria del SERGAS (Pérez y Díaz, 2007). Internacionalmente, hay varios trabajos en USA que determinan la incidencia del *burnout* en farmacéuticos de oficina de farmacia en este país a nivel general, no particularizados para farmacia rural, en los que se correlacionan variables de tipo sociodemográficas y de ejercicio de la profesión con la aparición de dicho síndrome (Gupchup et al, 1994, 1998).

En España, a pesar del amplio número de farmacias rurales existentes, no hay ningún estudio sobre la problemática descrita a la que se ve sometido el farmacéutico rural, así como tampoco se ha determinado el perfil de la atención farmacéutica que presta el farmacéutico que ejerce su actividad profesional en Oficina de Farmacia Rural y su correlación con el desgaste profesional sufrido por el farmacéutico, así como tampoco existe un índice de ruralidad que permita discriminar el grado de ruralidad de la Oficina de Farmacia, por lo que se plantea la generación de conocimiento sobre dicha materia, constituyéndose estos como los objetivos principales de la presente tesis doctoral.

**CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES**

## 2. ANTECEDENTES.

### 2.1. EJERCICIO PROFESIONAL SANITARIO EN EL MEDIO RURAL.

#### 2.1.1. Concepto de medio rural.

Para definir el concepto de lo rural no existe una convención o acuerdo internacional. Se ha definido de diferentes maneras, atendiendo a diferentes puntos de vista, frecuentemente caracterizando lo rural con la idea de atraso, aislamiento y pobreza.

Existen diferentes acepciones del concepto de lo rural: Una de ellas vincula lo rural al sector agrícola, presuponiendo que se trata de ruralidad cuando la economía depende de actividades primarias, normalmente agricultura, silvicultura, minería y pesca. Se asocia lo rural también con la pobreza. Una segunda acepción considera como rural aquello que no es urbano, utilizando normalmente indicadores demográficos.

En este sentido, resultan curiosas las definiciones de lo rural y urbano del Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001)

#### **Rural.**

*(Del lat. rurālis, de rus, ruris, campo).*

1. *adj. Perteneciente o relativo a la vida del campo y a sus labores.*
2. *adj. Inculto, tosco, apegado a cosas lugareñas.*

#### **Urbano, na.**

*(Del lat. urbānus).*

1. *adj. Perteneciente o relativo a la ciudad.*
2. *adj. Cortés, atento y de buen modo.*
3. *m. Individuo de la milicia **urbana**.*

Se puede apreciar en la segunda acepción propuesta por la RAE para cada palabra, un marcado preconcepción de lo rural como desechable y lo urbano como apreciable. De no ser así, ¿qué diferencia tiene alguien “*cortés, atento y de buen*

*modo*” con respecto a alguien inculto y tosco? Si se profundiza buscando el significado de *tosco* en el mismo diccionario, se verá en las dos primeras definiciones, que significa “Grosero, sin pulimento ni labor” o “Inculto, sin doctrina ni enseñanza”. Por otro lado, *cortés* significa “Atento, comedido, afable, urbano”, reafirmando las definiciones de rural y urbano. En este sentido, Abramovay (2000), partiendo de si lo rural es sinónimo de atraso y de si es real el fatalismo demográfico, económico, político y cultural, elabora una discusión sobre la definición del tema. El problema de base se encuentra en la definición de lo rural como categoría residual de lo urbano, por lo cual el espacio es diferenciado en forma no neutral. Asimismo, la tendencia más moderada lo define no como oposición a lo urbano pero sí por su relación con este ámbito. El autor termina con la conclusión de que se necesita una nueva definición de lo “rural” que no condene de antemano a lo rural al vaciamiento.

Otra definición, que parece menos sesgada, es la que se fundamenta en el concepto del territorio. Así, pues, se considera rural una zona con la suficiente “oferta de recursos naturales que determina patrones de apropiación y permanencia en el territorio en procesos históricos” (Echeverri y Ribero, 2002). Quiere decir que una comunidad es rural cuando, por su oferta de recursos naturales, sus habitantes logran desarrollar un sentido de pertenencia al territorio tal que se disponen a construir sociedad con base en esos recursos naturales.

Por otra parte, muchos países diferencian lo urbano de lo rural atendiendo a la cantidad de habitantes en total de las comunidades. Rodríguez y Saborío (2008) ofrecen como ejemplo a México y Venezuela (2500 habitantes es el corte urbano-rural), Argentina, Bolivia y Honduras (2000), Panamá (1500), Nicaragua (1000).

De esta forma, si se toman estos datos en consideración se puede inferir que al comparar el porcentaje de población rural con otro dato que discrimine entre lo rural y lo urbano, se puede inducir a errores de interpretación. Por ello, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) propone otra alternativa, que es la de tener en cuenta la densidad de población, en su caso llamando rurales a comunidades con menos de 150 habitantes por kilómetro cuadrado (Rodríguez y Saborío, 2008). Sin embargo, otro aspecto a tomar en cuenta, y que no queda cubierto por esta alternativa de la OECD, es en qué

porción de la comunidad se aglomera la población, ya que puede ocurrir que una comunidad tenga áreas poco pobladas y viceversa.

En todo caso, definir lo rural como residuo, considerando como rural lo que no es urbano, obedece a un enfoque urbano-céntrico y por tanto sesgado. Sin embargo, lo rural existe independientemente de las similitudes o diferencias con respecto a lo urbano. Hay una esencia en lo rural que no puede supeditarse a derivar su definición a partir del concepto de lo urbano. Definirlo así es menospreciar la ruralidad desde su propia idea. Existe lo rural y existe lo urbano; ambos conceptos pueden entenderse por separado, aunque en la práctica no puede aislarse lo rural de lo urbano, pues sus límites son indefinidos. Bajo este enfoque no existe lo completamente rural ni lo completamente urbano, sino que puede pensarse en escalas o gradientes que definen si es más rural o más urbano, pero no de manera discontinua.

En este sentido, Dirven (2004) indica que las diferencias entre lo urbano y lo rural no pueden ser reducidas a una única variable de tipo poblacional; ya que existen grandes divergencias en otras variables socio-económicas como la educación, los ingresos, las ocupaciones, las necesidades básicas insatisfechas, condiciones de salud, sexo y composición etaria de la población, por lo que lo “rural” está muy lejos de poder ser englobado en un concepto simple y homogéneo, sino más bien heterogéneo. Debido a esta heterogeneidad, Medeiros (2002) indica, que muchos autores plantean, en contra de la dicotomía urbano-rural, la existencia de un *continuum* de situaciones, un gradiente de posibilidades. Sobre la existencia de este gradiente (que en los extremos mantendría una cierta dicotomía entre lo “muy rural” y lo “muy urbano”) existe evidentemente un acuerdo, que paliaría en gran parte los problemas de definición del concepto de ruralidad. Pero al mismo tiempo, algunos autores mantienen la necesidad de una graduación de situaciones, dividiendo esta graduación en tres, cuatro o cinco situaciones de decreciente ruralidad (Abramovay, 2000). Así como indican Castro y Reboratti (2008), esta posibilidad de clasificación de situaciones complejas lleva a otro acuerdo tácito entre los autores: la necesidad de cambiar el foco de análisis de la ruralidad desde una perspectiva fundamentalmente económica a una visión que contemple la cuestión territorial, es decir, su impronta sobre el espacio concreto. De esa forma, lo “rural” ya no sería definido como un sector, sino como una situación concreta

que caracteriza un fragmento específico del territorio como unidad de gestión que permite integrar a una realidad económica multifactorial con dimensiones políticas, sociales, sanitarias, culturales y ambientales.

Por todo ello, como indican Castro y Reboratti (2008), la mayoría de los países desarrollados han reajustado la definición de lo “rural” y han creado sistemas estadísticos específicos enfocados exclusivamente a lo “rural”. Estos sistemas producen datos que van más allá de los suministrados por las estadísticas económicas (que dan cuenta de la actividad agrícola) y las socio-demográficas (que dan cuenta de la residencia de la población). La organización de tales “sistemas de estadísticas rurales” estuvo precedida de profundas discusiones y desarrollos teóricos sobre la naturaleza y dinámica de lo “rural”. Es decir, implicó la redefinición de conceptos, la construcción de nuevos criterios de clasificación, la determinación de las unidades territoriales mínimas de referencia y de normas de calidad que deben garantizar los datos.

En este nuevo marco del concepto de lo “rural”, Faiguenbaum y Namdar-Irani (2005) remarcan que la Organización de Cooperación y de Desarrollo Económico (OCDE) seleccionó un conjunto de variables para definir lo “rural”. De esta forma, se considera como “Comunidad Rural” a los territorios con una densidad de población inferior a 150 habitantes por km<sup>2</sup> (500 habitantes por km<sup>2</sup> para el caso de Japón, considerando que la densidad media de la población total del país es de 300 hab/km<sup>2</sup>). A partir de esta definición básica, se construyó una tipología de regiones según su grado de ruralidad, distinguiéndose tres tipos:

- **Región con predominancia rural:** Corresponde a todos aquellos territorios donde más del 50% de la población vive en una Comunidad Rural.
- **Región intermedia (o con significancia rural):** Corresponde a todos aquellos territorios donde entre el 15% y 49% de la población habita en una Comunidad Rural.
- **Región con predominancia urbana:** Corresponde a todos aquellos territorios donde menos del 15% de la población habita en una Comunidad Rural.

Por otra parte, en EEUU, The Economic Reserch Service (ERS) del United States Department of Agriculture (USDA) ha desarrollado sistemas de codificación, el RUCC (códigos continuos rural-urbano), también denominado “Código Beale” con el objetivo de analizar los grados de ruralidad (Beale, 1984). Y son especialmente útiles para la investigación relacionada a la densidad de la población y a la proximidad a un área metropolitana. Según este sistema los condados metropolitanos se dividen en 3 grupos (Códigos 1, 2, y 3). Las áreas no metropolitanas son divididas en 6 grupos (Códigos 4-9) basados en el tamaño de la población y la proximidad a un área metropolitana. Se consideran completamente rurales las comunidades dentro del condado con una población de menos de 2500 habitantes no adyacentes a un área metropolitana (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de zonas en urbanas o rurales según el sistema de clasificación RUCC

<b>Categoría urbana (Códigos 1-3)</b>	<b>Categoría rural (Códigos 4-9)</b>
Código 1: Condados en áreas metropolitanas con 1 millón o más de personas	Código 4: Población de 20000 o más personas adyacente a un área metropolitana
Código 2: Condados en áreas metropolitanas con 250000 a 1 millón de personas	Código 5: Población de 20000 o más personas no adyacente a un área metropolitana
Código 3: Condados en áreas metropolitanas con menos de 250000 personas	Código 6: Población de 2500 a 19999 personas adyacente a un área metropolitana
	Código 7: Población de 2500 a 19999 personas no adyacente a un área metropolitana
	Código 8: Completamente rural, con población inferior a 2500 personas adyacente a área metropolitana
	Código 9: Completamente rural, con población inferior a 2500 personas no adyacente a área metropolitana

Asimismo, los países de la Unión Europea aplican una amplia y variada gama de definiciones y criterios para delimitar lo “rural” (Castro y Reboratti, 2008). Así, existen algunos países que utilizan más de una definición de lo “rural”. En lo que se refiere a las variables utilizadas en la definición, la mayoría se basa en la combinación de dos o más: 1. Cantidad y densidad de población, 2. grados de

intensidad en el flujo pendular de personas (*commuting*). Los valores de corte son también diferentes (entre 200 habitantes en Dinamarca y 2500 en Estonia).

En América Latina, el Banco Mundial ha complementado el criterio de densidad de población de la OCDE incorporando la distancia a centros urbanos, medida en tiempo necesario para acceder a la ciudad más cercana (De Ferranti et al, 2005).

De acuerdo a todo lo descrito, y siguiendo a Castro y Reboratti (2008), los espacios rurales se caracterizarían al menos por tres elementos:

1. La relación con el medio natural, ya sea a través del uso de los recursos y servicios naturales para la producción agropecuaria como por su aprovechamiento en otro tipo de actividades, como la recreación y la residencia.
2. La poca densidad de población relativa, enmarcada en una gran variabilidad de situaciones, pero claramente diferenciada de la urbana si se utilizan escalas detalladas.
3. La existencia de redes territoriales que articulen los ámbitos dispersos y los centros poblados de diferente tamaño, estando éstos, según sea la situación, fuertemente integrados al medio rural.

Para finalizar el acercamiento al concepto de medio rural, hay que notar, que en España, la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural (BOE, 2007), en su artículo 3, se define medio rural como el espacio geográfico formado por la agregación de municipios con una población inferior a 30000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km<sup>2</sup>. Por lo que según esta definición, el medio rural integra al 20 % de la población y afecta al 90% del territorio español. Además, este artículo define el concepto de *municipio rural de pequeño tamaño*, como aquel que posea una población residente inferior a 5000 habitantes y esté integrado en el medio rural.

### **2.1.2. El medio rural como ámbito de trabajo de los profesionales sanitarios.**

Los datos existentes sobre las necesidades de salud de la población rural son limitadas y no concluyentes, pero suficientes para indicar que el estado de salud y la asistencia sanitaria son diferentes según la ubicación geográfica y la naturaleza

de las zonas rurales (Humphreys y Rolley, 1991). Para las personas que viven en las zonas rurales hay problemas relacionados con el contexto geográfico, como la limitada disponibilidad de servicios, un menor número de proveedores de salud y la larga distancia a los servicios de atención médica (Slifkin, 2002), además el uso inadecuado de las clasificaciones puede enmascarar desigualdades en materia de salud que caracterizan a las comunidades rurales. Por ejemplo, el estudio de las variaciones de la mortalidad infantil de (Farmer et al., 1993) demuestra que cualquier conclusión válida relativa a la desigualdad estará condicionada a como se define “rural” y “urbano”. En este sentido, es clara la importancia de elegir una definición adecuada de “ruralidad” para planificar los servicios sanitarios (Vanderboom y Madigan, 2007), ya que la definición de ruralidad escogida afectará a todo el proceso de investigación, incluido el muestreo, la recogida de datos, análisis e interpretación.

Hays et al. (1994), en Queensland (Australia) definen la “práctica médica rural” como la que se desarrolla en un medio ambiente donde otros profesionales sanitarios y servicios comunitarios están al menos a 80 km o a 1 hora de distancia por carretera, dando como resultado la necesidad de tener una amplia gama de conocimientos clínicos. Los médicos rurales están ejerciendo en un medio ambiente muy diferente al de sus colegas urbanos (Britt et al., 1993; Hays et al., 1994) y tienen la necesidad de ser reconocidos.

Internacionalmente, existen varios trabajos de investigación en los que se ha intentado definir el ejercicio profesional sanitario en el medio rural. La definición de este concepto no es fácil (Rourke, 1997; Strasser, 1995; Thompson y McNair, 1995), así en Canadá, la Canadian Medical Association considera poblaciones rurales las comunidades de hasta 10.000 habitantes (Thompson y McNair, 1995). Según esta definición y de acuerdo con la información del censo de 1991, el 31,6% de la población canadiense vive en zonas rurales y en contraste, sólo el 11,3% de los médicos ejercen en zonas rurales. Además los médicos especialistas son escasos en el medio rural, el número de médicos de atención primaria por habitante desciende de forma pronunciada en las zonas rurales (Australian Institute of Health and Welfare, 2002).

La facultad de medicina rural en Australia (Royal Australian College of General Practitioners) define la práctica en zona “rural remota” como la práctica en las

comunidades que están a más de 80 km o una hora por carretera de un centro especializado con servicios de anestesia, obstetricia y cirugía (Rourke, 1997).

Wakerman (2004) realizó búsquedas en la literatura internacional para obtener una definición de salud a distancia en el contexto de Australia. Hizo una revisión bibliográfica de toda la literatura internacional y consiguió 55 citas y 9 páginas web. Estos documentos abarcan países como Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos.

No hubo ni una sola definición adecuada y los investigadores no se ponen de acuerdo, pero los documentos ofrecen una variedad de definiciones basadas en parámetros geográficos, criterios de lejanía y definiciones de salud remota y salud rural.

Estas definiciones tienen importantes implicaciones para la adecuada elaboración de políticas y asignación de recursos y además con el creciente uso de términos de grupos profesionales como el “Consejo de enfermeras de áreas rurales de Australia” y el “Colegio Australiano de medicina rural y a distancia”, así como organismos académicos como el “Centro de salud a distancia”, es tiempo de trabajar hacia un entendimiento común.

En Australia, Humphreys (1998) considera que para establecer las necesidades de salud de la población rural es necesaria una declaración clara de los parámetros por los cuales se definen las zonas rurales ya que en Australia estas zonas rurales se caracterizan por su diversidad geográfica y social. Es importante comprender las diferencias fundamentales no sólo entre áreas urbanas y no urbanas sino también dentro de las zonas rurales. Se ha demostrado que en el sur de Australia el acceso a los médicos generales se hace cada vez más difícil con el aumento de la lejanía. (Bamford et al., 2000). Las definiciones comúnmente utilizadas son a menudo imprecisas incluyendo la baja densidad de población y la distancia a los recursos urbanos (Ricketts et al., 1998; Rosswurm, 2001) y los investigadores no son capaces de comparar los resultados porque su información se basa en diferentes definiciones de las zonas rurales. En este sentido, Faulkner y French (1983) realizaron un sistema de clasificación de la ruralidad basado en un “Índice de lejanía”. Para (Parkes et al., 1985) hay que distinguir entre el concepto de “aislamiento” que es un sentimiento inherente al ser humano y el de “lejanía” que

es un estado fundamentalmente geográfico. En este contexto de lejanía un indicador importante para (D'Plesse, 1993) es el acceso a la información y la movilidad es otro indicador potencial (Warchivker et al., 2000).

La definición exacta de ruralidad ha estado en disputa por lo menos 70 años (Halfacree, 1993), este autor sugiere que los índices de zonas rurales deben considerarse ante todo como herramientas de investigación para la articulación de los aspectos específicos de la población rural en lugar de cómo base para una definición global. El concepto simplista de la fuerte dicotomía urbano-rural pronto fue rechazado a favor de un modelo de desarrollo continuo urbano-rural diseñado por Redfield (1941), como ya se ha expuesto en el epígrafe anterior.

No sorprende que el debate sobre la definición de lo “rural” continúe hoy sin cerrarse (Blunden et al., 1998; Pratt 1996), ya que son múltiples los problemas que se han cifrado con la definición de medidas de ruralidad y urbanidad, así como una gran disparidad en las definiciones conceptuales por parte de los diferentes investigadores (Clarke y Coward, 1991; Fuguitt, 1963; Tickamyer, 1983).

Murray et al. (2004) en su estudio sobre la relación de la salud mental y la residencia rural en Australia encontró que la ausencia de una definición exacta de lo “rural” limitaba la utilidad de la investigación.

En EEUU se utilizan dos fuentes federales de definición de ruralidad como base para las políticas de salud: la Oficina del censo y la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). La oficina del censo define dos tipos de zonas urbanas: Área Urbanizada (AU) y Grupo Urbano (CU) y define como rural todos los territorios, poblaciones y viviendas situadas fuera de las áreas urbanizadas y con una población de menos de 2500 residentes.

La OMB clasifica como área metropolitana la que incluye condados que contengan al menos un área urbana con una población de al menos 50000 personas, las áreas micropolitanas incluirían un área urbana de 10000 a 49999 personas, y las zonas rurales serían las que estén fuera de las zonas metropolitanas y micropolitanas.

Hay una serie de limitaciones en los sistemas de clasificación federal empleados en EEUU, ya que los datos del censo no están convenientemente actualizados y no

capturan la dinámica de crecimiento de la población. Una adecuada medición de la ruralidad de una zona puede ayudar a mejorar la calidad de la investigación y la determinación de los problemas de acceso a los servicios sanitarios de los residentes rurales.

Carrie et al. (2006) profesores de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Alberta en Canadá, en su estudio del impacto de la zona de residencia en la intensidad de la prescripción de medicamentos entre adultos mayores utiliza como variable independiente el lugar de residencia. Para clasificar si la residencia es rural o urbana, utiliza el Sistema de Codificación Beale de USDA (USA), modificado para Canadá con el censo de 1991.

Se identifica como zona urbana la que tiene una población superior a 19999 habitantes, pequeñas ciudades las que están entre 2500 y 19999 y regiones predominantemente rurales las que tienen una población inferior a 2500 habitantes.

En España, en el contexto sanitario no existe ningún estudio de la realidad “rural” española. Con respecto al ejercicio farmacéutico el Real Decreto-Ley 11/1996 (BOE, 1996), que ya no se encuentra en vigor al ser actualizado por la Ley 16/1997 (BOE, 1997), dice que se entenderán por zonas de salud urbanas aquellas que, concentrando al menos el 75% de su población en un solo término municipal, sean calificadas como tales en la planificación farmacéutica de las comunidades autónomas.

El Decreto 187/1997, de 17 de junio del Gobierno Valenciano, sobre horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana (DOCV, 1997), establece varias disposiciones siempre bajo premisa de asegurar la asistencia farmacéutica continuada, y se detiene en diferenciar la farmacia rural de la ubicada en un núcleo urbano mayor, al establecer el concepto de guardia localizada.

En la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía (BOJA, 2007) se habla de que la primera fase del concurso da prioridad a los farmacéuticos que han desarrollado su trabajo en el “ámbito rural”. En este sentido, se habla de los

profesionales que tengan una oficina de farmacia en un municipio de menos de 1000 habitantes.

La Ley 5/1999, de 21 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia modificada por la Ley 7/2006, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica de la comunidad autónoma de Galicia (BOE, 2006), define Zona Farmacéutica Rural como los municipios con menos de 10000 habitantes.

El Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en Castilla la Mancha (BOCM, 2006) define Zona Farmacéutica Singular aquella con menos de 5000 habitantes y ningún núcleo de población supere los 2000 habitantes.

En Aragón, la Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón 2/2001, de 8 de marzo, de modificación de la Ley 4/1999, de 25 de marzo, de ordenación Farmacéutica de Aragón (BOA, 2001) clasifica las Zonas de Salud en urbanas y no urbanas: las urbanas serán las que concentren en uno de sus municipios al menos al 80% de la población.

### **2.1.3. Índices de ruralidad.**

#### ***2.1.3.1. Criterios para seleccionar un índice.***

Como se ha expuesto en los epígrafes precedentes, hay una unanimidad en los diversos autores, en que el concepto de lo “rural” conlleva una graduación continua desde lo más rural a lo más urbano, es decir, un gradiente de ruralidad. Para poder cifrar diferentes grados de ruralidad es necesario definir índices multifactoriales basados en diferentes parámetros que condicionan la ruralidad, de forma que los parámetros a tener en cuenta para la definición de un índice de ruralidad son diversos. Y aunque la mayoría de los autores concluyen que el número de estos parámetros debe ser mínimo para que sea operativo dicho índice, existen índices con bastantes parámetros en su definición.

Una excepción al enfoque categórico de la “definición de ruralidad” es el índice que desarrollaron Smith y Parvin (1973). Para ello, utilizaron la técnica multivariante de análisis de componentes principales para la construcción de un índice con las siguientes 9 variables:

1. Densidad de población total.

2. Porcentaje de personas que viven en zonas rurales.
3. Población total.
4. Porcentaje de personas que viven en explotaciones agrarias.
5. Tasa de cambio de la población entre 1940 y 1970.
6. Porcentaje de personas empleadas en odontología y servicios médicos.
7. Porcentaje de empleados en el campo.
8. Porcentaje de empleados en la industria de entretenimiento y recreación.
9. Porcentaje de empleados en agricultura, pesca y minería.

En Australia, Humphreys (1998) habla de la necesidad de un índice acordado de ruralidad con capacidad de garantizar la coherencia en la aplicación de la asignación de recursos. Este índice resultante podría ser utilizado a nivel nacional como punto de referencia para la determinación de una comunidad y sus necesidades asistenciales.

Para el autor, para realizar una adecuada planificación sanitaria son necesarios los siguientes requisitos fundamentales en el desarrollo y adopción de una adecuada clasificación mediante un índice:

1. La fórmula o índice para la clasificación debe basarse en la sencillez y facilidad de construcción.
2. La elección de los indicadores que sustentan la fórmula o índice deben ser lo más escasos posibles.
3. La elección de la unidad geográfica debe estar en consonancia con la disponibilidad de datos.
4. La elección de la unidad geográfica debe permitir la medición de áreas pequeñas.
5. La clasificación debe permitir la agregación de zonas en regiones más amplias.
6. La clasificación debe ofrecer una cobertura completa, sin lagunas ni superposiciones.
7. La clasificación debe ser lo suficientemente estable para la evaluación longitudinal.
8. La clasificación maximiza la homogeneidad interna en una zona, al mismo tiempo maximiza las diferencias que la distinguen de zonas circundantes.

9. El índice debe ser capaz de incorporar cualquier cambio en el medio rural y reflejarlo.

En Canadá, Rourke (1997) trató de identificar varios índices señalando que cualquier índice de práctica rural debe reflejar dónde viven los médicos, qué hacen y el grado de aislamiento profesional que tienen, este factor debe tener especial ponderación en cualquier índice de ruralidad. Muchas otras posibles variables relacionadas con factores tales como la densidad de población, los recursos de la comunidad, el transporte y comunicaciones pueden ser considerados para su inclusión en la construcción del índice (Sheldon, 1997).

Asimismo, en Canadá, Leduc (1997) elabora una lista de posibles variables necesarias para medir potencialmente la práctica médica rural:

1. Las instalaciones y el tipo de hospital.
2. Número de médicos y especialistas ya que se han visto reducidos en las zonas rurales.
3. La lejanía y la disponibilidad de transporte.
4. Apoyo paramédico (enfermería) y la capacidad de los servicios de ambulancia.
5. Factores sociales como la vivienda, escuela, posibilidades de formación médica continuada, opciones de empleo para el cónyuge del médico...
6. La población parece ser inversamente proporcional a la disponibilidad de muchos servicios.

En Nueva Zelanda (London, 2002) la Red Rural de Médicos de Atención Primaria consideran 7 variables para definir el índice, como son el tiempo necesario para llegar a un hospital, estado de las carreteras, servicios de ambulancias, distancia al médico de familia más cercano, tiempo empleado por el médico para visitar al paciente más lejano, otros servicios de atención médica y el número de clínicas periféricas. Asimismo, el cuestionario de Midland Health Rural Practice incluye 6 variables adicionales:

1. Números de médicos de atención primaria que trabajan en un radio de 10 a 30 minutos de viaje.
2. Proporción de pacientes que viven a más de 30 minutos del médico.

3. Distancia a un centro urbano de más de 30000 personas.
4. Situación socioeconómica de la población.
5. Densidad de población.
6. Proporción de médicos de atención primaria.

Asimismo, en Gran Bretaña, Harrington y O'Donogue (1998) utilizaron 8 variables para obtener un amplio concepto de ruralidad:

1. Tasa de ocupación.
2. Porcentaje de residentes con empleo fuera del territorio rural estudiado.
3. Porcentaje de población femenina entre 15 y 44 años.
4. Condiciones de la vivienda.
5. Densidad de población.
6. Estructura ocupacional: tanto por ciento de granjeros, empresarios, directivos, agricultores por cuenta propia...
7. Tasa de población que supere los 65 años de edad.
8. Distancia en kilómetros al centro urbano más cercano con más de 50000 habitantes.

Finalmente, hay que indicar que Halfacre (1993) sugiere que los índices de ruralidad deben considerarse ante todo como herramientas de investigación para la articulación de los aspectos específicos de la población rural en lugar de como base para una definición global. Así, estos índices han sido utilizados como variables predictoras de una serie de estudios y han sido descritos como herramientas útiles para los servicios de salud, planificación e investigación epidemiológica (Wilkinson et al., 2001; Bamford et al., 1999).

### ***2.1.3.2. Elaboración de un índice de ruralidad.***

El índice de ruralidad GPRI se desarrolló en la Universidad de British Columbia en Vancouver (Canadá) (Leduc, 1997) para disponer de un índice estándar que permitiera comparar para diferentes territorios de Canadá la práctica sanitaria, y que sirviera de referente a investigadores, administradores, educadores y médicos rurales. Posteriormente, Pitblado (2007) realizaron la validación de este índice.

Dicho índice es aditivo ponderado, ya que pondera seis parámetros y suma dichas ponderaciones. Estos parámetros son: distancia (km) a un centro avanzado de urgencia, distancia (km) al centro más cercano de referencia básico, población del condado, número de médicos generales que atienden a la comunidad en un radio inferior a 25 km, número de especialistas que atienden a la comunidad en un radio inferior a 25 km y finalmente, la existencia o no de un hospital con cuidados intensivos con camas de hospitalización en un radio inferior a 25 km.

La escala se establece en 100 puntos, cuanto más alta es la puntuación, más rural es la comunidad. La ponderación de los seis parámetros es la siguiente:

La lejanía a un centro de referencia avanzado de urgencia se puntúa como la distancia al centro de referencia avanzado en km dividido por 50.

La lejanía a un centro de referencia básico se puntúa como la distancia a un centro de referencia básico en km dividido por 25.

Ambas puntuaciones de la lejanía son consideradas como las variables más importantes a la hora de determinar la ruralidad, por eso estas dos componentes no tienen límite de puntuación.

La población de la comunidad que se analiza tiene una puntuación máxima de 20 puntos, de forma que la puntuación se calcula restando a 20 la población dividida por 2000, y para el caso de que la diferencia sea negativa entonces se puntúa con 0.

La puntuación para el número de médicos de medicina general se obtiene dividiendo 20 por el número de médicos de medicina general en un radio de 25 km, de forma que si no hay médico la puntuación es la máxima, 20 puntos.

Al número de especialistas se le da una puntuación de 6 dividido por el número de especialistas que atienden a la población en un radio de 25 km, y en el caso de que no haya especialistas se puntúa con 10 puntos. Cuantos más especialistas trabajan en una comunidad menos rural es esta.

Finalmente, la presencia de un hospital de cuidados intensivos con camas de hospitalización en un radio de 25 km de la comunidad, se puntúa con un máximo de 10 en caso de que exista este y no haya especialistas, y con la diferencia entre 10 y el número de especialistas en caso de que si los haya. Asimismo, si esta diferencia es negativa o si no existe el hospital la puntuación es de 0.

Por otra parte, Cleland y Mushlitz (1991) en EEUU utilizan 10 variables para definir un índice de ruralidad, destacando la proximidad a un área metropolitana, tasa de crecimiento demográfico, nivel de educación, tipo de empleo, ingresos familiares, nivel de jubilación y número de periódicos publicados a nivel local.

Asimismo, en EEUU, en la Universidad Estatal de Montana (Weinert y Boik , 1995) demostraron que con sólo 2 variables se pueden obtener resultados para un índice de ruralidad comparables a otros estudios. Así, desarrollaron el índice de ruralidad MSU para disponer de un índice que permitiera clasificar los diferentes condados como rurales o urbanos, así como una graduación entre los mismos, desde el punto de vista de la planificación sanitaria del estado.

Este índice depende de dos variables, la población del condado en número de habitantes ( $P_i$ ) y de la distancia que hay a un centro sanitario de urgencias en km ( $D_i$ ). El desarrollo del presente índice se realizó en 4 etapas mediante 4 operaciones matemáticas a ambas variables. Estas cuatro operaciones fueron las siguientes:

1. Las variables Distancia y Población se transformaron a distribuciones lo más próximas a una normal mediante la función logaritmo decimal. Después cada variable se transformó mediante una función de potencia de Box-Cox de la siguiente forma:

$$D_i \rightarrow \text{signo}(\lambda_1) \cdot D_i^{\lambda_1}$$

$$P_i \rightarrow \text{signo}(\lambda_2) \cdot P_i^{\lambda_2}$$

Siendo:

$$\text{signo}(\lambda_j) = \begin{cases} +1 & \text{si } \lambda_j \geq 0 \\ -1 & \text{si } \lambda_j < 0 \end{cases} \quad \text{para } j=1 \text{ y } j=2.$$

2. Posteriormente se realizó un escalado de ambas expresiones dividiéndolas por sus correspondientes desviaciones estándar de la muestra (DE), ya que cada una de las expresiones depende de los valores de  $\lambda_1$  y  $\lambda_2$ :

$$D_i \rightarrow \text{signo}(\lambda_1) \cdot \frac{D_i^{\lambda_1}}{DE(D^{\lambda_1})}$$

$$P_i \rightarrow \text{signo}(\lambda_2) \cdot \frac{P_i^{\lambda_2}}{DE(P^{\lambda_2})}$$

3. En la tercera operación se realiza la ponderación de cada variable en el índice que se desarrolla, de forma que se pondera el doble a la población, ya que se divide por 2 la distancia. Asimismo, se pondera con signo positivo la distancia y con signo negativo la población, ya que así, el índice de ruralidad aumentará al incrementar la distancia a un centro sanitario de urgencias, y decrecerá al incrementar la población del condado. De acuerdo a esta ponderación el índice inicial adopta la expresión siguiente:

$$I_i = \left(\frac{1}{2}\right) \cdot \left[ \text{signo}(\lambda_1) \frac{D_i^{\lambda_1}}{DE(D^{\lambda_1})} \right] - \left[ \text{signo}(\lambda_2) \frac{P_i^{\lambda_2}}{DE(P^{\lambda_2})} \right]$$

4. Finalmente mediante estandarización del índice inicial se obtiene el índice definitivo MSU para una familia de  $i$  índices, que presenta una media de 0 y una desviación estándar (DE) de 1:

$$MSU = \frac{I_i - \text{Media}(I)}{DE(I)}$$

El índice no sería universal para todo el país ni siquiera el estado, sino que en función de la distribución de la población y de la distribución de distancias para cada ente administrativo, se obtendría diferentes valores de  $\lambda_1$  y  $\lambda_2$ , lo que conlleva que se obtendría una familia de índices MSU específicos para cada uno de los estados o regiones.

También en EEUU, Burns et al. (1998) desarrollaron un índice denominado RUDI (Rural-Urban Demand Indicator) destinado a resolver algunas limitaciones de otros índices existentes. Toma como unidad de medida los “condados”. El gobierno federal de EEUU ha definido la ruralidad en términos de población, lo que conlleva que esta fórmula no refleje la diversidad de las zonas rurales, de

acuerdo a los autores. Con el índice RUDI se intenta elaborar una medida continua de la demanda de servicios de salud basada en variables económicas y demográficas. Se construyó un indicador denominado RED (dimensión económica de la ruralidad) que identificaba la posición de los condados desde “extremadamente rural” (baja demanda) a “extremadamente urbano” (alta demanda). Un resultado positivo de puntuación implicaba un condado más urbano y un resultado negativo indicaba un condado más rural.

Este indicador fue construido utilizando análisis de componentes principales con datos de 254 condados de Texas.

La ecuación resultante en el cálculo de RED es la siguiente:

$$RED = 0,18 \cdot POP + 0,18 \cdot EMP + 0,18 \cdot DEN + 0,15 \cdot SFO + 0,12 \cdot PFO + 0,12 \cdot AGE + 0,11 \cdot PCR + 0,11 \cdot CON + 0,11 \cdot AAP + 0,11 \cdot MIN - 0,05 \cdot PPL$$

Siendo:

POP: Población total del condado.

EMP: Empleados totales del condado.

DEN: Densidad total de población.

SFO: Operadores secundarios de explotaciones agrarias.

PFO: Operadores principales, es decir, personas cuyos ingresos principales proceden de la agricultura.

AGE: Empleados totales en agricultura.

PCR: Ratio de cambio de población.

CON: Porcentaje de población en un condado que viven en pueblos con más de 2500 personas.

AAP: Promedio de la población adyacente a dicho condado.

MIN: Media de ingresos del condado.

PPL: Porcentaje de personas que vive por debajo del nivel de pobreza.

Tras el análisis estadístico, las variables originales se redujeron a dos factores: Factor 1 denominado DEMOS que se basa principalmente en las variables demográficas y el Factor 2 denominado EWB basado en variables económicas.

Una de las principales ventajas de RUDI sobre las otras medidas disponibles de Ruralidad/Urbanidad es que RUDI presenta una graduación mediante un intervalo

de medida, mientras que los índices más comúnmente usados son categóricos. Este índice ofrece dos medidas muy válidas de la demanda demográfica y de bienestar económico, que permite discriminar a las administraciones encargadas de formular políticas sanitarias, entre la insuficiente demanda sanitaria debido a una baja densidad demográfica, a bajos recursos, o a ambos.

Se puede combinar DEMOS y EWB para definir condados que necesitan más inversiones en políticas de salud y dado que se trata de un indicador de demanda, puede ser útil en cuestiones relacionadas con la infraestructura y el desarrollo de la comunidad.

En Australia Faulkner y French (1983) y Griffith (1996) han desarrollado índices a propósito de la lejanía. Los criterios por los que se puede definir “área rural” pueden ser cuantitativos o cualitativos. En los indicadores cuantitativos se mide la Distancia y el Tamaño de la población, mientras que en los cualitativos, se incluye la relación entre la comunidad y su medio ambiente, así como las actitudes y características de los individuos, tales como la independencia, autosuficiencia, recursos, etc.

Asimismo, Murray et al. (2004) como parte de un programa de investigación destinado a mejorar la prestación de servicios en zonas rurales remotas de Australia, desarrollaron un índice de accesibilidad/lejanía en Australia (ARIA). Los autores indican que existe una gran preocupación por el gobierno federal de Australia con respecto al acceso a los servicios en zonas rurales y remotas. El índice de accesibilidad/lejanía de Australia (ARIA) es una medida de accesibilidad y oportunidades sociales sobre la base de la distancia por carretera a centros de diferentes tamaños y aunque ARIA se desarrolló como un índice estrictamente geográfico ha sido descrito como una herramienta útil para la investigación epidemiológica y planificación de los servicios de salud. Mientras que el parámetro accesibilidad/lejanía no refleja aspectos importantes de la ruralidad desde el punto de vista, por ejemplo, del tamaño de población, relaciones comunitarias, etc., sí es un parámetro válido de ruralidad en el contexto de la salud.

Harrington y O'Donoghue (1998) hicieron una replicación y extensión del Índice de Ruralidad de 1981 en Inglaterra y Gales desarrollado por Cloke y Edwards (1986). Utilizaron el censo de población de 1991 y reprodujeron la metodología utilizada por Cloke y Edwards (1986).

El primer índice de ruralidad utilizaba sólo 3 variables para calcular un índice de puntuación. Este fue desarrollado por el Departamento de Medio Ambiente en 1972 como parte de una investigación de las zonas rurales en Inglaterra y Gales. Además este índice fue ampliamente utilizado por varios investigadores (Bannister, 1980; Best, 1981; Gilg, 1983; Hodge y Whitby, 1981; Moseley, 1979; Pacione, 1984; Philips y Willians, 1984; Shaw, 1979), y demostró ser una herramienta útil en la contribución a la comprensión de la ruralidad y los cambios rurales en Inglaterra y Gales.

#### **2.1.4. Servicios sanitarios en las zonas rurales.**

La literatura científica es escasa en cuanto a la documentación de comparaciones entre las pautas de utilización de los servicios de salud en las zonas rurales y metropolitanas (Dempsey et al., 2003). Hay que destacar el trabajo desarrollado por Mayer et al. (2000), que analizaron los problemas de disponibilidad de servicios sanitarios en las zonas rurales en relación con las zonas urbanas en USA. En el mismo sentido, y para este país, Stearns et al. (2000) realizaron un estudio sobre el acceso a los servicios de atención sanitaria de la población rural. Encuestaron a beneficiarios del seguro MEDICARE en condados rurales y diferenciaron los que tenían una área metropolitana adyacente. Desde su promulgación en 1965, MEDICARE ha sido el principal factor en la mejora del acceso a la “atención médica” para las personas mayores y discapacitadas, proporcionando un mecanismo de pago para el cuidado de la salud. Se obtuvo una muestra representativa de aproximadamente 14400 personas de edad avanzada. Para evaluar los servicios médicos se adoptó el ratio de médicos de atención primaria por cada 1000 personas obtenido del Archivo de Recursos Humanos de 1987. Aproximadamente un 10% de la muestra indicó que tuvieron problemas en la atención médica. No es de extrañar que los pacientes de condados rurales estuvieran más propensos a viajar 1 hora o más para tener servicios médicos e

informaron de una mayor posibilidad de retrasar la atención debido a los costes que los residentes urbanos.

En general, los niveles de satisfacción (satisfecho o muy satisfecho) con diferentes aspectos de la atención sanitaria fueron altos, aunque parece ser que las expectativas de los residentes rurales con respecto a los urbanos suelen ser bajas.

Los servicios que obtuvieron mayores diferencias fueron los “servicios de prevención” en mujeres, ya que pruebas como mamografías y la prueba de Papanicolau fueron más altas en residentes urbanos que en los rurales. Esto se puede explicar por la escasez de especialistas en el medio rural, entre ellos los ginecólogos y odontólogos.

Dempsey et al. (2003) hicieron una comparación del acceso a los servicios de salud de los residentes rurales y urbanos al sur de Australia. El sistema de clasificación empleado para la definición de las zonas rurales fue el índice RRMA y ARIA. Entre agosto de 1995 y abril de 1996 se realizaron encuestas telefónicas en las zonas rurales y remotas del sur de Australia, se les preguntaba sobre los servicios de salud utilizados en los últimos 12 meses. Los resultados fueron que los servicios que más frecuentemente se utilizaron fueron los médicos generales (aproximadamente el 89%), seguidos de los odontólogos, farmacéuticos y ópticos. Los menos utilizados fueron fisioterapeutas-quiropáticos, y servicios de hospitalización. Comparando la ciudad con el resto del estado, había diferencias con significación estadística en 9 de los 19 servicios. El uso de 8 de estos 9 servicios fueron más utilizados en las zonas rurales: ambulancias, fisioterapeutas, centros de salud comunitarios, servicios de enfermería, urgencias, servicios hospitalarios clínicos, hospitalizaciones, y podología. Sin embargo, los residentes de Adelaida capital utilizaron con mayor frecuencia los médicos especialistas no hospitalarios. La diferencia más significativa estuvo en los servicios de médicos especialistas que era superior en los habitantes de Adelaida capital con respecto a los residentes rurales, a diferencia de los centros de salud comunitarios que fueron más utilizados por los residentes rurales.

### **2.1.5. Servicios farmacéuticos en las zonas rurales.**

La práctica farmacéutica en comunidades rurales está escasamente documentada en la literatura científica. Solamente unos pocos artículos describen de forma

específica la práctica en farmacia rural (Albro, 1992; McCormick, 1998) y el ejercicio farmacéutico en hospitales rurales (Larson, 1997; Williamson, 1998).

Grymonpre y Hawranik (2008) realizaron una revisión de la literatura publicada en inglés que hiciera referencia al uso de fármacos en pacientes mayores con residencia rural. Se encontraron 206 citas y 26 cumplieron los criterios de inclusión. Las conclusiones fueron que la ubicación geográfica no es una variable tan importante en el consumo de fármacos como para el uso de otros servicios de salud, y aún está menos claro si la ubicación geográfica influye en la intensidad del consumo de fármacos en personas de edad.

Los autores concluyeron, que los adultos mayores que viven en zonas rurales identifican como las 5 principales barreras u obstáculos en la atención de la salud las siguientes:

1. Dificultades de transporte.
2. Suministro limitado de trabajadores de la salud.
3. Falta de instalaciones.
4. Falta de una atención sanitaria de calidad.
5. Aislamiento social y limitaciones financieras.

Asimismo, los autores indican que, con el fin de mejorar la calidad y la comparabilidad de las conclusiones, los estudios futuros deben incluir los siguientes elementos críticos en el diseño de la investigación:

1. Definición de zona rural.
2. Estrategia de muestreo, basada en la población y estratificada por edad y grado de ruralidad.
3. Tal como señala Lago et al. (1993) dado que son muchas las variables que influyen en el uso de fármacos, se debe emplear el análisis multivariante para establecer las diferencias entre las zonas rurales y urbanas.
4. Definición de “uso de fármacos”, la metodología para evaluar el uso de fármacos debe estar claramente indicada.
5. Se debe determinar el número de fármacos obtenidos durante un intervalo de tiempo.

En Estados Unidos, destacan trabajos como el de Knapp et al. (1999), que realizaron un estudio en el que encontraron que los farmacéuticos están más

ampliamente distribuidos a través de las áreas rurales de EEUU que los médicos de atención primaria. Sin embargo, el ratio de farmacéuticos en áreas rurales es de 66 por 100000 habitantes, sustancialmente menor que el ratio total en EEUU que es de 78 por 100000 habitantes (Knapp et al., 1999). De igual forma, Straub y Straub (1999) en Illinois, obtuvieron que el 77% de los residentes rurales encuestados, disponían de una farmacia en su comunidad, y menos del 2% de estos residentes estaban a más de 11 millas de su farmacia local.

Casey et al. (2002) realizaron un estudio basado en el acceso a los servicios farmacéuticos en zonas rurales de 3 estados de EEUU: Minnesota, Dakota del Norte y Dakota del Sur. El instrumento utilizado en el estudio fue una encuesta elaborada por el Comité Consultivo de Farmacia Rural que consta de 3 farmacéuticos, uno de cada uno de los 3 estados estudiados, un médico rural y un administrador, y se encuestaron a los farmacéuticos a cargo de cada farmacia rural participando 537 farmacias. Se estudió la propiedad, años de funcionamiento de la farmacia, horas de apertura y personal en las farmacias rurales. Se obtuvo que la mayoría de las personas residentes en zonas rurales disponían de una farmacia a menos de 20 millas. La media de tiempo de funcionamiento de las farmacias es de 39,1 años, permanecen abiertas al público una media de 6,1 días por semana y un promedio de 57 horas por semana. Asimismo, el 30% de las farmacias rurales de esos 3 estados cuenta con un único farmacéutico para atender al público, y más de la mitad de los farmacéuticos que respondieron al cuestionario indicaron que es difícil o muy difícil para su farmacia obtener un sustituto en vacaciones (Tabla 2).

Tabla 2. Cobertura de sustitutos para farmacias rurales de Minnesota, Dakota del norte y Dakota del sur (Casey et al., 2002)

	<b>Porcentaje de farmacias</b>
<b><i>Dificultad de encontrar sustitución para vacaciones (n=537)</i></b>	
Muy difícil	39,0
Difícil	17,8
Ninguna dificultad	16,9
Fácil	16,4
Muy fácil	9,9
<b><i>Dificultad de encontrar sustitutos para pocos días (n=537)</i></b>	
Muy difícil	55,0
Difícil	12,3
Ninguna dificultad	15,2
Fácil	10,4
Muy fácil	7,1
<b><i>Cierre de la farmacia por 1 ó más días falta de sustitutos (n=537)</i></b>	<b>7,6</b>

Con respecto a la prestación de servicios de atención farmacéutica, el 98% de las farmacias encuestadas prestaban servicios de detección de interacciones medicamentosas, la mitad de las farmacias tomaban la tensión arterial y menos frecuentemente se ofertaba servicios de medición de glucosa.

Larson et al. (2003), vieron como las poblaciones en áreas típicamente rurales tienen un mayor porcentaje de pacientes mayores (más de 65 años) comparados con las poblaciones urbanas y este segmento de población hace un gran uso de los recursos sanitarios incluidos los farmacéuticos (Gangeness, 1997). En este sentido, y tras una revisión de la literatura, Blenkiron (1996) sugiere que el 66-96% de las personas mayores están tomando medicamentos recetados, lo cual va en aumento según Metge et al. (2004). Por término medio los adultos mayores tienen prescritos de 2 a 6 medicamentos (Lassila et al., 1996; Torrible et al., 1997; Dellasega et al., 1999) y los farmacéuticos tienen una posición muy respetada dentro de su comunidad con un alto volumen de personas que utilizan sus servicios durante todo el año (Blenkinsopp et al., 2000).

También se argumenta que las farmacias son los centros más accesibles de todos los proveedores de salud con más del 90% de la población que visita la farmacia al menos una vez al año (Anderson, 2000) y están reconocidas como centros adecuados de promoción de la salud (Jackson et al., 2004).

Como consecuencia de ello, se ha detectado preocupación por la pérdida de estos servicios. Así, en Minnesota, el número anual de farmacias no metropolitanas cerradas ha ido creciendo desde 1996. Comparado con los 87 cierres en los siete condados del área metropolitana de Minneapolis-St. Paul, 102 farmacias han cerrado en área no metropolitanas (Office of Rural Health and Primary Care, 2003).

También en Minnesota, Traynor y Sorensen (2005) cuantificaron los riesgos de las comunidades rurales de perder el acceso a los servicios farmacéuticos locales. El trabajo de investigación se llevó a cabo en el año 2003 y los participantes fueron propietarios de farmacias en comunidades de menos de 5000 habitantes y sólo una farmacia en la comunidad. A cada respuesta se le dio una puntuación

basada en el riesgo de cierre de la farmacia. Los resultados fueron que de las 126 comunidades con una población inferior a 5000 habitantes y una sola farmacia, 81 (64,3%) respondieron los cuestionarios recibidos. Los factores que más contribuyeron al índice de riesgo fueron las disminuciones de la población de la comunidad, el pobre apoyo de la comunidad a la farmacia, la intención del propietario de vender la farmacia, ingreso inferior a 750000 dólares anuales en prescripciones, erosión en la cuota del mercado total de fármacos, dificultades en la contratación de farmacéuticos empleados a tiempo completo y la falta de acceso a la atención sanitaria primaria local. Aproximadamente el 26% de los farmacéuticos propietarios expresaron su interés en vender la farmacia en menos de 3 años y el 62% estaban interesados en venderla en un plazo de 10 años. La herramienta desarrollada para este estudio permite la evaluación prospectiva del riesgo, esto puede facilitar una mayor conciencia por parte de las administraciones locales y regionales, así como los consumidores de la posibilidad de la pérdida de las farmacias rurales y servir de puente a las relaciones de colaboración destinadas a garantizar el acceso local a los servicios de farmacia y dirigir los recursos a las zonas que más lo necesitan.

Con el fin de obtener una mejor comprensión de los desafíos a los que se enfrentan las farmacias rurales independientes en EEUU (Radford et al., 2007) entrevistaron telefónicamente a farmacéuticos rurales en Carolina del Norte. Manifestaron que están experimentando cambios importantes en el pago y carga administrativa. Además las farmacias independientes tienden a que el mayor porcentaje de sus ingresos sea la venta de medicamentos con receta, haciéndolos más vulnerables a la disminución del reembolso del seguro. Este estudio se realizó debido al interés creado en torno a la Ley de Mejoras y Modernización de los medicamentos (MMA) y cómo la legislación afectaría al acceso a los medicamentos.

Bigbee et al. (2007) encuestaron por teléfono a 862 farmacias de California incluyendo 50 de zonas rurales y fronterizas. Las mujeres estadounidenses, especialmente las que viven en zonas rurales tienen las tasas más altas de embarazos no deseados entre los países desarrollados.

Los resultados demostraron que el servicio de acceso a las farmacias tenía una proporción similar entre los residentes urbanos y rurales, sin embargo en 13 de los

condados rurales incluidos en la encuesta, 8 (62%) no disponían de anticonceptivos de emergencia.

Las farmacias de las zonas rurales que prestaban servicios de anticoncepción de emergencia suelen ser pequeñas e independientes. Entre las farmacias que no participaron en el programa las principales razones fueron la falta de formación del farmacéutico en este tema (11,31%), la baja demanda por parte de los consumidores y que el farmacéutico no estaba interesado en prestar este servicio. Un trabajo similar realizado por Chang y Shankid (2006) en Pensylvania tuvo como conclusión que no había diferencias entre las farmacias rurales y urbanas en el acceso a la contracepción de emergencia, sin embargo, las farmacias rurales tenían menos probabilidades de estar abiertas en horario nocturno.

En una extensa región rural al oeste de Texas, Xu et al. (2003) investigaron el acceso a los medicamentos con receta. El acceso a los servicios farmacéuticos ha sido poco estudiado si lo comparamos con los estudios realizados sobre los servicios médicos, sin embargo los servicios farmacéuticos rurales han recibido más atención en los últimos años como resultado del incremento en la prescripción de medicamentos, el coste sanitario, cierre de farmacias y escasez de farmacéuticos en las zonas rurales (Epstein, 1996; Ranelli y Coward, 1996; Straub y Straub, 1999).

Se escogió una muestra de 6942 personas con 65 años o más. El estudio se realizó en 2 fases y la tasa de respuesta fue del 53%. Se excluyeron los que no querían participar en futuras encuestas o estaban demasiado enfermos para contestar con lo que quedó un total de 4141 participantes. De estos en la segunda fase respondieron 3696 siendo la tasa de respuesta de un 89,3%.

La dificultad en la obtención de recetas fue clasificado por los encuestados como:

1. Gran problema.
2. Pequeño problema.
3. Ningún problema.

Otra variable empleada en el estudio fue si las personas utilizaban siempre la misma farmacia y el número de farmacias que visitaban. Como la mayoría visitaban la misma farmacia, aunque había un porcentaje que visitaba más de una,

esta variable se adoptó como dicotómica: 1. Una farmacia y 2. Más de una farmacia.

Con respecto a las variables independientes se utilizaron la raza, edad, sexo, empleo, estado de salud.

Debido a que la mayoría de los encuestados estaban jubilados se preguntó el tipo de seguro médico que tenían. Se calculó el número de farmacias y de farmacéuticos por 1000 habitantes y el número total de medicamentos consumidos con receta médica y el número total de medicamentos de venta libre. Se concluyó que, entre los factores facilitadores en el acceso a la prescripción de medicamentos fue el seguro médico con más del 60% ( $p < 0,01$ ). Tener un seguro complementario se asoció con mayor probabilidad de tomar los medicamentos con receta. No se observaron diferencias en la cobertura en recetas médicas entre zonas rurales y urbanas. El acceso a los medicamentos con receta entre pacientes de edad avanzada tiene que ser dirigido a diseñar programas para mejorar la salud de los pacientes, aumentar el cumplimiento y la adhesión a la terapia. La participación del farmacéutico en este proceso es necesaria para mejorar el adecuado acceso a los medicamentos prescritos.

En otros países, como Australia, existen trabajos que indican que el número de farmacéuticos es más bajo en las áreas rurales y remotas que en las urbanas (Emerson, 1997). En este sentido, la escasez de personal de farmacia y la reticencia de los farmacéuticos para desplazarse a las zonas rurales se han descrito como las principales causas de esta mala distribución (Emerson, 1998). Abundando más sobre el tema, Timothy (2001) indican que el trabajo en oficina de farmacia rural está caracterizado por las dificultades para la contratación y retención de los farmacéuticos, por la exigente carga de trabajo y la menor rentabilidad económica en comparación con sus homólogos urbanos. Por ello, los autores indican que esta realidad podría crear interés para llevar a cabo políticas para la viabilidad de la farmacia rural y la continuidad de la atención sanitaria realizada por los farmacéuticos que ejercen en zonas rurales y fronterizas.

De igual forma, Harding et al. (2006) realizaron un estudio para explorar los factores que afectan a la contratación y retención de farmacéuticos en zonas rurales y remotas de Nueva Gales del Sur en Australia. Entre los factores que

favorecen la retención de los farmacéuticos fueron la satisfacción en el trabajo, las estrechas relaciones con sus clientes y otros profesionales. Mientras que los factores que influían negativamente, eran la percepción negativa de la vida en las zonas rurales, la escasez de médicos, el aislamiento profesional, falta de personal para sustituciones y la feminización de la profesión.

Por otra parte, las farmacias son reconocidas por ser el lugar más comúnmente utilizado como servicio de salud (Jackson et al., 2004). Las razones que se esgrimen normalmente para justificar esta percepción, son el alto volumen de personas que utilizan sus servicios durante el año (Blenkinsopp et al., 2000). Sunderland et al. (2006) investigaron el nivel de calidad asistencial de las farmacias percibida por los residentes de zonas rurales de Australia. Hubo un total de 819 participantes, de éstos sólo 483 fueron incluidos en el estudio porque obtuvieron sus medicamentos siempre de una sola farmacia.

Se les envió un cuestionario dividido en tres partes, la sección primera suministra datos demográficos como el género, origen étnico, nivel educativo, situación laboral. La segunda sección contiene ítems que incluyen la frecuencia en la obtención de medicamentos, si eran fumadores, los servicios requeridos de asesoramiento de salud. En la tercera sección del cuestionario se pregunta si tienen que viajar demasiado para conseguir las recetas, tiempo de retraso en la obtención del medicamento, si los servicios sanitarios y farmacéuticos de su localidad son suficientes. Las respuestas estaban clasificadas en 5 likert que van desde extremadamente de acuerdo a extremadamente en desacuerdo.

Los resultados fueron que sólo un 35% habían recibido información sobre prevención de problemas de salud por parte del farmacéutico. Sin embargo, la mayoría de los participantes se mostraron satisfechos con el nivel de asesoramiento de su farmacéutico. Estos resultados apoyan el argumento de que se infrutiliza el papel de los farmacéuticos. La salud pública basada en los servicios de prevención puede desempeñar un papel importante para mejorar el estado de salud de los residentes en el medio rural. Para ello es necesario abordar los principales obstáculos para la realización de la promoción de la salud en farmacias, como la falta de soporte financiero. Al proporcionar la adecuada

formación y la superación de barreras, los farmacéuticos rurales pueden ofrecer a sus comunidades una valiosa promoción de la salud pública.

Finalmente, también en Canadá se han realizado investigaciones sobre el tema. Así, Carrie et al. (2006) investigaron el impacto de la zona de residencia en la prescripción de medicamentos en Manitoba (Canadá). Concluyeron, que los residentes rurales han visto reducido su acceso a los servicios de salud por la dificultad de transporte, por la disponibilidad de un número limitado de profesionales de la salud, así como por la escasa dotación de instalaciones y las limitaciones financieras. La muestra final incluyó a 923 individuos con edad superior o igual a 70 años, el 58,6% residía en zona urbana y el 41,4% en zona rural. Se realizó un tratamiento estadístico basado en la técnica multivariante de regresión logística, que confirmó la falta de asociación entre el lugar de residencia y la intensidad en el consumo de medicamentos, siendo las prescripciones médicas similares entre los residentes urbanos y rurales.

## **2.2. SÍNDROME DE BURNOUT.**

### **2.2.1. Concepto del síndrome del trabajador quemado o *burnout*.**

El concepto de *burnout* lo introdujo por primera vez Freudenberger (1974), afirmando que el síndrome de *burnout* afecta con mayor frecuencia a profesionales que trabajan directamente con la gente, pero es con los estudios de Maslach y Jackson (Maslach, 1976, 1981; Maslach y Jackson, 1981) cuando realmente adquiere importancia el estudio de este síndrome. El término *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, sobre todo cuando esta es considerada de ayuda, médicos, enfermeros, profesores, etc. (Llaneza, 2008) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Maslach (1981) define el término *burnout* como un síndrome de agotamiento físico, agotamiento emocional e intelectual que se manifiesta por una actitud negativa a la vida profesional y hacia otras personas, con el desarrollo de una falta

de autoestima, en el que el individuo experimenta fatiga crónica y sentimientos de impotencia y desesperanza.

Maslach y Jackson (1981) dividen el concepto de *burnout* en tres escalas, a saber, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Indicaron que el cansancio emocional haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como los clientes. La despersonalización supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios. La falta de realización personal conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas.

Varios autores han afirmado que el *burnout* tiene consecuencias muy graves en profesiones donde se sirve directamente a la gente, de forma que un nivel alto de *burnout* da lugar a problemas tales, como dejar el empleo, insatisfacción en el trabajo, falta de armonía marital y familiar, disminución de la autoestima, dificultad para concentrarse, aislamiento social, fatiga, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, y el consumo de alcohol y uso indebido de drogas (Freudenberger, 1974; Maslach, 1981; Maslach y Jackson, 1981; Barry, 1984; Beemsterboer y Baum, 1984; Duxbury et al., 1984; Dignam et al., 1986). Por ello, los estudios sobre el *burnout* se concentran principalmente en ocupaciones tales como enfermeros (Barry, 1984; Duxbury et al., 1984), maestros (Chan e Hui, 1995), servicios sociales (Maslach y Jackson, 1984), médicos (Díaz e Hidalgo, 1994; Fields et al., 1995; González y Suberviola, 1998; Bustinza et al., 2000; Prieto et al., 2002; Martínez de la Casa et al., 2003; Sobrequés et al., 2003; Rodríguez et al., 2005; Varela-Centelles et al., 2005; Matía et al., 2006), psiquiatras (Naisberg y Fenning, 1991), psicólogos clínicos, abogados, policías, niñeras, personal de prisiones, asesores y diputados, en donde es necesario estar en contacto cercano con personas (Maslach, 1981).

Asimismo, varios estudios ponen de manifiesto la afección de este síndrome a los farmacéuticos, así en España, existe un trabajo (Pérez y Díaz, 2007) que estudia mediante el MBI la prevalencia del *burnout* en farmacéuticos de atención primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). En Estados Unidos hay varios trabajos

que permitieron validar la estructura factorial del MBI y determinar la incidencia del síndrome de *burnout* para farmacéuticos de este país (Lahoz y Mason, 1989, 1990). Con posterioridad se realizó un trabajo parecido para una muestra de farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia de la organización asistencial HMO (Gupchup et al., 1994, 1998). Asimismo, en Turquía existe otro trabajo basado en una muestra de farmacéuticos de oficinas de farmacia de Ankara (Calgan et al., 2007).

### 2.2.2. Síndrome de *burnout* y estrés.

Como se ha descrito anteriormente, el síndrome de *burnout* es un tipo de estrés laboral e institucional que mantienen ciertos profesionales por una relación constante y directa con otras personas, que por sus características, son sujetos de ayuda, como profesores, personal sanitario o asistentes sociales entre otros.

Las diferencias entre estrés, como clásicamente se le conoce y el síndrome de *burnout* fueron establecidas por Amtrom y colaboradores (Auditoria Salud, 2005) las cuales se exponen de forma simplificada en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias entre estrés y síndrome de *burnout* (Auditoria Salud, 2005)

<b>Estrés</b>	<b>Burnuot</b>
Aparece de forma individual	Aparece en grupos de profesionales
Aparece en cualquier contexto	Solamente en el contexto laboral
Más relacionado con la fatiga	Más relacionado con la disminución del entusiasmo y la decepción
Aparece por sobrecarga, y desaparece tras el descanso	No se recupera tras el descanso
Conlleva distintos niveles de ansiedad	Conlleva sentimientos negativos, quejas psicósomáticas
Consecuencias a medio y largo plazo menos graves	Consecuencias a medio y largo plazo más graves

Tanto en el estrés como en el síndrome de *burnout*, la problemática surge del propio trabajo, a diferencia por ejemplo del *mobbing*, que tiene su origen en las relaciones interpersonales que surgen de dicho trabajo (CEREM, 2006). Si bien podría pensarse lo mismo del síndrome de *burnout*, al tratarse de profesiones que prestan servicios de ayuda a otra gente y surgir, por tanto, al estar en contacto con personas con las que se trabaja, es precisamente el trabajo que se presta y sus

características y no la relación con el cliente el que genera las alteraciones del síndrome.

Para Llanea (2008), parece existir acuerdo entre la mayoría de autores en considerar el síndrome de *burnout* como una respuesta al estrés laboral, y calificarlo como una forma de tensión, entendiendo por tensión aquellos cambios psicológicos y conductuales del estrés sobre la persona y que son resultado de la acción de uno o varios estresores (Llanea, 2008); además el estrés es un proceso que puede tener resultados positivos o negativos para los individuos que lo padecen, mientras que el *burnout* siempre conlleva resultados negativos.

Finalmente, se ha llegado a sugerir que el término *burnout* es solamente un nombre nuevo para una idea antigua, como lo es el tedio ocupacional de los trabajadores industriales, solamente que el *burnout* se aplica a profesionales de mayor grado académico.

### **2.2.3. Etapas de desarrollo del síndrome de *burnout*.**

La evolución del síndrome de *burnout* se suele estudiar como modelos explicativos por etapas. Así, existen dos modelos explicativos del síndrome de *burnout*: el modelo de Golembiewsky y Munzenrider (1989) y el modelo de Lee y Ashford (1993). Las diferencias entre los modelos radican en el síntoma que presentan los afectados como primera respuesta al estrés percibido. Es necesario conocer el desarrollo correcto del *burnout* para poder identificarlo y prevenirlo, así como para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento.

El primer modelo (Golembiewsky y Munzenrider, 1989) se basa en los tres factores propuestos por Maslach (1981), y considera la despersonalización como la primera fase del proceso, después la falta de realización personal y por último aparecería el cansancio emocional.

El segundo modelo (Lee y Ashford, 1993), se basa en el paradigma estrés-tensión-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). El cansancio emocional es visto como una forma de tensión, mientras que la despersonalización como un modo de afrontamiento.

Otra alternativa para el desarrollo del síndrome ha sido propuesta por Gil-Monte y Peiró (1997), de forma que para ellos el proceso de desarrollo del *burnout* se

inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. La actitud de despersonalización se considera una estrategia de afrontamiento desarrollada por el individuo ante la cronicidad de esas emociones.

En el desarrollo del síndrome de *burnout* se pueden establecer las siguientes etapas definidas por Jerry Edelvich y Archie Brodsky en 1980 (Fidalgo, 2008):

1. Etapa de entusiasmo. Esta fase deriva en una implicación excesiva del trabajador, ya que este ve el trabajo como algo estimulante, con altas expectativas profesionales, pero poco realistas habitualmente con razón o sin ella, lo que le lleva a soportar mucha carga de trabajo voluntario.
2. Etapa de estancamiento. En esta fase, el trabajador, utiliza las expectativas al chocar con la realidad laboral, ya que el trabajo no siempre tiene el resultado esperado, que lo lleva a cierta desilusión en el trabajo y lo obliga a comenzar a plantearse la posibilidad realizar cambios en su vida laboral. Aparecen los primeros síntomas (dolores estomacales y de cabeza, aburrimiento).
3. Etapa de frustración. En esta etapa, el síndrome llega a un punto en el que el trabajo carece de sentido, el trabajador sufre frustración, relacionada con la falta de apoyo, insatisfacción, sobrecarga laboral, remuneración inadecuada, tareas burocráticas, etc., que termina llevándole a la fase de apatía.
4. Etapa de apatía. En esta etapa es donde el desinterés y el distanciamiento surgen como forma de defensa frente a la frustración anterior o como resultado de la despersonalización y pérdida del compromiso en el trabajo por las demandas excesivas, y comienzan las bajas laborales.
5. Etapa de quemado. En esta última etapa, es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas, produciéndose un colapso físico e intelectual de no poder más.

### **2.2.4. Factores que intervienen en el desarrollo del *burnout*.**

El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron los factores psicosociales en el trabajo. Consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y

por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura, su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

Hay múltiples factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo (Ramírez et al., 1996; Díaz e Hidalgo, 1994; Pera y Serra-Prat, 2002) y no hay acuerdo unánime respecto a la etiología de este síndrome (Maslach et al., 2001). Entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional, se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, la autoestima o determinados factores hereditarios (Chang et al., 2000; Arvey et al., 1989). Los factores ambientales son complejos y difíciles de entender, porque representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos (Hurrell, 1988). Se ha observado que los trabajadores del sector servicios, como los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores índices de desgaste profesional, insatisfacción, trastornos afectivos y estrés (Maslach et al., 2001).

De acuerdo a Llaneza (2008), los factores que intervienen en el desarrollo del síndrome son aquellas variables que predicen la aparición del mismo y pueden ayudar a comprender mejor su origen. El autor, divide estas variables en tres categorías:

### **a) Organizacionales:**

Se trata de variables intrínsecas a la organización que pueden generar situaciones negativas por sí mismas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo. Dentro de este grupo de variables se pueden distinguir las siguientes: Dinámica del trabajo, inadecuación profesional, sobrecarga de trabajo, los contenidos del trabajo, ambiente físico de trabajo, los turnos de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, estresores relacionados con las nuevas tecnologías, estructura organizacional, estresores económicos, desafío en el trabajo, el clima organizativo, autonomía en el trabajo, compromiso con el trabajo y relaciones con los compañeros.

### **b) Sociales:**

Las variables de este grupo, no se encuentran relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc. Este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, de forma que las relaciones mantenidas condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no.

### **c) Personales:**

Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc. Estas variables, más que desencadenantes, se consideran facilitadoras o inhibitoras del síndrome, esto es, que, en función de que se presenten en menor o mayor grado, aumentarán o disminuirán la posibilidad de que el *burnout* aparezca. Estas variables son: *Locus de control* (es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones o no), *personalidad resistente*, *sexo*, *edad*, *estado civil*, *estrategias de afrontamiento*, *autoeficacia*, *patrón de personalidad tipo A* (caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, que predisponen claramente al *burnout*) y *expectativas personales*.

### **2.2.5. Consecuencias del *burnout*.**

Como indica Llaneza (2008), las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales, además de generar consecuencias importantes para la organización a que se pertenece. Aunque parece que en último término la enfermedad sería la consecuencia más relevante, no se debe olvidar la salud mental y relacional desde una perspectiva amplia, así como la incidencia en cuanto a bajas, absentismo, accidentes, eficacia y rendimiento.

Freudenberger (1974) fue el primero que señaló que los sujetos afectados manifestaban cuadros de insomnio, fatiga, jaquecas, problemas estomacales, enfados, alteraciones y gritos, etc.

Las consecuencias del síndrome de *burnout* son diversas y se pueden clasificar en tres grupos (Auditoria Salud, 2005):

**a) Sobre el trabajo:**

Pérdida del idealismo y la energía, con tendencias al absentismo, disminución de la calidad del trabajo, cambios de tarea, atención a problemas y no a personas.

**b) Sobre la salud:**

Cansancio físico, trastornos gastrointestinales, alteraciones osteoarticulares y respiratorias y otro tipo de enfermedades menores y psicosomáticas, tendencia a la automedicación, alteraciones de la esfera de salud mental, con reducción de autoestima, sentimientos de incompetencia e ineficacia, respuestas agresivas e irritables, con sospechas continuas, tendencia a la depresión y tendencia al suicidio (Pines et al., 1981; Golembiewski et al, 1986).

**c) Sobre la calidad de vida:**

Las relaciones personales tienden a empobrecerse, afectándose también las relaciones familiares y sociales, apareciendo conflictos en todos estos ámbitos que llevan al afectado a cada vez mayores deseos de aislamiento y soledad.

### **2.2.6. Prevención y tratamiento del *burnout*.**

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como "*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo*". Es decir, un conjunto de actuaciones tendentes a adecuarse, modificables, por lo que implican esfuerzo.

El conocimiento de las manifestaciones del síndrome de *burnout* puede ser un buen comienzo para evitarlo, antes de que se produzca, o cuando ya se ha producido, antes de que se agrave.

Desde el punto de vista institucional, la reducción de la carga de trabajo (tiempo de contacto con los clientes), el diseño del trabajo (claridad de objetivos, establecimiento de un sistema jerárquico coherente, mejoras ergonómicas, participación de los profesionales en reuniones sobre su trabajo y repercusión

práctica de las conclusiones), la mejora de las condiciones ambientales físicas y otros aspectos de tipo psicosocial como la flexibilidad horaria, comunicación, etc., serían medidas a adoptar, además de sistemas de reconocimiento precoz de las manifestaciones del síndrome (Auditoria salud, 2006).

A nivel grupal, son factores a tener en cuenta, la facilitación de la colaboración interprofesional, mejorando el apoyo técnico y emocional y buscando estímulos que se vivencien como positivos relacionados con la conjunción de las metas tanto de los profesionales como de la organización (Auditoria salud, 2006).

Individualmente, existen técnicas de manejo de estrés y de gestión del tiempo junto con información y formación sobre distintos aspectos que afectan al afrontamiento del propio trabajo hasta la mejora de la calidad de vida y del tiempo de ocio. La psicoterapia, tiene también un lugar importante en el aprendizaje de cómo superar la frustración y el miedo al cambio y al fracaso, así como conocerse a uno mismo, siendo de interés también, en este último caso, las técnicas sofrológicas (Auditoria salud, 2006).

Redundando en las estrategias indicadas anteriormente, Gil-Monte (2005a) propone que las estrategias de intervención se pueden hacer a nivel individual y a nivel grupal.

En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.

En el nivel grupal e interpersonal las estrategias pasan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo de rol. En el nivel organizacional, la dirección de los organizadores debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización.

Los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-evitación presentan mayores niveles de cansancio emocional y de “quemado” que los sujetos con un afrontamiento centrado en el problema (Hernández et al., 2004).

Por otra parte, las estrategias de intervención o afrontamiento centrados en el problema incluye las siguientes categorías (Soledad, 2008):

- a) Requerimiento de información o asesoramiento a otras personas significativas.
- b) Ejecución de acciones que resuelvan el problema, reaccionando ante la situación o desarrollando planes alternativos.
- c) Desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

Mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se asocia a las siguientes estrategias (Soledad, 2008):

- a) Aceptar con resignación la situación y la imposibilidad de provocar cambios en ella,
- b) Control afectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida y
- c) Descarga emocional, por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer.

Por último, el afrontamiento centrado en la evaluación incluye las siguientes estrategias (Soledad, 2008):

- a) Análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla.
- b) Redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo.
- c) Evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

### **2.2.7. Instrumentos de medida del *burnout*.**

Han sido muchos los intentos por desarrollar inventarios que evalúen los aspectos relacionados con el síndrome, y como indica Llaneza (2008), se ha dado la circunstancia de que a veces la definición de la que parten los autores conduce a la

construcción del propio instrumento, mientras que en otras ocasiones el proceso es a la inversa, lo que conlleva interpretaciones muy diversas acerca de cada uno de ellos. Así, en unos casos se describe conceptualmente el síndrome y los ítems se elaboran de acuerdo a esta concepción; mientras que en otros, habiendo creado determinados ítems que se suponen miden la sensación de estar quemado, dotan de significado la definición que aparece como consecuencia del comportamiento de estos ítems.

Por otra parte, lo ideal sería que tras la construcción de un instrumento, este pueda ser utilizado en diversos contextos laborales, en países diferentes, con lo que la riqueza de las conclusiones de cada instrumento se ve mejorada considerablemente.

El método más empleado tradicionalmente para estimar el síndrome de *burnout* ha sido el cuestionario, y en concreto el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), que ha sido ampliamente utilizado, hasta el punto de que el resto de instrumentos apenas han tenido un desarrollo significativo en la literatura científica.

En la Tabla 4 se expone un resumen propuesto por Llaneza (2008) de los principales instrumentos de medida más utilizados del síndrome de *burnout*.

Tabla 4. Principales instrumentos de medida del síndrome de *burnout* (Llaneza, 2008)

<b>Instrumento de medida</b>	<b>Autores</b>
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores de Burnout	Gillespie (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

Por ser el más utilizado internacionalmente, así como porque es el instrumento de medida utilizado en la presente investigación se detalla seguidamente el instrumento MBI (Maslach Burnout Inventory).

El MBI de Maslach y Jackson (1981) es un instrumento de medida del síndrome en el que se plantea al individuo una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. En la versión inicial la escala para valorar los ítems presentaba 2 formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de 7 adverbios que van de “nunca” a “todos los días”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems tenía 8 grados, y el sujeto valoraba la intensidad con la que siente esas mismas situaciones.

Maslach y Jackson (1981) consideraron que las correlaciones entre ambas formas se solapaban, por lo que recomendaron retener la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad.

La factorización de los 22 ítems (Tabla 5) arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de Cansancio o Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (CE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Tabla 5. Factorización e ítems del instrumento MBI (Maslach y Jackson, 1981)

Ordinal	Factor	Enunciado ítem
1	CE	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo
2	CE	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado
3	CE	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado
4	RP	Siento que puedo entender fácilmente las personas que tengo que atender
5	D	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales
6	CE	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7	RP	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender
8	CE	Siento que mi trabajo me está desgastando
9	RP	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10	D	Siento que me he hecho más duro con la gente
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12	RP	Me siento muy enérgico en mi trabajo
13	CE	Me siento frustrado por el trabajo
14	CE	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15	D	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente
16	CE	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17	RP	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo
18	RP	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender
19	RP	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20	CE	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21	RP	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
22	D	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas

Mediante las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas se puede obtener el grado de quemado, de forma que puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización se corresponden con altos

sentimientos de estar quemado, mientras que en la subescala de realización personal en el trabajo puntuaciones bajas se corresponden con altos sentimientos de quemado.

Como indica Gil-Monte (2005a), se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En lo relativo al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Así, las personas por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

Puesto que el cuestionario consta de 22 ítems, con una escala de puntuación de Likert (0-6), en la subescala CE, una puntuación de 25 o más indica un nivel alto de *burnout*, el intervalo entre 16 y 24 corresponderían a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 15 indicativas de niveles de *burnout* bajo o muy bajo. En la subescala D, las puntuaciones iguales o superiores a 9 revelan un nivel alto, de 4 a 8, medio, e inferior a 3, bajo. En la subescala RP, los valores iguales o superiores a 40 indican un nivel alto, de 36 a 39, intermedio, y menor o igual de 35, bajo.

De acuerdo a Llaneza (2008), se puede deducir que existen numerosas investigaciones que apoyan la fiabilidad, validez y estructura factorial del MBI, así como que el Agotamiento Emocional parece ser el factor más consistente del instrumento, lo que a su vez condiciona la importancia relativa de cada uno de los factores en cuanto a la evaluación global del *burnout*.

Por otra parte, en España, Gil-Monte (2005b), ha realizado la validación del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey (MBI-HSS). Asimismo, estableció los valores medios en las tres subescalas del MBI obteniendo para la realización personal en el trabajo y el cansancio emocional valores más altos que Maslach y Jackson (1981) y para despersonalización valores más bajos.

Finalmente hay que indicar, que aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para todo tipo de profesionales.

### **2.2.8. *Burnout* en profesionales sanitarios.**

El Síndrome de *Burnout* se considera como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente. Diversos estudios han pretendido aportar una serie de caracterizaciones de las variables epidemiológicas universales que permitan dar una aproximación al perfil de riesgo en el personal sanitario (Naisberg y Fenning, 1991). Asimismo, Atance (1997) sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. Este autor escogió aleatoriamente una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada, a los que se les aplicó el instrumento de medida MBI del síndrome de *burnout*, de forma autoadministrada, y posteriormente realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas con comparación de medias.

En EEUU se realizó un estudio con intensivistas pediátricos para determinar el riesgo de padecer *burnout* (Fields et al., 1995). Asimismo, en España, (Bustinza et al., 2000) revisaron la situación de *burnout* de pediatras intensivistas de la sección de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Asociación Española de Pediatría. Se utilizó un cuestionario que contenía preguntas generales sociodemográficas y la versión española del MBI.

De igual forma, García et al., (2007) estudiaron la validez factorial de una adaptación al castellano del MBI en una muestra compuesta por 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, desde vigilantes hasta psiquiatras. Otros investigadores españoles han evaluado la validez factorial del MBI entre profesionales españoles de diversos sectores como Gil-Monte (2005b) y los resultados mostraron que el MBI ofrece validez factorial y consistencia interna de sus escalas actuales para evaluar la calidad de la vida laboral de los profesionales sanitarios españoles.

Por otra parte, Martínez et al. (2009) estudiaron la prevalencia del *burnout* en profesionales de enfermería de cuidados paliativos (CP) frente a la de otras unidades de hospitalización (NCP). Diseñaron un cuadernillo de recogida de datos

con un cuestionario MBI de *burnout*, una escala de apoyo social percibido y un cuestionario de satisfacción laboral además de una serie de variables sociodemográficas. Por otra parte, Gil-Monte y Marucco (2008) analizaron la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en pediatras de hospitales generales siguiendo criterios de diferentes países. El estudio que se realizó fue de tipo transversal no aleatorio, y se realizó en Buenos Aires (Argentina), en 2006.

Finalmente, interesa resaltar que un concepto que se ha relacionado con el síndrome de *burnout* es la calidad de vida profesional y su influencia en la buena atención sanitaria. Así, Rodríguez et al. (2005) llegaron a la conclusión de que la *calidad de vida profesional* y el *burnout* miden dimensiones diferentes pero relacionadas.

### **2.2.9. Burnout en farmacéuticos.**

La escasa información bibliográfica existente sobre el síndrome del *burnout* en farmacéuticos de atención primaria y prácticamente nula en farmacéuticos comunitarios que desarrollan su labor profesional en oficina de farmacia hace que estos estudios sean interesantes. En España, Pérez y Díaz (2007) realizaron un estudio descriptivo de la satisfacción laboral de los farmacéuticos de atención primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y analizaron la relación con el desgaste profesional.

Se distribuyeron dos cuestionarios:

1. El MBI diseñado para estudiar el síndrome del *burnout* mediante las subescalas de Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP).
2. Un cuestionario general, con datos personales y de situación laboral: edad, sexo, estado civil, años trabajados, tipo de contrato y centro rural o urbano.

En EEUU (Lahoz y Mason, 1990) observaron como el *burnout* entre farmacéuticos puede tener graves consecuencia negativas como la reducción en la calidad de la atención farmacéutica, absentismo laboral e insatisfacción en el trabajo. De igual forma, en EEUU, (Gupchup et al., 1998) enviaron una encuesta por correo a 251 farmacéuticos que recogía información sobre el *burnout* en

términos de las tres subescalas: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Un último trabajo sobre prevalencia del síndrome de *burnout* en oficina de farmacia fue realizado en Ankara (Turquía) por Calgan et al. (2007). Se evaluó dicho síndrome mediante el MBI como en trabajos anteriores.

### **2.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN FARMACIA RURAL.**

#### **2.3.1. Definición del concepto de Atención Farmacéutica.**

Las primeras definiciones de Atención Farmacéutica, concepto que en inglés se denomina Pharmaceutical Care, las dan Heppler y Strand en 1989 (Faus et al., 2003). Según estos autores la Atención Farmacéutica es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

La Atención Farmacéutica que corresponde al concepto de Pharmaceutical Care, es un trabajo profesional en el cual se hace un seguimiento sistemático de los medicamentos que utiliza un paciente, con el objetivo de obtener el máximo beneficio de los mismos con el menor número de efectos adversos posibles. En este sentido, Faus y Martínez-Romero (1999) indican que el término que se debería emplear sería “Seguimiento del Medicamento” o “Seguimiento del Tratamiento Farmacológico”, tal y como se está denominando al proceso en algunos países europeos.

En el año 2001 la Dirección General de Farmacia, Medicamentos y Productos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, publica un documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, elaborado bajo la coordinación de responsables de dicha Dirección General y con la colaboración de un grupo de 12 expertos en el área (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001).

En el Manual de la OMS “Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente” (OMS, 2006), se realiza un acercamiento al concepto de atención farmacéutica de la siguiente forma: *La atención farmacéutica es un concepto innovador en la práctica de farmacia, que surgió a mediados de los años setenta. Establece que todos los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de los resultados de la farmacoterapia en sus pacientes. Abarca*

*una variedad de servicios y de funciones, algunos nuevos para la farmacia, otros tradicionales que son determinados y proporcionados por los farmacéuticos atendiendo a los pacientes individuales. El concepto de atención farmacéutica también incluye el compromiso expreso con el bienestar de los pacientes como individuos que requieren y merecen la consideración, preocupación y confianza de los farmacéuticos.*

En definitiva, la Atención Farmacéutica es 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.

Dentro del concepto de Atención Farmacéutica, se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la Clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.

Se considera que, sin perjuicio de otros servicios que pudieran ser ofertados, hay tres que son esenciales en el modelo actual de ejercicio profesional del farmacéutico orientado a las necesidades del paciente:

### 1. Dispensación:

La dispensación es el servicio que generalmente supone el centro de la actividad del farmacéutico y representa la principal demanda del consumidor.

El ejercicio de la dispensación adecuada en las farmacias debe cumplir con al menos tres requisitos básicos:

- a) Ofrecer cobertura al 100% de los consumidores en España.
- b) Responder a las expectativas del paciente: agilidad suficiente y eficiencia en el servicio.
- c) Poder integrarse en la rutina diaria del ejercicio profesional del farmacéutico.

El realizar esta dispensación en el medio rural, tiene la ventaja de que los posibles “errores” pueden tener una fácil solución ya que la relación con el médico prescriptor y con el paciente suele ser buena y cercana (Lacadena, 2002).

### 2. Consulta o Indicación Farmacéutica:

Es el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Este proceso debe enmarcarse dentro de las actividades clínicas de atención farmacéutica ya que debe abordarse con el compromiso de cubrir las necesidades del paciente evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, siempre en un contexto de uso racional de los tratamientos y mediante la aplicación de criterios científicos y técnicos.

### 3. Seguimiento Farmacoterapéutico:

El Seguimiento Farmacoterapéutico y demás modalidades de la atención farmacéutica quedan recogidos en el documento del Foro de Atención, que engloba a SEFAC, Fundación Pharmaceutical Care España y Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, entre otros autores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Se define Seguimiento Farmacoterapéutico como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

El farmacéutico tiene la responsabilidad profesional y ética de poner a disposición de los pacientes el conocimiento, la experiencia y el método, igual que las acciones emprendidas por los sistemas sanitarios. Así como indica Baena et al. (2005), los farmacéuticos tienen la oportunidad de ser los responsables de esta

aportación, porque la seguridad del paciente, en general, y en relación al uso de los medicamentos en particular, debe ser desarrollado por los mismos.

La OMS afirma que los farmacéuticos tienen un papel fundamental que desempeñar en lo que se refiere a atender las necesidades de los individuos y de la sociedad, con el fin de asegurar una utilización racional y económica de los medicamentos en todos los países cualquiera que sea su nivel de desarrollo (OMS, 1993).

La problemática de la Atención Farmacéutica y Farmacia Rural en España, ha sido estudiada por Lacadena (2002). A su juicio, la dispensación en el medio rural tiene la ventaja de que los posibles errores pueden tener una más fácil solución, ya que la relación con el médico prescriptor y con el paciente suele ser buena y cercana. Se conoce el tratamiento que el paciente-cliente está tomando y, en consecuencia, se detectan con mayor facilidad los PRM. Dicha cercanía también facilita la educación sanitaria, la farmacovigilancia y la consulta. No obstante, el aspecto negativo reside en que no se registran todas las actividades que en este terreno se desarrollan, lo cual puede ser debido a esa íntima relación farmacéutico-paciente. Además, insistió en que la informatización de la farmacia en el medio rural es positiva, pues ello permite, entre otras posibilidades, el seguimiento farmacológico.

Por otra parte, en Australia, en el centro universitario de Monash para la salud rural (Leversha et al., 2000) realizaron un proyecto piloto en el que a través de una serie de talleres se animó a los farmacéuticos a debatir las dificultades que obstaculizan la aplicación de las directrices de las guías para la atención sanitaria en la región de Victoria. Este proyecto puso de relieve los desafíos a los que se enfrenta el farmacéutico rural, la necesidad de aumentar la capacitación en farmacia clínica, la escasez de farmacéuticos rurales y se dieron recomendaciones referentes al personal, educación continua, las necesidades de la farmacia rural y la mejora de la comunicación con otros profesionales de la salud.

En la facultad de farmacia de la universidad de Sydney en Australia (Hourihan et al., 2003) estudiaron el servicio en detección de factores de riesgo cardiovascular en farmacia comunitaria rural. Se llevó a cabo un protocolo clínico estandarizado con 204 participantes. La edad media de los participantes fue de 44 años. Más de la mitad (54%) tenían un IMC>25, el 54% tenía colesterol y el 18% una presión

arterial de 140-90. La mayoría (80%) aceptaron consejos sobre estilo de vida (ejercicio, dieta, deshabituación tabáquica). Desde este nuevo servicio ofertado por la farmacia se pudo identificar, educar y referir a las personas en situación de riesgo cardiovascular en una comunidad rural. Existían estudios previos en los que se reflejaba que la mortalidad por accidente cardiovascular era del 5 al 10% más alto en áreas rurales que en áreas urbanas en gran parte debido a enfermedad cardíaca coronaria (Australian Institute of Health and Welfare, 1998).

Ngorsuraches et al. (2008) tuvieron como objetivo en su estudio desarrollar y validar una escala para medir la confianza del paciente en farmacéuticos comunitarios rurales en Tailandia. Se distribuyó un cuestionario a una muestra de 400 pacientes. El cuestionario tenía 4 secciones diferentes:

1. Información general del paciente.
2. Relaciones entre el paciente y el farmacéutico.
3. Cuarenta ítems de escala de confianza.
4. De 4 a 21 ítems de escala de satisfacción.

Los estudios demostraron que un aumento de la confianza del paciente es más importante que un aumento de la satisfacción para mejorar la adherencia del paciente a los servicios sanitarios. En otros trabajos como el de Thom et al. (2004) también ha sido reconocida la confianza como otro indicador de la calidad de la relación interpersonal entre los proveedores de servicios de salud y los pacientes.

En España, March Cerdá et al. (2008) analizaron la implantación de la Atención Farmacéutica, y el conocimiento actual que tienen: farmacéuticos, médicos y pacientes. Para ello cuantificaron el número de farmacias que realizan Atención Farmacéutica, trataron de conocer la opinión, demanda y expectativas de los pacientes en las farmacias comunitarias y estudiaron la opinión de los médicos de Atención Primaria en cuya área sanitaria existan farmacias comunitarias donde se realice el servicio de Atención Farmacéutica. La técnica de recogida de información en oficinas de farmacia fue una entrevista telefónica y entrevistas semiestructuradas para médicos y usuarios de oficinas de farmacia. El estudio se realizó en Asturias, Comunidad Valenciana y Andalucía.

Para la selección de la muestra (95% de confianza y un error muestral del 5%) se realizó una aleatorización. En Andalucía, realizan Atención farmacéutica el 5%

(N=882). En la Comunidad Valenciana, realizan Atención farmacéutica el 11% (N=333). En Asturias, realizan Atención farmacéutica el 10% (N=113).

A través de grupos focales se comparó la opinión de los usuarios que reciben Atención farmacéutica con aquellos que no la han recibido. Existe una clara diferencia al comparar la satisfacción, conocimiento y expectativas de los usuarios que reciben AF con los que no, ya que estos valoran al farmacéutico como un profesional sanitario que participa activamente en los problemas de la salud del paciente, haciéndose responsable de su medicación. Con respecto a los médicos de atención primaria desconocen el concepto de Atención farmacéutica, y la percepción que tienen del farmacéutico como profesional sanitario es muy baja. También se realizaron 21 entrevistas a farmacéuticos comunitarios que realizan Atención farmacéutica, todos ofertan el servicio y lo hacen de forma directa en el mostrador, de forma que se sienten realizados profesionalmente y perciben la fidelización del paciente que la recibe.

Quiñones et al. (2010) encuestaron a 60 personas, divididas en 3 grupos de edad, seleccionadas en la consulta externa de un hospital que procediendo de una localidad de menos de 1000 habitantes, y con patología crónica, frecuentaban una farmacia rural durante el año 2008. Se les preguntó sobre la calidad de la asistencia farmacéutica y su valoración general y los resultados fueron que la atención farmacéutica es altamente valorada por los 3 grupos de personas, sin diferenciación por edad o sexo. Asimismo, remarcaron especialmente el fácil acceso, la libertad de elección, el amplio horario (horario continuo en muchas ocasiones), la confianza en el profesional, la eficacia en la resolución del problema. Las limitaciones fueron el tiempo dedicado, la falta de intimidad y en ocasiones (10%) la sensación de una presión comercial observada.



**CAPÍTULO 3. OBJETIVOS**

### 3. OBJETIVOS.

El objetivo general del presente trabajo es determinar el perfil de la atención farmacéutica que presta el farmacéutico que ejerce su actividad profesional en Oficina de Farmacia Rural en España, y estudiar su correlación con el desgaste profesional sufrido por el farmacéutico y el grado de ruralidad de la oficina de farmacia donde ejerce su labor profesional.

Para alcanzar el objetivo general indicado se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y cuantificar las variables que caracterizan la atención farmacéutica que presta el farmacéutico que ejerce su actividad profesional en oficina de farmacia rural en España.
- Determinar un índice de ruralidad que permita determinar el grado de ruralidad de la oficina de farmacia donde ejerce su labor profesional el farmacéutico.
- Determinar el grado de prevalencia del síndrome de *burnout* en los farmacéuticos que ejercen su actividad profesional en oficina de farmacia Rural en España.
- Relacionar las variables de atención farmacéutica y sociodemográficas con el desgaste profesional que sufre el farmacéutico y el grado de ruralidad de la oficina de farmacia donde ejerce su labor profesional el farmacéutico.

**CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA**

## 4. METODOLOGÍA.

Para la ejecución de los objetivos planteados se ha desarrollado un estudio descriptivo transversal, con componentes analíticos realizado mediante encuestas autoadministradas remitidas por correo postal, dirigidas a una muestra de los farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia de España, emplazadas en pueblos de hasta 5000 habitantes.

El tamaño de la muestra se calculó para determinar la proporción de farmacéuticos rurales quemados (con *burnout*). Para otros profesionales de la salud, este dato puede situarse entre el 24,4 % y el 37,4 % (Health Services Research Group, 1992) según los puntos de corte adoptados en las tres subescalas del instrumento MBI. Para hacer esta estimación con una precisión del 8 % para una población finita, se estimó en 147 el número mínimo de encuestas a realizar. Por ello, previendo una tasa de respuesta en torno al 30-35 % (Health Services Research Group, 1992; Gupchup et al., 1998; Pérez y Díaz, 2007), se remitieron un total de 462 cuestionarios. El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado con asignación proporcional, utilizando como criterios de estratificación la comunidad autónoma y el tamaño del pueblo donde se emplaza la oficina de farmacia, cuantificado mediante su número de habitantes.

La fase de muestreo se realizó en dos oleadas, una primera entre junio y julio de 2009 y la segunda entre septiembre y noviembre de 2009.

El cuestionario diseñado para realizar el estudio se expone en el Anexo I y consta de los siguientes siete apartados con un total 80 ítems:

- a. Variables sociodemográficas del farmacéutico: 4 ítems.
- b. Variables relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia: 12 ítems.
- c. Variables relacionadas con la estructura y funcionamiento de la oficina de farmacia y la atención farmacéutica que presta el farmacéutico a sus pacientes: 27 ítems, aunque el ítem 38 es múltiple y se presenta como una tabla de múltiple entrada con 7 filas y 5 columnas.

- d. Variables relacionadas con las relaciones profesionales del farmacéutico con el Sistema Sanitario: 5 ítems.
- e. Variables relacionadas con la formación continuada realizada por el farmacéutico en el último año: 6 ítems.
- f. Cuestionario MBI para evaluar el síndrome de *burnout*: 22 ítems.
- g. Variables relacionadas con las peculiaridades del farmacéutico rural: 4 ítems.

El cuestionario se inicia con un código de cinco dígitos para poder identificarlo: Los dos primeros indican la comunidad autónoma, los dos siguientes la provincia y el último dígito el municipio. Asimismo, junto al código anterior, se pregunta por la fecha y día de la semana en que se rellena el cuestionario.

Además de las variables sociodemográficas del cuestionario (apartado *a*) se han estudiado y analizado también la población y densidad de población del municipio donde se emplaza la farmacia encuestada. La población y densidad de población de cada municipio se obtuvo del censo de población de 2007 (INE, 2008). Asimismo, también se obtuvo el número de farmacias que dispone cada municipio de la población muestral, de forma que esta variable se añadiría en el estudio a las variables del apartado *b* del cuestionario de investigación desarrollado. Para ello, desde noviembre de 2008 a febrero de 2009, se realizó un recuento de todas las oficinas de farmacia de todos los municipios de España con una población igual o inferior a 5000 habitantes. Para ello, primero se cursó una solicitud al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) de España para que facilitara dicha información, sin embargo, dicho Consejo no facilitó los datos requeridos aduciendo la problemática de la protección de datos. Ante ello, se resolvió este problema, consultando todas las páginas web de las Consejerías de Salud de todas las Comunidades autónomas y las páginas web de algunos Colegios Oficiales de Farmacéuticos como complemento a las anteriores para completar los datos.

El apartado *f* del cuestionario contiene los 22 ítems del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), diseñado para evaluar el síndrome de

*burnout* mediante tres subescalas: la de Cansancio Emocional (CE), de Despersonalización (D) y de Realización Personal (RP). Cada ítem consta de una frase, que se puntúa con una escala tipo Likert de 0 a 6, de forma que el sujeto, mediante un rango de 6 adverbios que van de “nunca” (0) a “diariamente” (6), valora con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La puntuación de cada una de las 3 subescalas se obtiene sumando el valor asignado a los ítems que constituyen cada una de ellas, de manera que dependiendo de la cuantía de esta puntuación existen tres niveles de quemado del encuestado para cada una de las 3 subescalas: bajo, medio, alto (ver Tabla 6).

Tabla 6. Niveles de quemado de las tres subescalas del síndrome de *burnout*

Subescala	Descripción Valor	Valor
Cansancio Emocional	Máxima puntuación	54
	Rango	0 - 54
	Bajo	$\leq 15$
	Medio	16 - 24
	Alto	$\geq 25$
Despersonalización	Máxima puntuación	30
	Rango	0 - 30
	Bajo	$\leq 3$
	Medio	4 - 8
	Alto	$\geq 9$
Realización Personal	Máxima puntuación	48
	Rango	13 - 48
	Bajo	$\leq 35$
	Medio	36 - 39
	Alto	$\geq 40$

Se considera que el encuestado presenta *burnout* cuando muestra niveles altos tanto en la escala CE como D, y bajo en RP. Se ha utilizado la versión validada para España del MBI por Gil-Monte (2005), versión *Human Services Survey* (MBI-HSS). Asimismo, una vez determinadas las puntuaciones de cada uno de los 22 ítems para todos los elementos muestrales, se practicará un análisis de componentes principales para validar la aplicación del cuestionario MBI para determinar el síndrome de *burnout* en farmacéuticos rurales de España. La

validación consistirá en comprobar que los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 cargan sobre un mismo factor que se correspondería con la subescala CE, los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 cargan sobre un mismo factor que se correspondería con la subescala D y finalmente, que los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 cargan sobre un mismo factor que se correspondería con la subescala de RP.

Para desarrollar un Índice General de Ruralidad en Oficina de Farmacia en España (IGROFE) que permita determinar el grado de ruralidad de las oficinas de farmacia de España, se ha tomado como punto de partida la metodología seguida para el desarrollo del índice de ruralidad GPRI de la Universidad de British Columbia de Vancouver (Canadá) (Leduc, 1997) validado por Pitblado (2007), ya que utiliza parámetros de carácter sanitario. Este índice es aditivo ponderado, ya que pondera seis parámetros y suma dichas ponderaciones. Estos parámetros son: distancia (km) a un centro avanzado de urgencia, distancia (km) al centro más cercano de referencia básico, población del condado, número de médicos generales que atienden a la comunidad en un radio inferior a 25 km, número de especialistas que atienden a la comunidad en un radio inferior a 25 km y finalmente, la existencia o no de un hospital con cuidados intensivos con camas de hospitalización en un radio inferior a 25 km. La descripción del índice de ruralidad GPRI se expone ampliamente en el epígrafe 2.1.3.2. Además se ha adoptado como primera variable para definir el nuevo índice de ruralidad el que el municipio tenga al menos una farmacia.

Asimismo, para determinar la fiabilidad del nuevo índice IGROFE se calcula el coeficiente de correlación de Pearson de este con el índice de ruralidad MSU desarrollado en la Universidad de Montana (USA) (Weinert and Boik, 1995) que queda definido por dos parámetros únicamente, la población del territorio a analizar y la distancia al centro de urgencias más próximo en km (ver epígrafe 2.1.3.2.).

Una vez calculado el índice IGROFE, se realizará un Análisis de la varianza simple (ANOVA) del índice de ruralidad IGROFE con los cinco parámetros que lo definen para conocer la contribución de cada uno de ellos.

Para el desarrollo de la presente investigación, la información encuestal se introdujo en formato de base de datos mediante el paquete estadístico SPSS Statistics V17.0, y primero se realizó un análisis de datos para identificar datos

ausentes y desaparecidos, y se comprobó que los datos verificaban las condiciones de independencia, homocedasticidad y normalidad de las variables. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, para las cuantitativas se determinaron los valores medios, desviación estándar y rango, y para las cualitativas y algunas cuantitativas que se categorizaron se determinó sus frecuencias. Asimismo, se realizó un estudio de relaciones entre variables, basado en el análisis de la varianza simple, utilizando como prueba *post hoc* el test de Bonferroni y para las variables dicotómicas se realizó el análisis de diferencia de medias mediante la t de Student, con un nivel de significación de  $p < 0,05$  para ambas pruebas. Posteriormente, para relacionar las variables de atención farmacéutica y otras variables con el desgaste profesional que sufre el farmacéutico y el grado de ruralidad de la oficina de farmacia donde ejerce su labor profesional, se realizará un Análisis de Correspondencias Múltiples. El análisis de consistencia interna de las escalas utilizadas en el estudio se realizó mediante la prueba estadística de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).

Finalmente, para evaluar la posibilidad de sesgo producido por la no respuesta de los farmacéuticos a los que se les remitió el cuestionario y no respondieron, se ha realizado un análisis de la varianza simple para cada una de las puntuaciones de las tres subescalas del MBI, para los primeros 20 y los últimos 20 encuestados, así como la prueba de la Chi-cuadrado para los elementos muestrales que han respondido al cuestionario y los que no para la variable *comunidad autónoma*, y por último, la prueba de diferencia de medias de la t de Student para los farmacéuticos que han respondido y los que no, para las variables *población del municipio* y *número de farmacias del municipio*.

**CAPÍTULO 5. RESULTADOS**

## 5. RESULTADOS.

### 5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESTRUCTURA DE LA MUESTRA Y TASA DE MUESTREO.

De las 462 encuestas remitidas 4 fueron devueltas por no encontrar al destinatario, recibándose correctamente cumplimentadas 147, por lo que la tasa de respuesta fue del 31,8%. En la Tabla 7 se muestra la descripción de la muestra y la tasa de muestreo por comunidades autónomas. Como se puede observar en dicha Tabla 7, no figuran las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla por disponer ambas de una población muy superior a 5000 habitantes.

Tabla 7. Descripción de la estructura de la muestra y tasa de respuesta por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Farmacéuticos que constituyeron la muestra		Farmacéuticos que remitieron el cuestionario relleno		Tasa de respuesta (%)
	n	(%)	n	(%)	
Andalucía	60	13,0	19	12,9	31,7
Aragón	31	6,7	8	5,4	25,8
Asturias	9	1,9	4	2,7	44,4
Baleares	6	1,3	2	1,4	33,3
Canarias	5	1,1	0	0,0	0,0
Cantabria	8	1,7	5	3,4	62,5
Castilla-León	86	18,6	32	21,8	37,2
Castilla-La Mancha	50	10,8	17	11,6	34,0
Cataluña	45	9,7	15	10,2	33,3
Comunidad Valenciana	38	8,2	10	6,8	26,3
Extremadura	38	8,2	10	6,8	26,3
Galicia	26	5,6	7	4,8	26,9
Madrid	11	2,4	1	0,7	9,1
Murcia	4	0,9	2	1,4	50,0
Navarra	22	4,8	7	4,8	31,8
País Vasco	17	3,7	7	4,8	41,2
Rioja	6	1,3	1	0,7	16,7
<i>Total</i>	462	100,0	147	100,0	31,8

Tras la realización de las pruebas descritas en metodología con respecto al sesgo de no respuesta de los farmacéuticos a los que se les remitió el cuestionario y no respondieron, mediante el análisis de la varianza simple, no se observaron diferencias significativas de las medias de las puntuaciones de las tres subescalas del MBI, para los primeros 20 y los últimos 20 encuestados, habiendo resultado para Cansancio Emocional medias de 13,50, 18,15 y 16,66 para los primeros 20, los últimos 20 encuestados y el resto respectivamente ( $p=0,423>0,05$ ), para Despersonalización 5,32, 5,85 y 5,33 para los primeros 20, los últimos 20 encuestados y el resto respectivamente ( $p=0,929>0,05$ ), y para Realización Personal 37,87, 34,80 y 36,18 para los primeros 20, los últimos 20 encuestados y el resto respectivamente ( $p=0,577>0,05$ ). Así mismo, el resultado de la prueba de la Chi-cuadrado para los elementos muestrales que han respondido al cuestionario y los que no para la variable *comunidad autónoma*, ha arrojado un valor de 14,197 con un  $p=0,584>0,05$ . Finalmente, el resultado de la prueba de la t de Student para los farmacéuticos que han respondido y los que no, para las variables *población del municipio*, *densidad de población del municipio* y *número de farmacias*, ha arrojado para la primera variable un valor de 1,481 ( $p=0,139>0,05$ ), para la segunda variable 0,831 ( $p=0,406>0,05$ ) y para la tercera variable 0,748 ( $p=0,455>0,05$ ). Por todo ello, se considera que no existe sesgo de no respuesta.

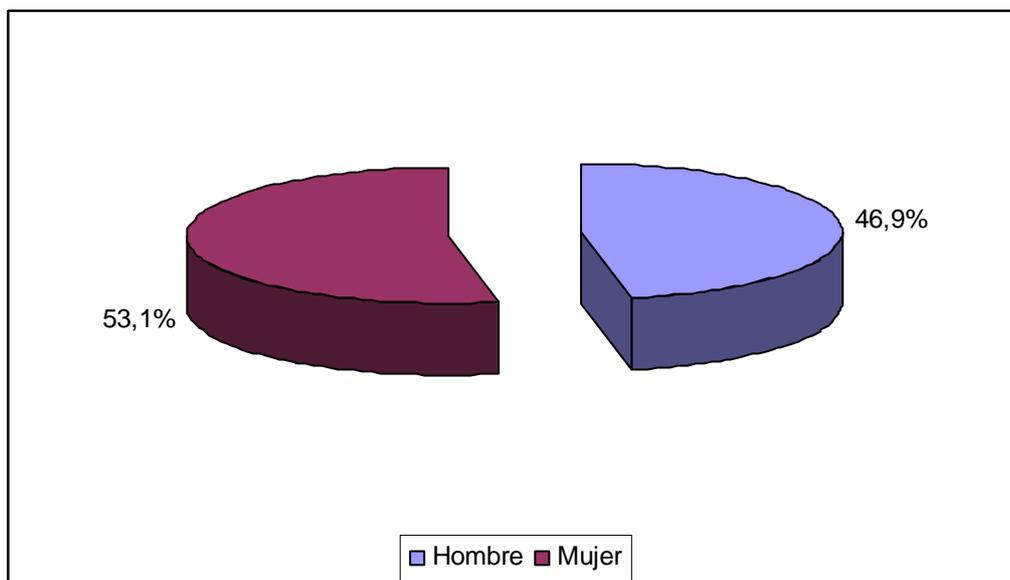
## **5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES MUESTRALES.**

### **5.2.1. Variables sociodemográficas.**

En el presente epígrafe, se exponen las características sociodemográficas de los farmacéuticos que respondieron el cuestionario.

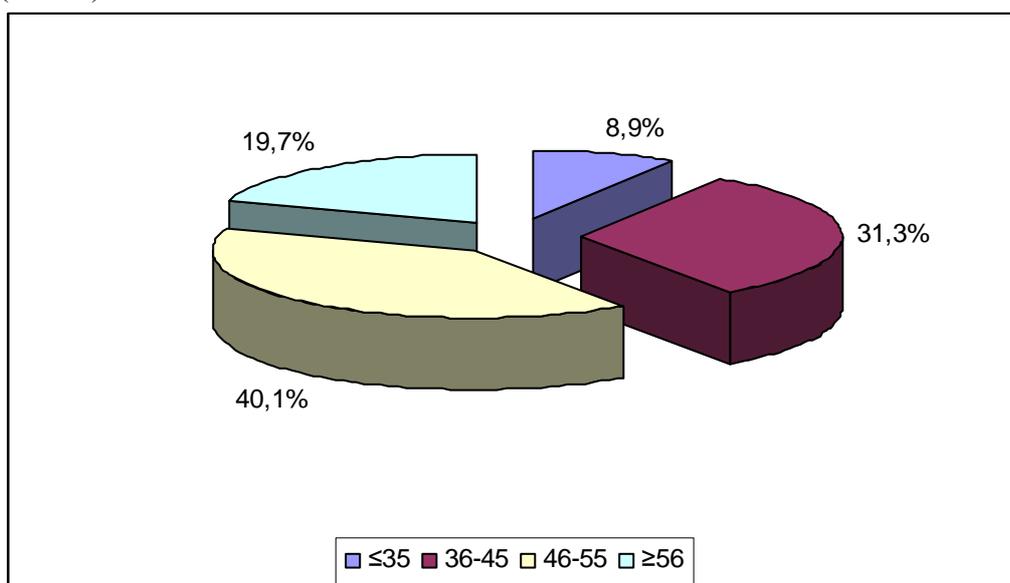
Como se muestra en el Gráfico 1, de los farmacéuticos encuestados, el 53,1% son mujeres y el 46,9% hombres.

Gráfico 1. Frecuencias de la variable sexo de los farmacéuticos (n=147)



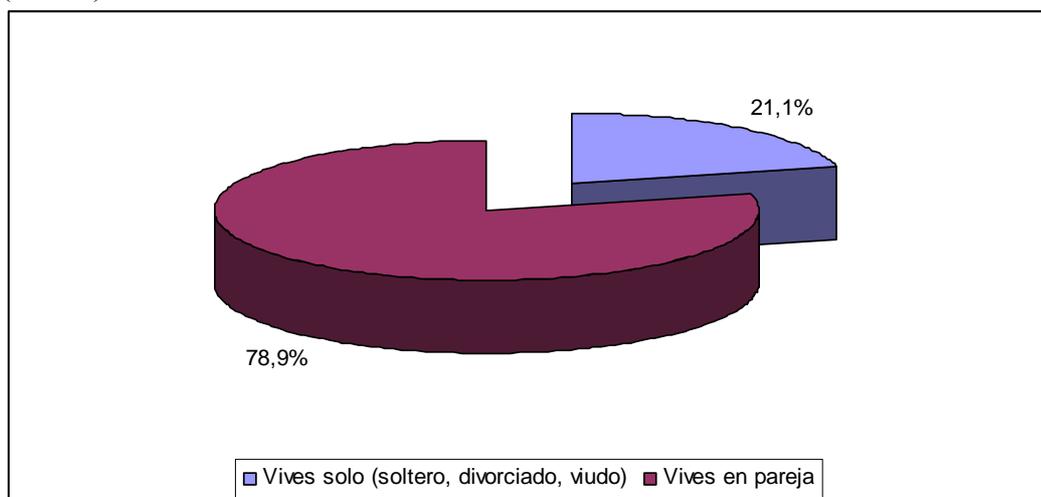
La media de edad de los farmacéuticos es de 48,6 (DE= 10,3) años, predominando los que se encuentran en el segmento entre 46 y 55 años que representan el 40,1% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Frecuencias de las categorías en años de la edad de los farmacéuticos (n=147)



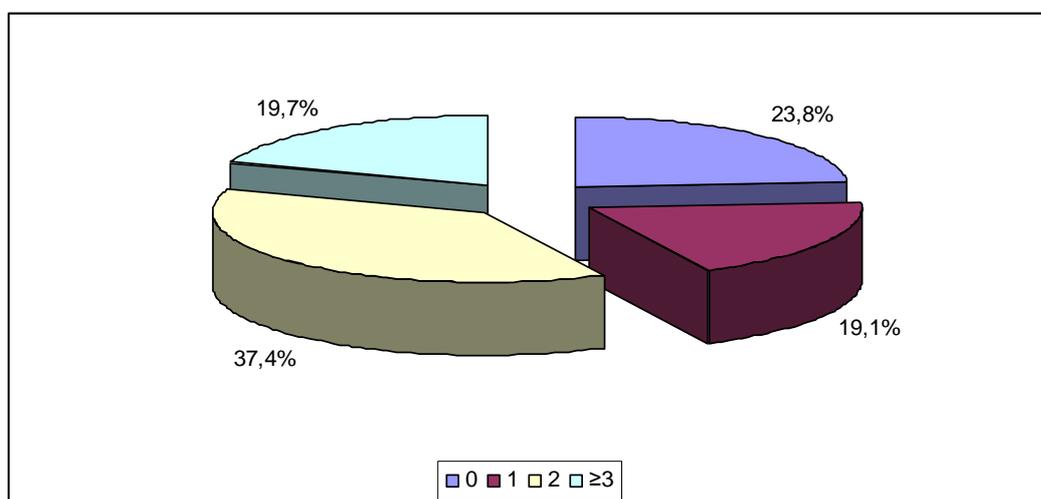
Como muestra el Gráfico 3, el 78,9% de los farmacéuticos viven en pareja mientras que el 21,9% no.

Gráfico 3. Frecuencias de la variable relaciones personales del farmacéutico (n=147)



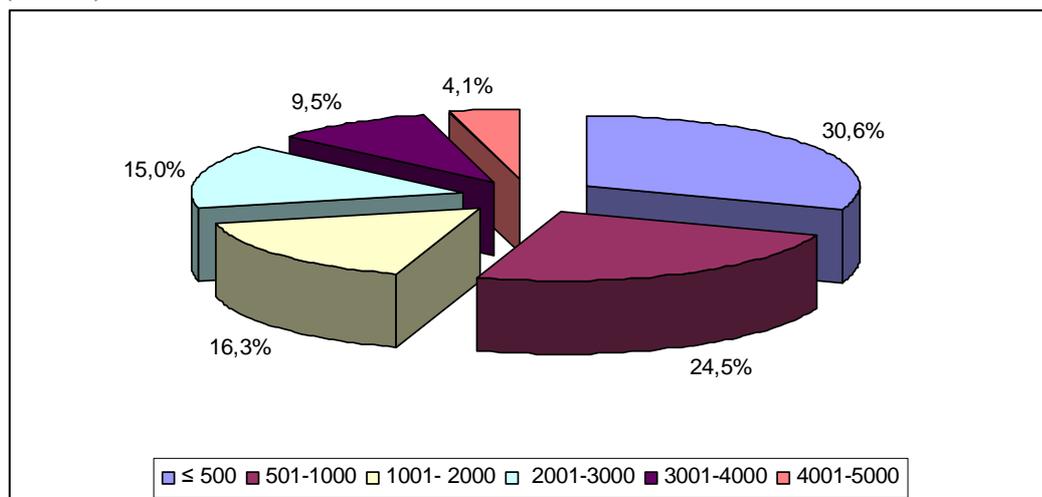
Los farmacéuticos que no tienen hijos representan el 23,8%, los que tienen uno el 19,1%, los que tienen dos el 37,4% y finalmente los que tienen tres o más el 19,7% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Frecuencias de la variable número de hijos del farmacéutico (n=147)



En cuanto al municipio donde se ubican las oficinas de farmacia hay que indicar que la población presenta una media de 1383,5 (DE= 1188,4) habitantes, predominando las situadas en pueblos de hasta 500 habitantes con un 30,6% seguido por los que se encuentran entre 501 y 1000 habitantes con un 24,5% (Gráfico 5).

Gráfico 5. Frecuencias de las categorías de la variable población del municipio (n=147)



Finalmente, los municipios donde se emplazan las farmacias de la muestra presentan una densidad de población media de 51,5 (DE = 116,1) habitantes/km<sup>2</sup>, como se puede observar en la Tabla 8, observándose como no siempre que aumenta el tamaño del municipio lo hace la densidad de población. Los pueblos con menos de 501 habitantes presentan la densidad de población más pequeña 13,9 (DE = 12,6) mientras que los pueblos entre 3001 y 4000 habitantes presentan la mayor densidad de población 150,4 (DE = 302,0).

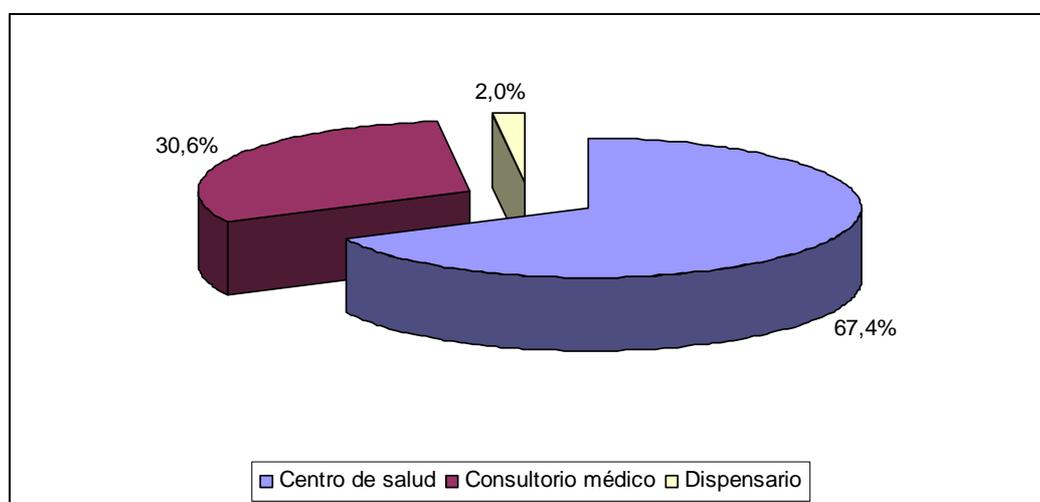
Tabla 8. Análisis descriptivo de la variable densidad de población de los municipios (habitantes/km<sup>2</sup>) respecto de las categorías de la variable población del municipio (habitantes)

	n	(%)	Media de la densidad de población (DE)
<b>Categorías población municipio</b>	147		51,5 (116,1)
≤ 500	45	30,6	13,9 (12,6)
501-1000	36	24,5	56,5 (92,9)
1001-2000	24	16,3	40,8 (41,5)
2001-3000	22	15,0	63,6 (102,0)
3001-4000	14	9,5	150,4 (302,0)
4001-5000	6	4,1	71,0 (37,4)

### 5.2.2. Variables relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia.

El tipo de centro médico predominante que dispone cada municipio donde se emplaza la oficina de farmacia es el centro de salud con un 67,4%, seguido de consultorio médico con un 30,6% y de dispensario con un 2,0%. (Gráfico 6).

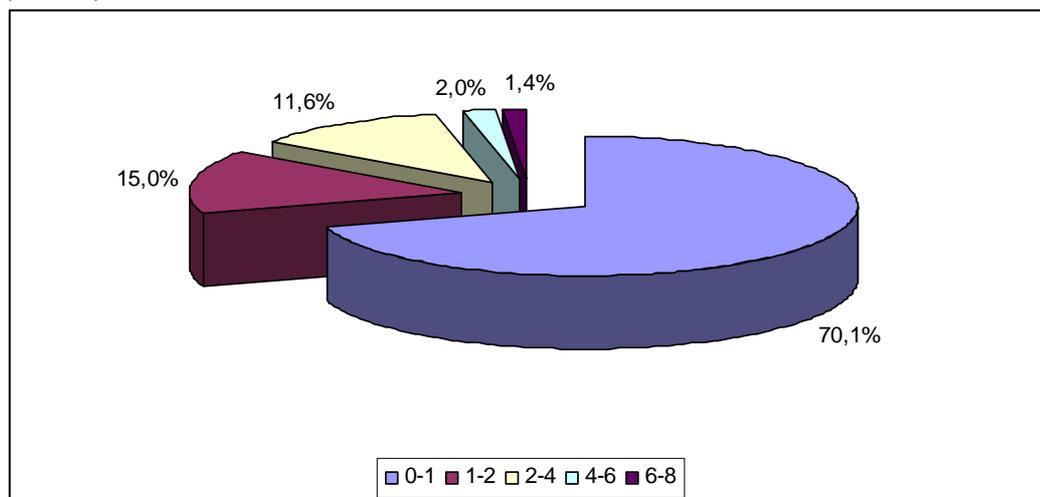
Gráfico 6. Frecuencias de la variable tipo de centro médico del municipio



La media del número de médicos que prestan su labor asistencial en el municipio es de 1,6 (DE = 1,2) como se puede observar en la Tabla 8. Asimismo, como muestra el Gráfico 7 solamente el 29,9% de los municipios disponen de más de un médico, representando un 15% los que disponen hasta 2 médicos.

En cuanto a la media del número de pediatras que atienden en el municipio donde se emplaza la oficina de farmacia es de 0,2 (DE = 0,4), como se puede observar en la Tabla 8. Así, como se observa en el Gráfico 8, el 72,8% de los municipios el número de pediatras oscila entre 0 y 0,1, en el 4,8% entre 0,1 y 0,6 pediatras y finalmente el 22,4% oscila entre 0,6 y 1, no habiendo ningún pueblo con más de un pediatra.

Gráfico 7. Frecuencias de las categorías de la variable número de médicos (n=147)

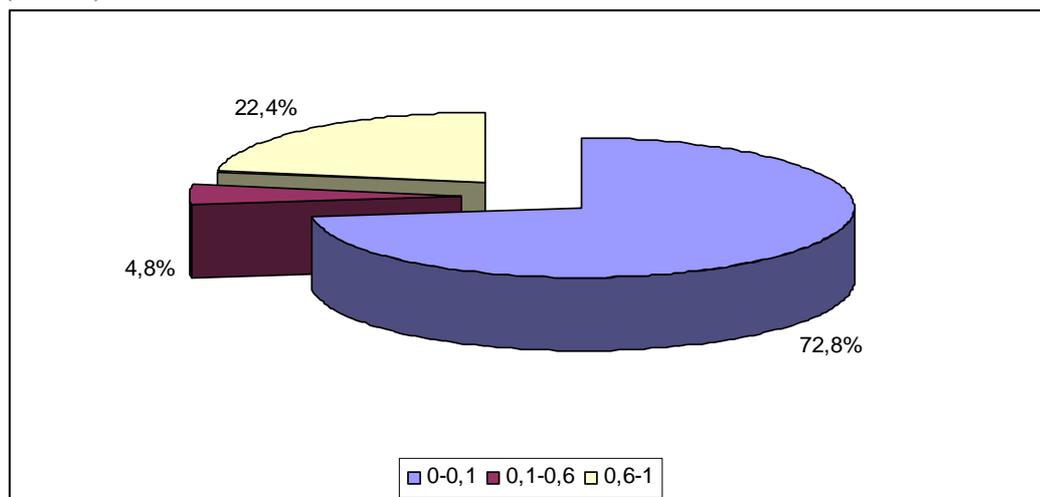


En la Tabla 9 se muestra el análisis descriptivo de las variables cuantitativas relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio.

Tabla 9. Análisis descriptivo de las variables relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio

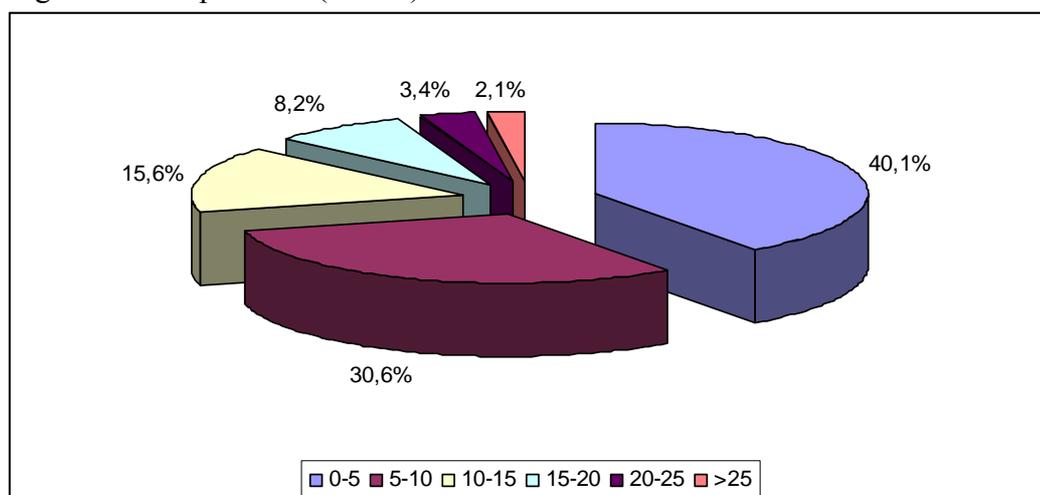
VARIABLES	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
Número de médicos	147	1	8	1,6	1,2
Número de enfermeras	146	1	10	1,5	1,2
Número de pediatras	147	0	1	0,2	0,4
Días a la semana con consulta médica	147	2	7	4,8	0,8
Número de horas por día de visita médica	147	1	24	4,8	3,4
Media de pacientes por día de consulta	133	3	110	27,2	22,3
Distancia(km) al centro de Urgencias más cercano	146	0	30	8,1	7,0
Tiempo (minutos) al centro de Urgencias más cercano	106	1	30	12,4	5,5
Distancia (km) al centro de salud más cercano	136	0	70	9,6	8,7
Tiempo (minutos) al Centro de salud más cercano	133	0	70	10,9	8,3
Distancia (km) a la farmacia más cercana	140	0	25	6,7	5,0
Tiempo (minutos) a la farmacia más cercana	139	0	25	8,1	5,1
Distancia (km) al Hospital más cercano	147	4	125	34,5	20,3
Tiempo (minutos) al Hospital más cercano	147	4	100	34,6	17,9

Gráfico 8. Frecuencias de las categorías de la variable número de pediatras (n=147)



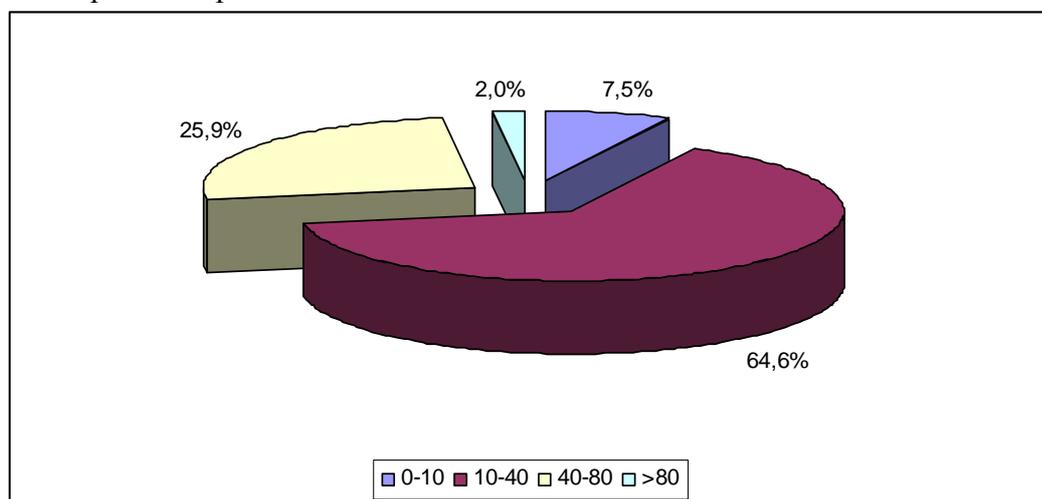
La distancia al centro de Urgencias más próximo al municipio donde se emplaza la farmacia presenta una media de 8,1 (DE = 7,0) km, siendo la media del tiempo que se tarda en recorrer esta distancia de 12,4 (DE = 5,5) minutos, oscilando el rango entre 1 y 30 minutos (Tabla 8). Asimismo, como se muestra en el Gráfico 9, el mayor porcentaje de municipios (40,1%) presenta una distancia de entre 0 y 5 km al centro de Urgencias más próximo seguidos por el 30,6% de los municipios en los que esta distancia oscila entre 5 y 10 km, por lo que el 70,7% de los municipios dispone de un centro de Urgencias a menos de 10 km.

Gráfico 9. Frecuencias de las categorías de la variable distancia (km) al Centro de Urgencias más próximo (n=146)



En cuanto a la distancia hasta el hospital más cercano al municipio, esta presenta una media de 34,5 (DE = 20,3) km con un rango de entre 4 y 125 km, siendo la media del tiempo que se tarda en recorrer esta distancia de 34,6 (DE = 17,9) minutos, oscilando el rango entre 4 y 100 minutos (Tabla 8). Asimismo, como se observa en el Gráfico 10, el 64,6% de los municipios presenta una distancia al hospital más cercano de entre 10 y 40 km seguidos con un 25,9% de los municipios con una distancia al hospital de entre 40 y 80 km. Solamente el 7,5% de los municipios disponen de una distancia al hospital inferior a 10 km, y solamente el 2% de los mismos una distancia superior a 80 km.

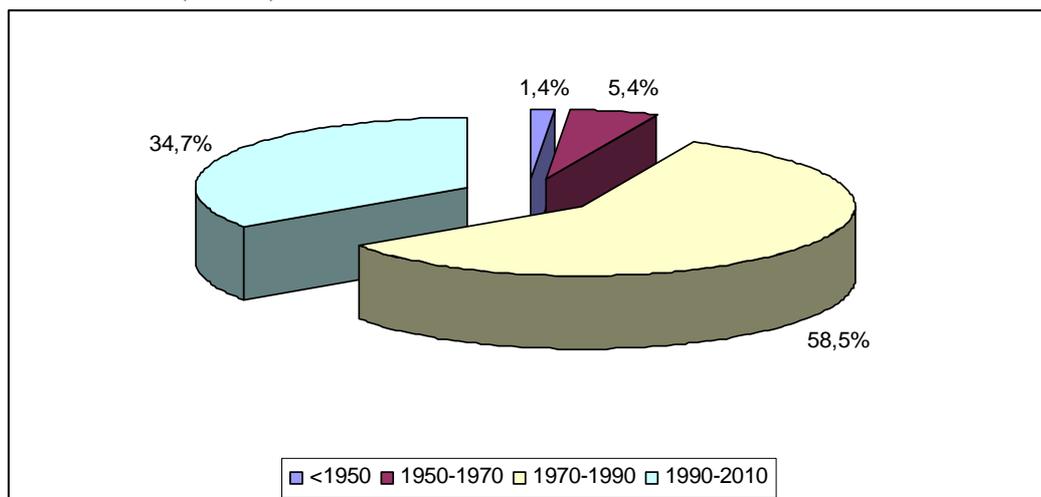
Gráfico 10. Frecuencias de las categorías de la variable distancia (km) del municipio al hospital más cercano



### 5.2.3. Variables relacionadas con la estructura y funcionamiento de la oficina de farmacia y la atención farmacéutica.

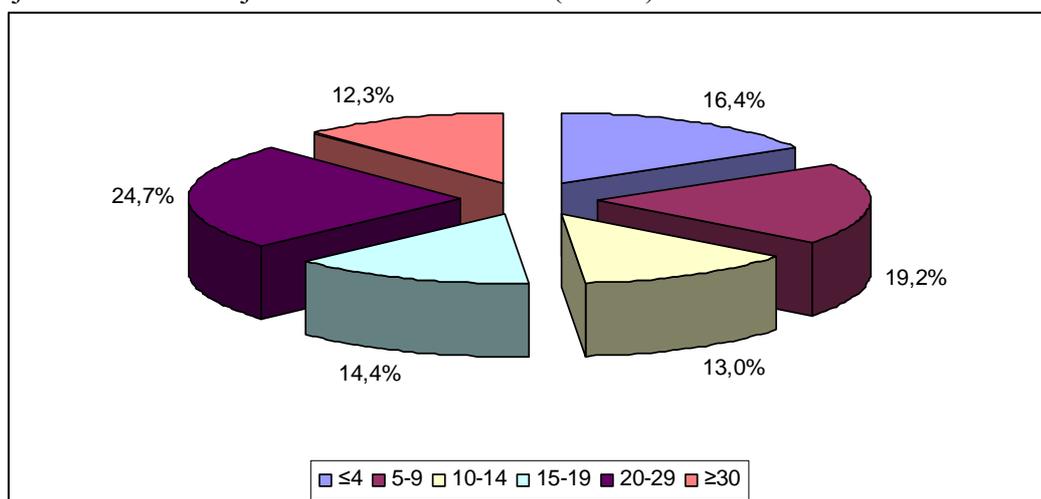
La distribución de frecuencias para las categorías del año de licenciatura de los farmacéuticos de la muestra se expone en el Gráfico 11. Como se puede observar, el 58,5% de los farmacéuticos se licenció entre 1970 y 1990, mientras que el 34,7% lo hicieron entre 1990 y 2010, y finalmente un 1,4% de los farmacéuticos se licenció antes de 1950.

Gráfico 11. Frecuencias de las categorías del año en que se licenció el farmacéutico (n=147)



La media de años que lleva el farmacéutico ejerciendo su trabajo en la oficina de farmacia actual es de 17,3 (DE= 11,1), siendo más frecuentes los que se encuentran en el segmento de 20 a 29 años que representan el 24,7% de los encuestados, seguido del segmento de entre 5 y 9 años (19,2%), como se puede observar en el Gráfico 12.

Gráfico 12. Frecuencias de las categorías de los años que lleva el farmacéutico ejerciendo su trabajo en la farmacia actual (n=146)



La superficie total que disponen las oficinas de farmacia presenta una media de 84,2 (DE = 34,7) m<sup>2</sup> y un rango de entre 20 y 300 m<sup>2</sup>, y la superficie del espacio

de atención al público presenta una media de 31,1 (DE = 18,5) m<sup>2</sup> y un rango de entre 10 y 180 m<sup>2</sup>.

En cuanto a la dotación de trabajadores que dispone la oficina de farmacia, el Gráfico 13 muestra las frecuencias del número de auxiliar a tiempo completo que dispone la farmacia y el Gráfico 14 las del número de auxiliares a tiempo parcial.

Gráfico 13. Frecuencias de las categorías del número de auxiliares a tiempo total que trabajan en la oficina de farmacia (n=146)

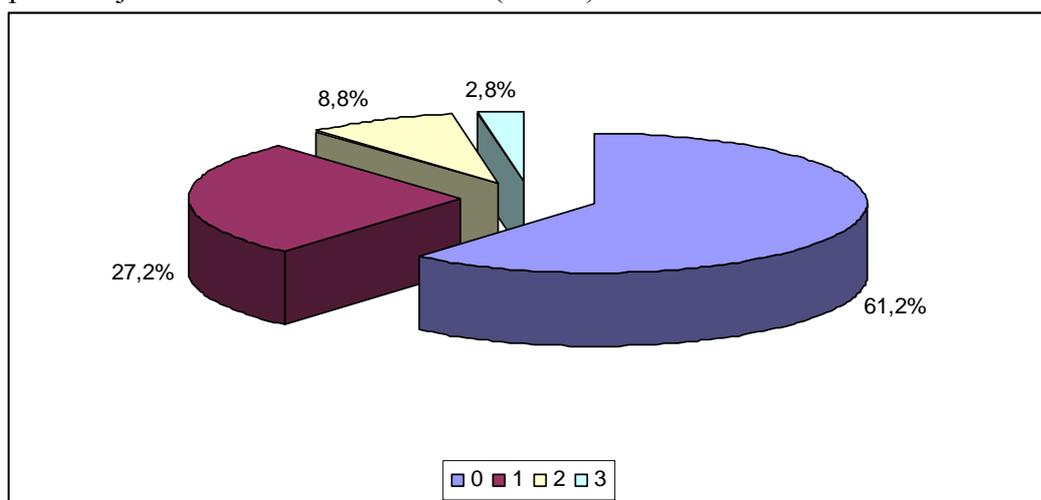
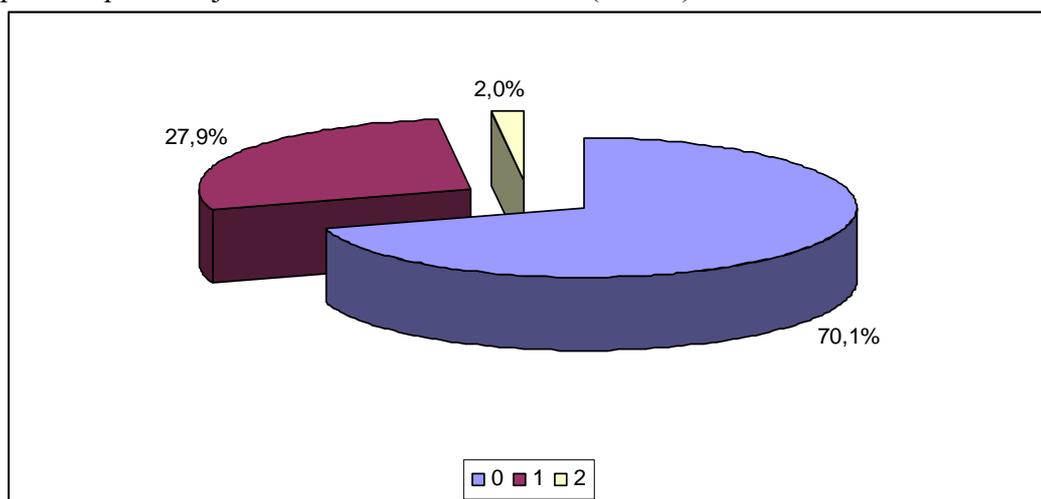


Gráfico 14. Frecuencias de las categorías del número de auxiliares a tiempo parcial que trabajan en la oficina de farmacia (n=147)



En el Gráfico 15 se muestran las frecuencias del número de farmacéuticos a tiempo total que tienen contratados las oficinas de farmacia, y en el Gráfico 16 las de los farmacéuticos contratados a tiempo parcial.

Gráfico 15. Frecuencias de las categorías del número de farmacéuticos a tiempo total que tienen contratados las oficinas de farmacia (n=147)

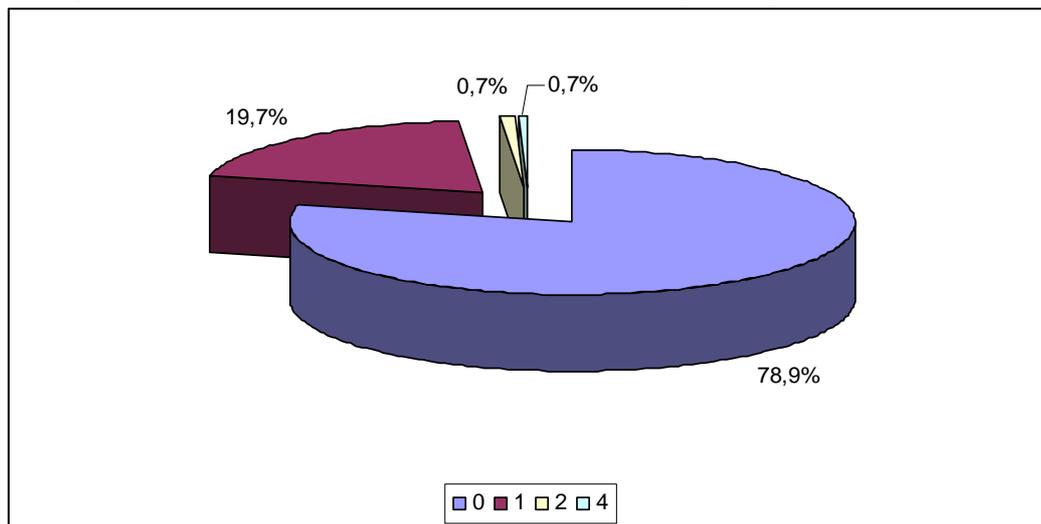
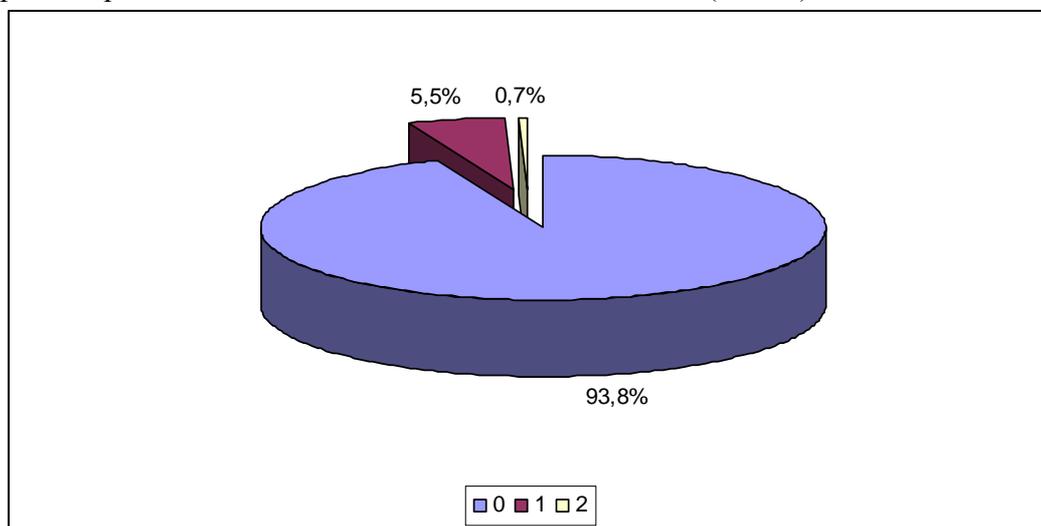


Gráfico 16. Frecuencias de las categorías del número de farmacéuticos a tiempo parcial que tienen contratados las oficinas de farmacia (n=146)



En el Gráfico 17 se muestran las frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la presión arterial a sus clientes, y en el Gráfico 18 las de los que lo realizan de forma gratuita.

Gráfico 17. Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la presión arterial (n=147)

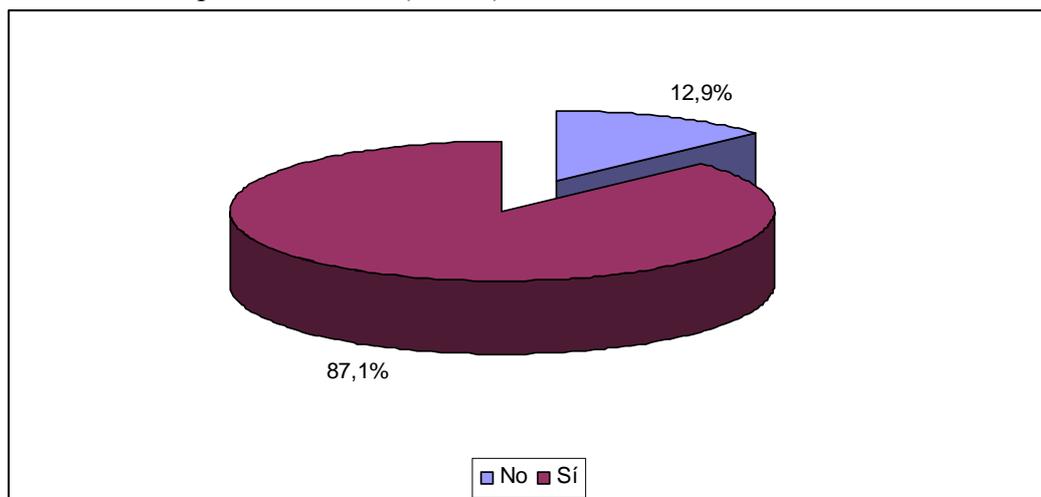
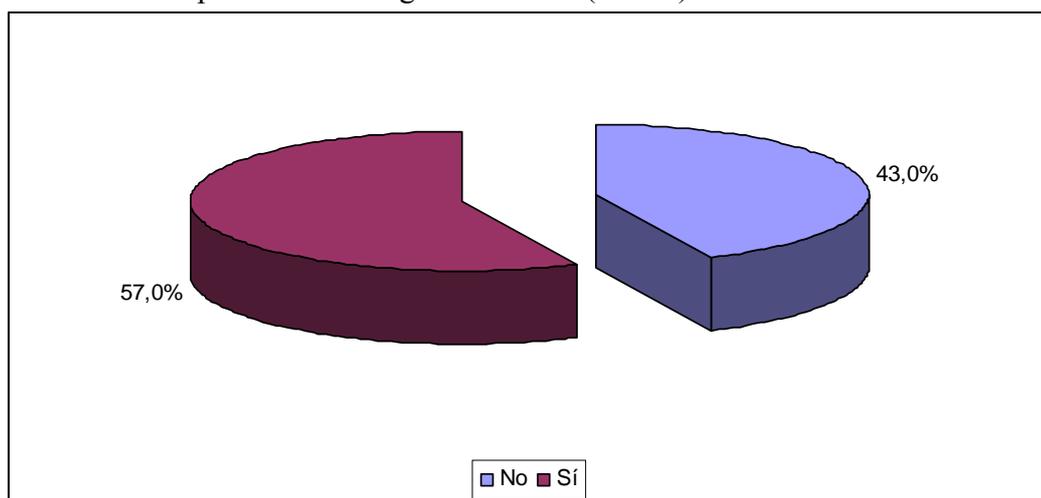


Gráfico 18. Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la presión arterial gratuitamente (n=128)



En el Gráfico 19 se muestran las frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la glucemia a sus clientes, y en el Gráfico 20 las de los que lo realizan de forma gratuita. Asimismo, en el Gráfico 21 se muestran las frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición del colesterol a sus clientes, y de ellas, ninguna lo realiza gratuitamente.

Además de los principales servicios prestados en las oficinas de farmacia descritos hasta ahora, también se ofertan otros servicios de determinaciones biológicas que se muestran en el Gráfico 22.

Gráfico 19. Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la glucemia (n=147)

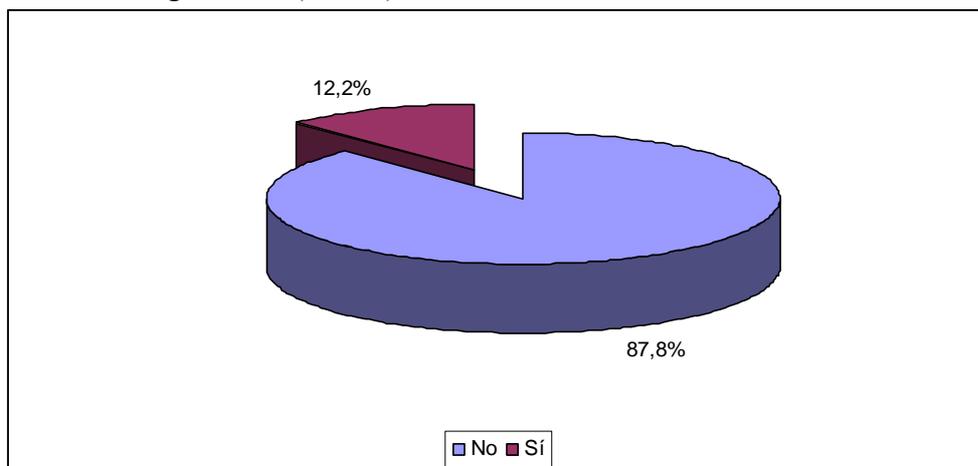


Gráfico 20. Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición de la glucemia gratuitamente (n=18)

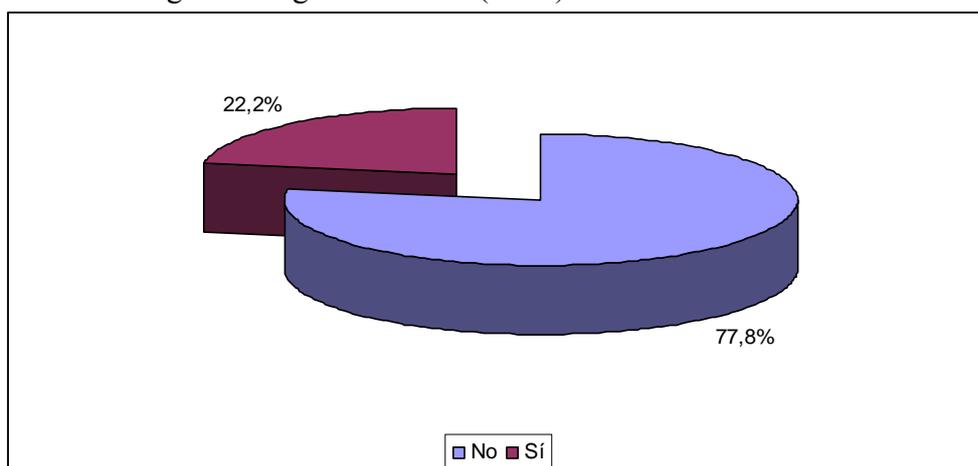


Gráfico 21. Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan el servicio de medición del colesterol (n=147)

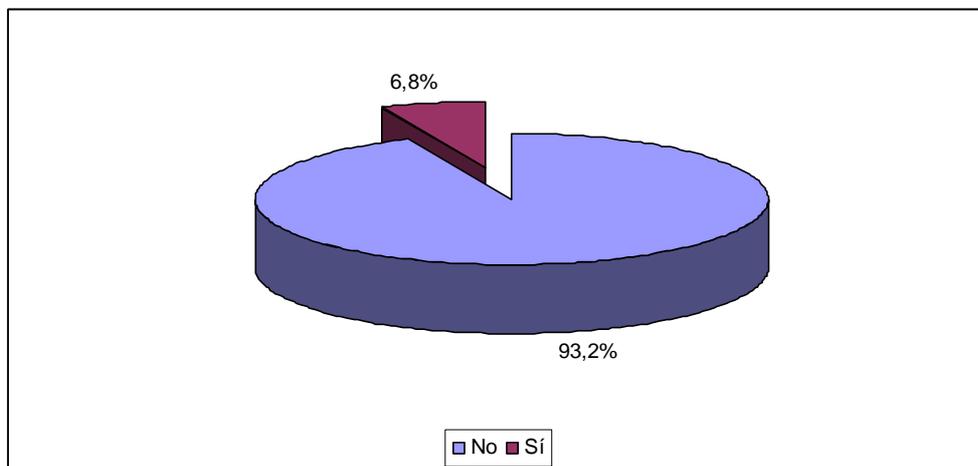
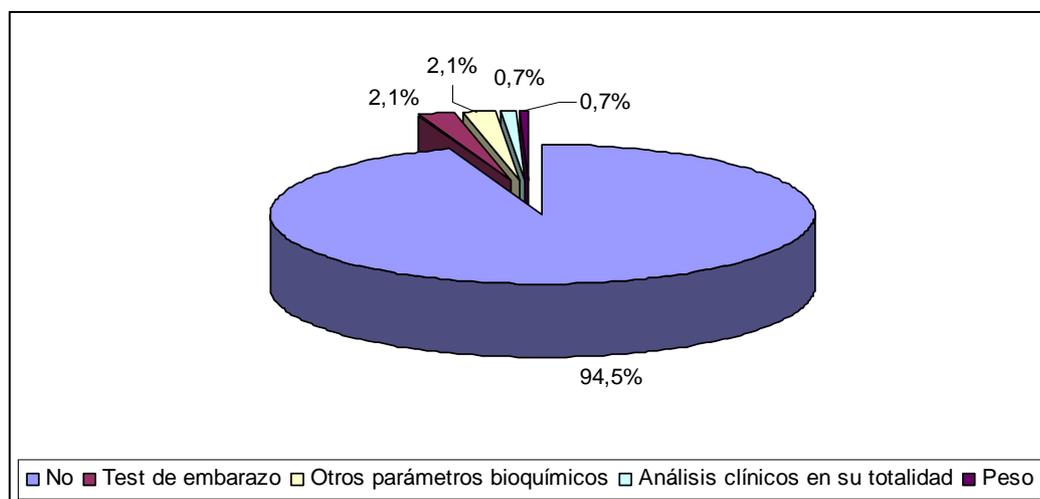


Gráfico 22. Frecuencias de las oficinas de farmacia que prestan otros servicios de determinaciones biológicas (n=147)



En el Gráfico 23 se muestra el régimen de horarios que presentan las oficinas de farmacia de la muestra, en el Gráfico 24 su régimen de guardias, en el Gráfico 25 los tipos de guardias realizadas y en el Gráfico 26 la duración de las mismas.

Gráfico 23. Frecuencias de las categorías de las horas trabajadas a la semana en las oficinas de farmacia (n=147)

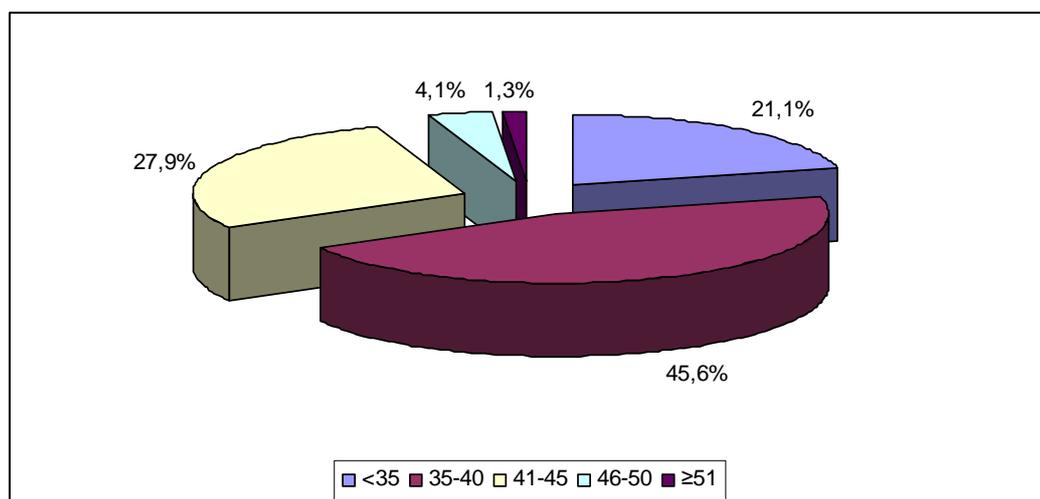


Gráfico 24. Frecuencias de las categorías de las guardias realizadas al año (días) por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia (n=146)

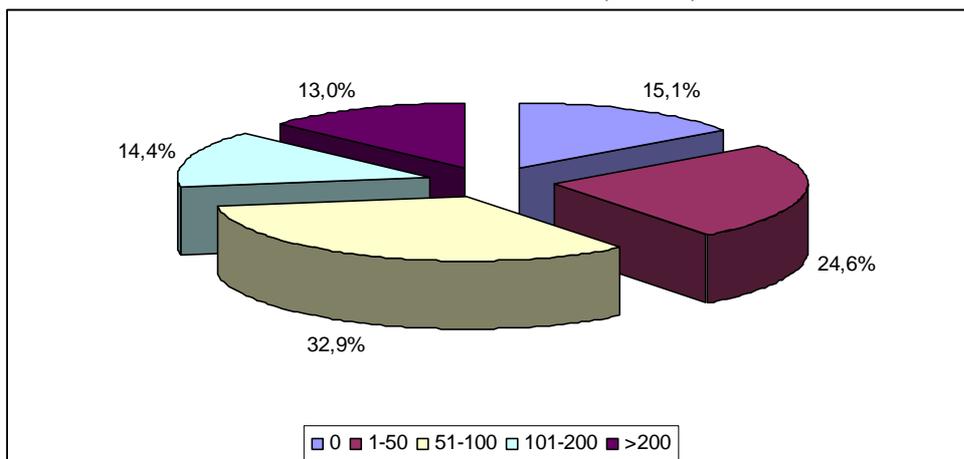


Gráfico 25. Frecuencias de las categorías del tipo de guardias realizadas por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia (n=125)

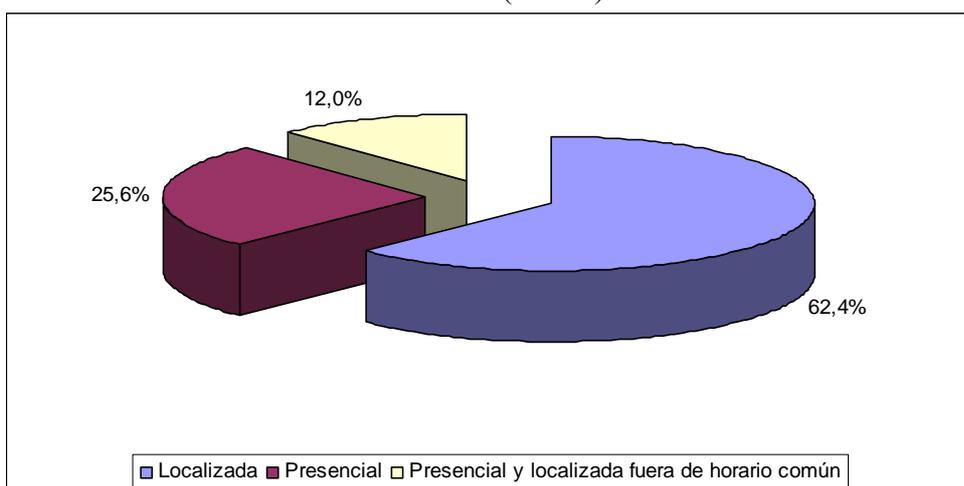
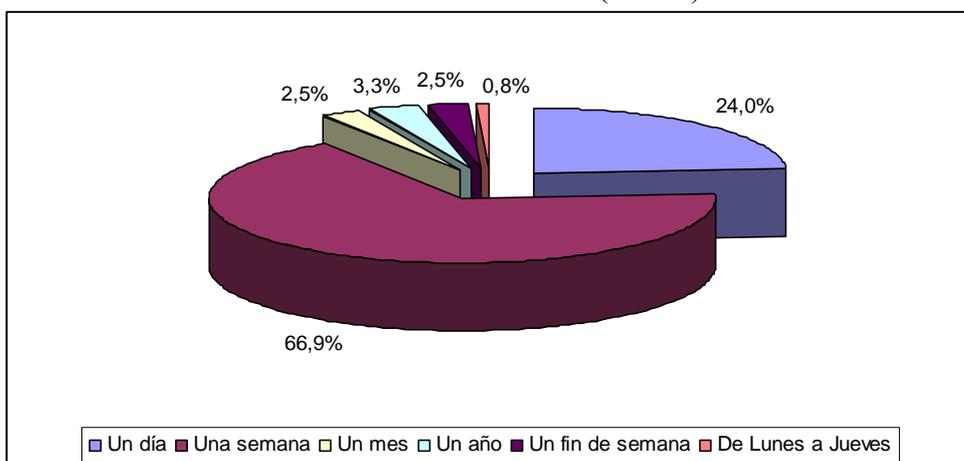


Gráfico 26. Frecuencias de las categorías de la duración de cada guardia realizada por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia (n=121)



Para finalizar con el régimen de guardias del farmacéutico, hay que notar que realizan una guardia cada 31,23 (DE = 29,4) días de media con un rango de 1 a 180 días, y además practican la rotación para las guardias con 5 (DE = 3,6) farmacéuticos de media con un rango de 0 a 18 farmacéuticos. Por último, las dispensaciones con receta que realizan al cabo de un día de guardia los farmacéuticos presentan una media de 4,5 (DE = 6,9) con un rango de entre 0 y 50, sin receta 2,9 (DE = 5,7) con un rango de entre 0 y 30, de medicamentos 5,0 (DE = 7,3) con un rango de entre 0 y 50, y de productos de parafarmacia 2,0 (4,0) con un rango de entre 0 y 20.

Los farmacéuticos toman una media de 8,8 (DE = 9,6) días de vacaciones con un rango entre 0 y 30 días. En el Gráfico 27 se muestran las frecuencias de las formas de organización de las vacaciones por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia.

En cuanto a la facturación media de los farmacéuticos de la muestra es de 342233,0 (DE= 245224,7) € con un rango de entre 100000 y 1150000 €, y en el Gráfico 28 se muestran las frecuencias de la facturación en el último año de las oficinas de farmacia muestrales.

Gráfico 27. Frecuencias de las categorías del tipo de organización de las vacaciones por los farmacéuticos de las oficinas de farmacia (n=147)

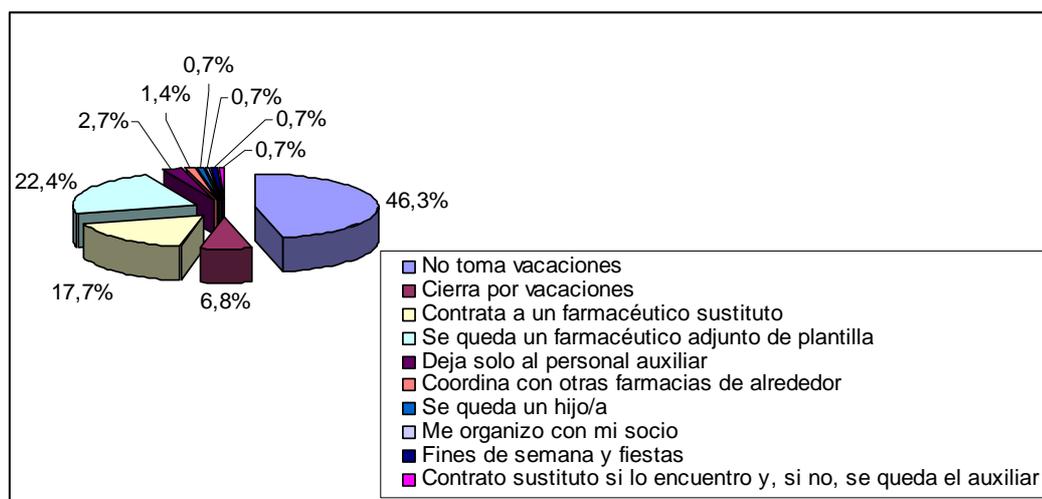
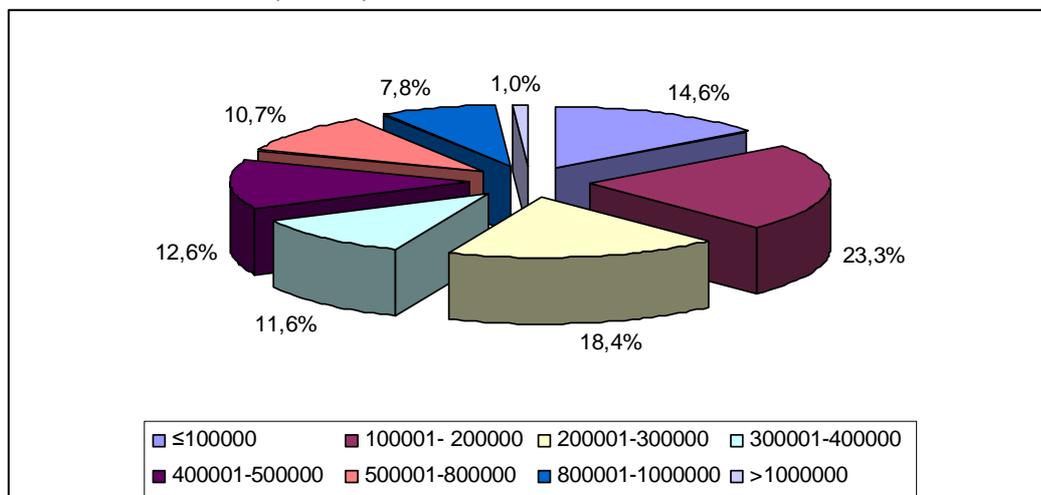


Gráfico 28. Frecuencias de las categorías de la facturación anual (€) de las oficinas de farmacia (n=103)



En cuanto a la cantidad de trabajo desarrollado por el farmacéutico, los farmacéuticos de la muestra dispensan una media de 72,5 (DE= 58,5) medicamentos al día con un rango entre 5 y 300, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media 72,8 (DE= 46,8) con un rango entre 9,4 y 251,8. En los Gráficos 29 y 30 se muestran las frecuencias del número de dispensaciones de medicamentos al día en la oficina de farmacia y el número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes en la oficina de farmacia respectivamente.

Gráfico 29. Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de medicamentos al día en la oficina de farmacia (n=146)

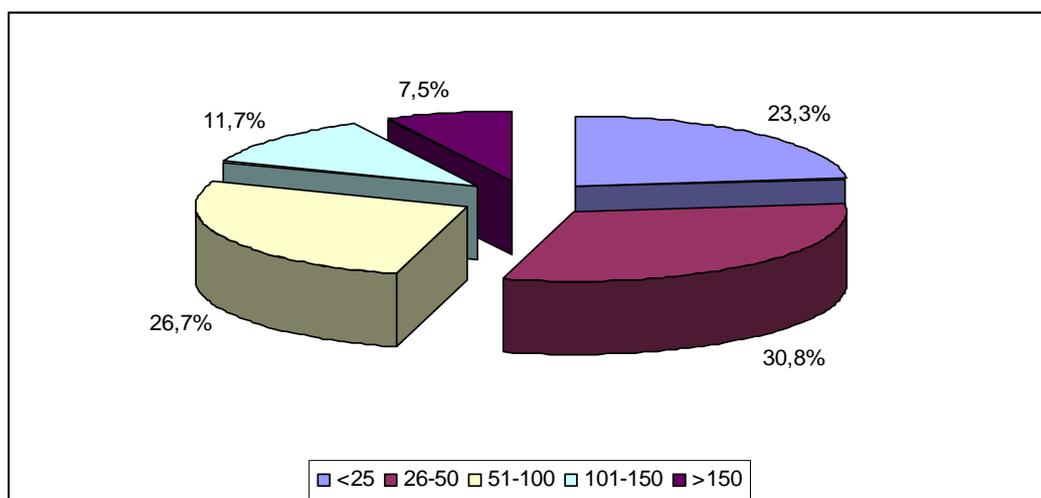
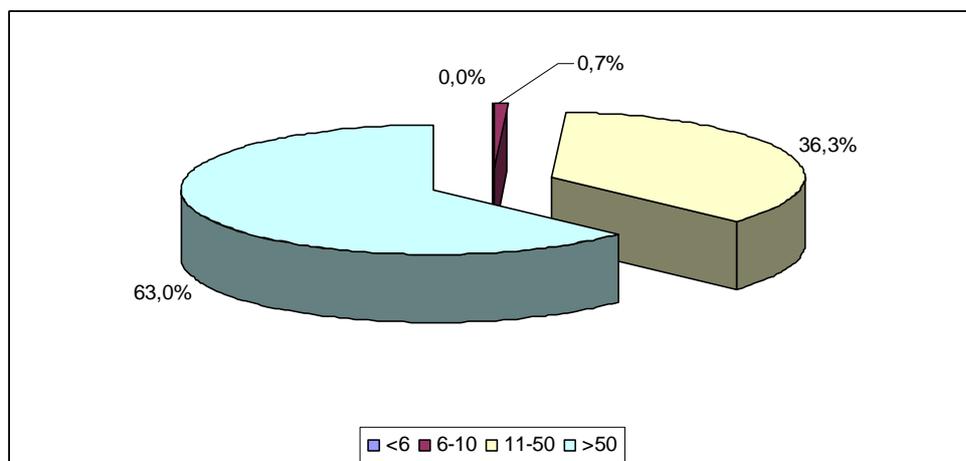


Gráfico 30. Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes en la oficina de farmacia (n=146)



Sin embargo, la media de dispensaciones de productos de parafarmacia al día es menor que las de medicamentos, con un valor de 12 (DE= 12,3) y un rango entre 0 y 60, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media 12,1 (DE= 10,1) con un rango entre 0 y 56,8. En los Gráficos 31 y 32 se muestran las categorías del número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día y del número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes respectivamente.

Gráfico 31. Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día en la oficina de farmacia (n=146)

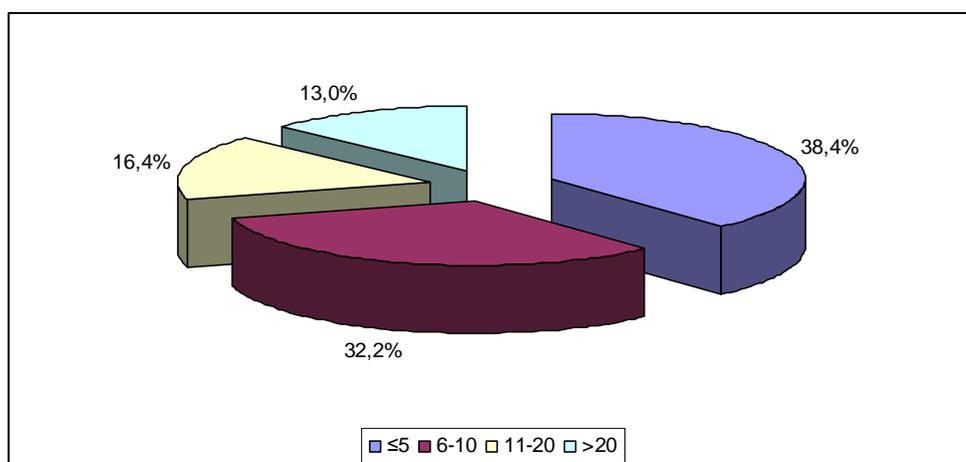
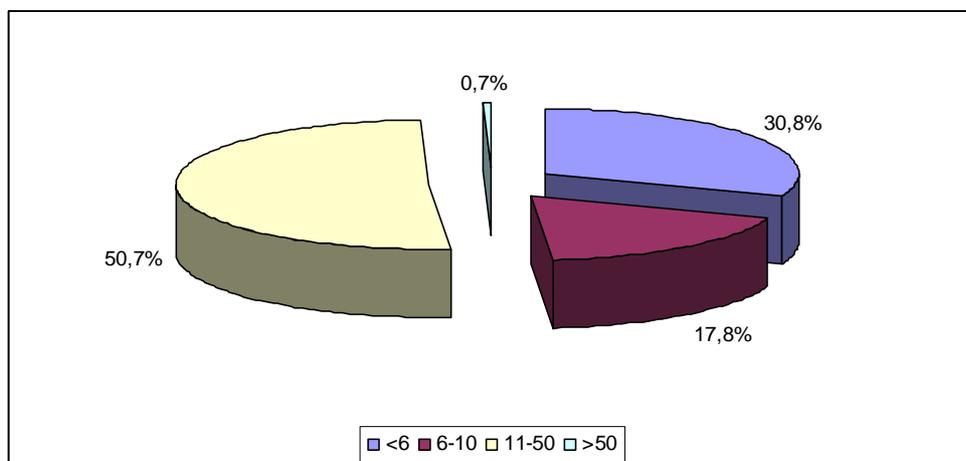


Gráfico 32. Frecuencias de las categorías del número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes en la oficina de farmacia (n=146)



Asimismo, respecto a las consultas realizadas a la semana al farmacéutico, predominan las de indicación con una media de 21,5 (DE= 27,7), y un rango entre 1 y 190, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media 21,5 (DE= 27,0) con un rango entre 1,3 y 199,4, seguidas por las consultas de medicamentos a la semana con una media de 12,9 (DE= 21,7), y un rango entre 0 y 200, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media 14,1 (DE= 22,4) con un rango entre 0 y 179,6, y por último las consultas a la semana relacionadas con la salud de los pacientes con una media de 4,6 (DE= 5,7), y un rango entre 0 y 30, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media 5,0 (DE= 6,4) con un rango entre 0 y 43,2.

En los Gráficos 33 y 34 se muestran las categorías del número de consultas de indicación a la semana y del número de consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia respectivamente, en los Gráficos 35 y 36 las de las consultas a la semana sobre medicamentos y las consultas a la semana por cada mil habitantes sobre medicamentos respectivamente, y en los Gráficos 37 y 38 las consultas a la semana relacionadas con la salud de los pacientes y las consultas a la semana por cada mil habitantes relacionadas con la salud de los pacientes respectivamente.

Gráfico 33. Frecuencias de las categorías del número de consultas de indicación a la semana que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=147)

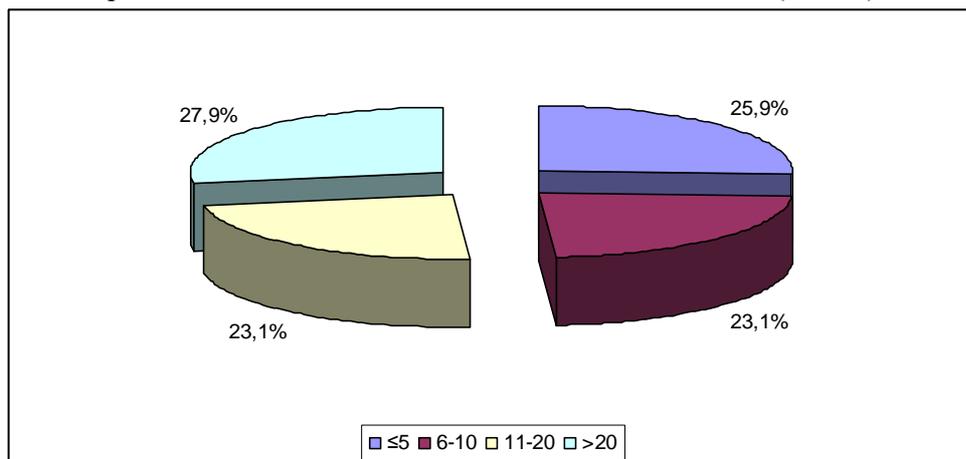


Gráfico 34. Frecuencias de las categorías del número de consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes que recibe el farmacéutico en la farmacia (n=147)

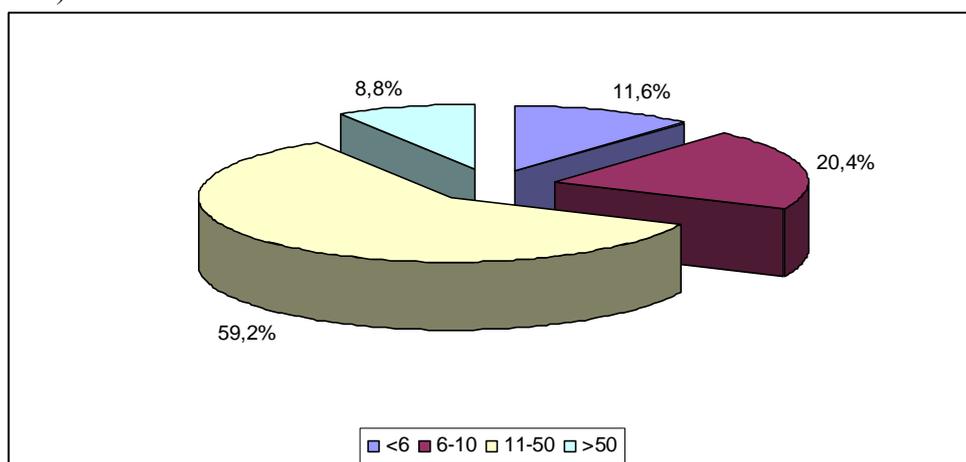


Gráfico 35. Frecuencias de las categorías del número de consultas sobre medicamentos a la semana que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=147)

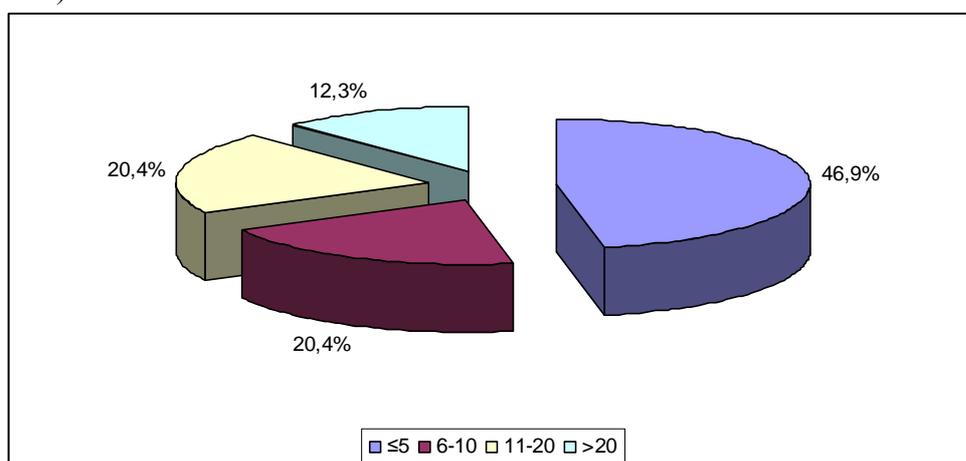


Gráfico 36. Frecuencias de las categorías del número de consultas sobre medicamentos a la semana por cada mil habitantes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=147)

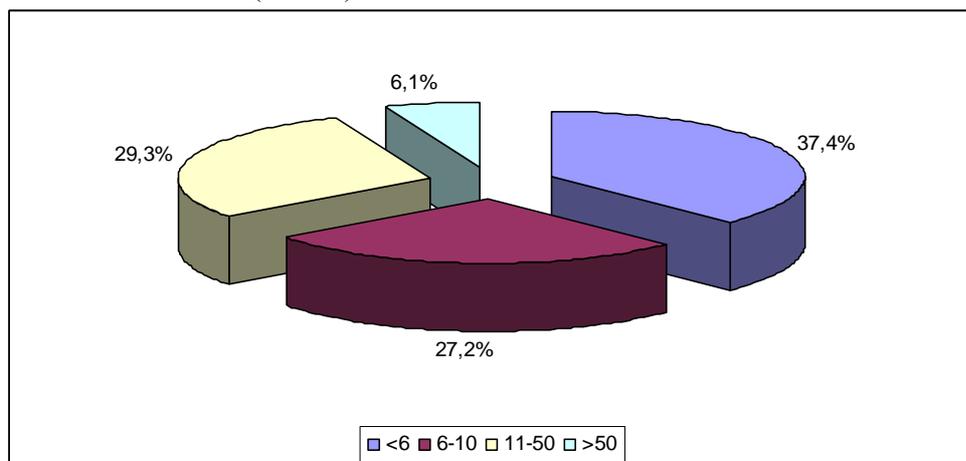


Gráfico 37. Frecuencias de las categorías del número de consultas a la semana relacionadas con la salud de los pacientes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=147)

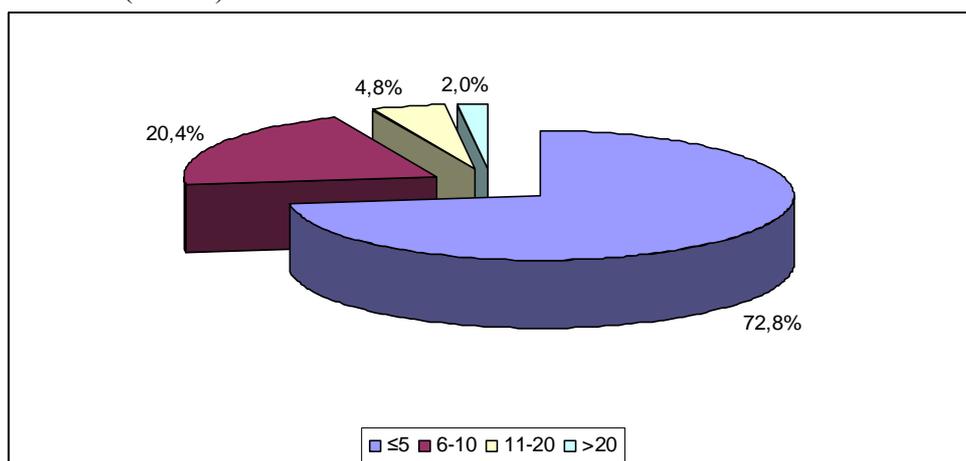
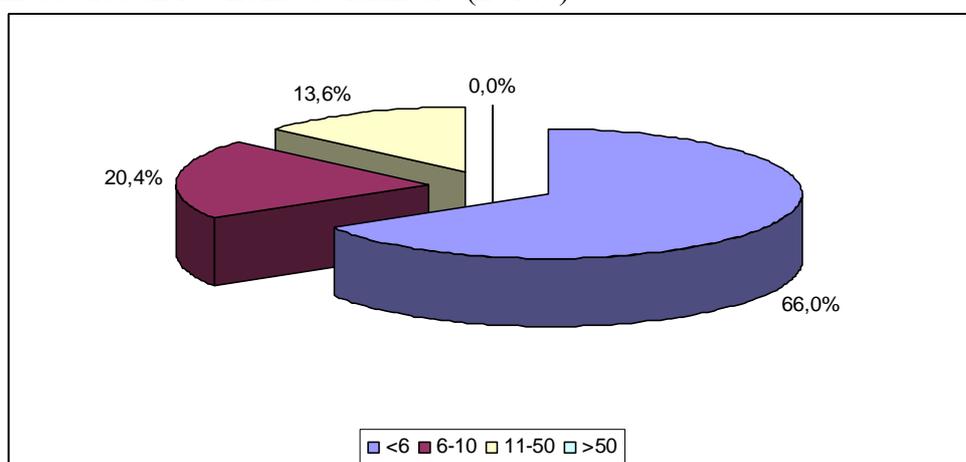
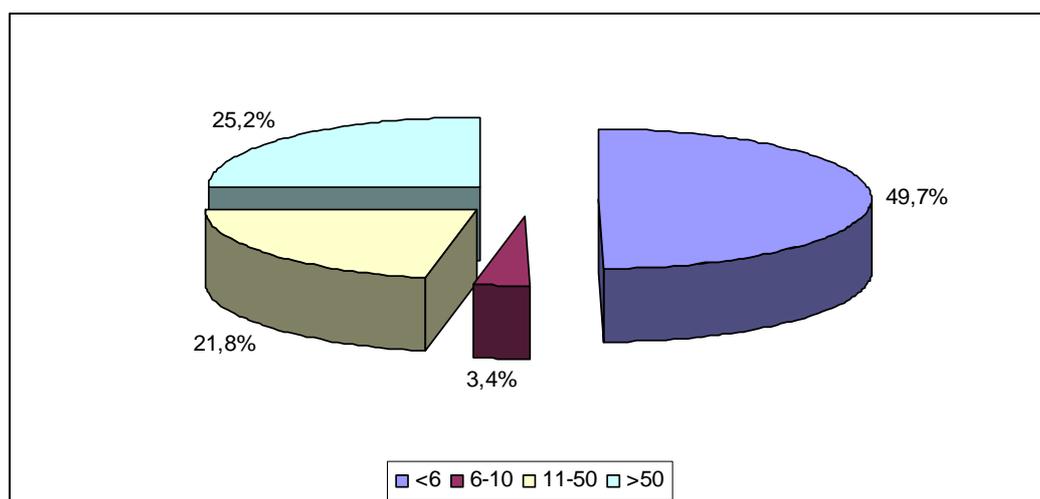


Gráfico 38. Frecuencias de las categorías del número de consultas a la semana por cada mil habitantes relacionadas con la salud de los pacientes que recibe el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=147)



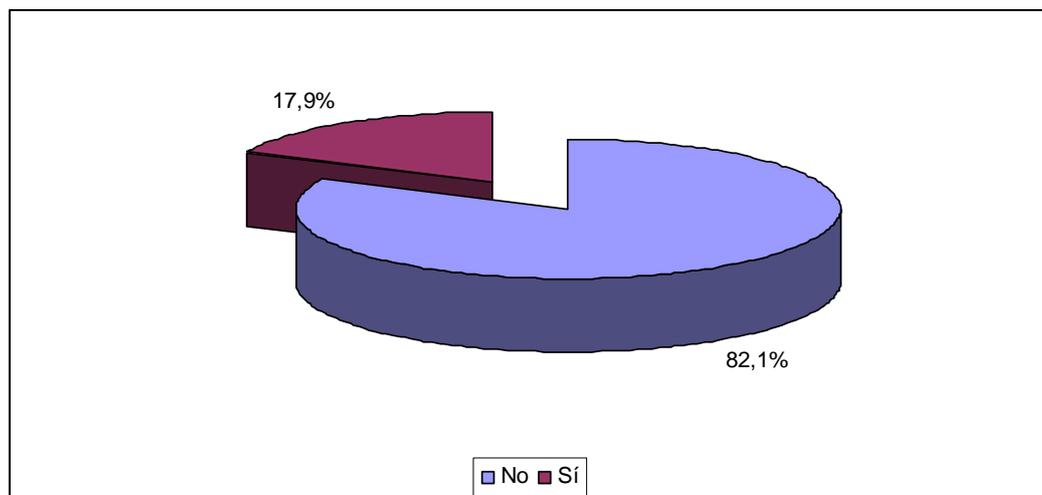
Prosiguiendo con las actividades de atención farmacéutica que presta el farmacéutico en su oficina de farmacia hay que indicar que las ayudas al cumplimiento presentaron una media de 83,5 (DE = 294,6) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 2000, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media 73,9 (DE= 190,7) con un rango entre 0 y 993,4. En el Gráfico 39 se observan las frecuencias de las categorías del número de ayudas al cumplimiento farmacoterapéutico al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia.

Gráfico 39. Frecuencias de las categorías del número de ayudas al cumplimiento farmacoterapéutico al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=147)



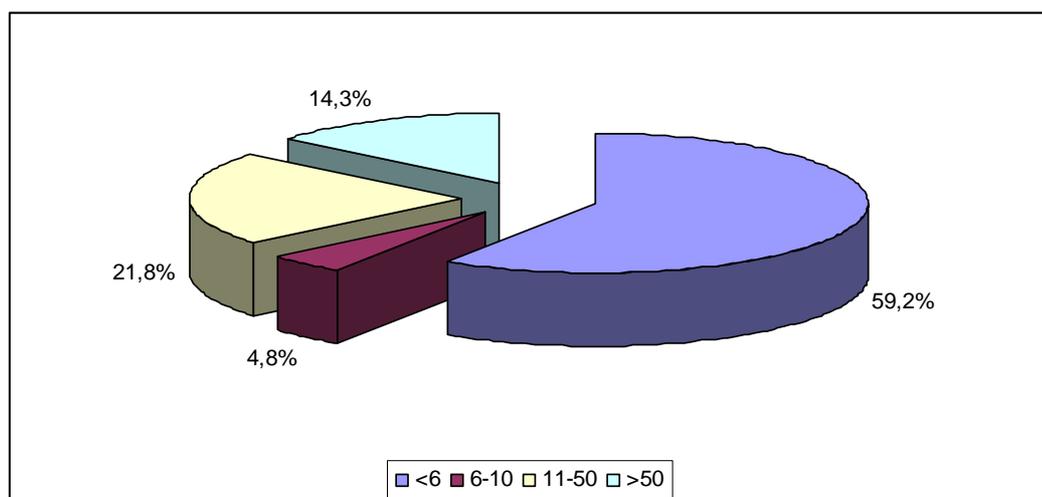
Asimismo, en el Gráfico 40 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que registran la ayuda al cumplimiento a los pacientes. Solamente cinco de los encuestados indicaron el tipo de ayuda prestada, destacando el escribirle al paciente en la caja del medicamento la posología (40%), preparación en pastilleros (20%), colaboración con los médicos (20%) y sistemas de dosificación (20%).

Gráfico 40. Frecuencias de si se registra o no la ayuda al cumplimiento prestada por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=78)



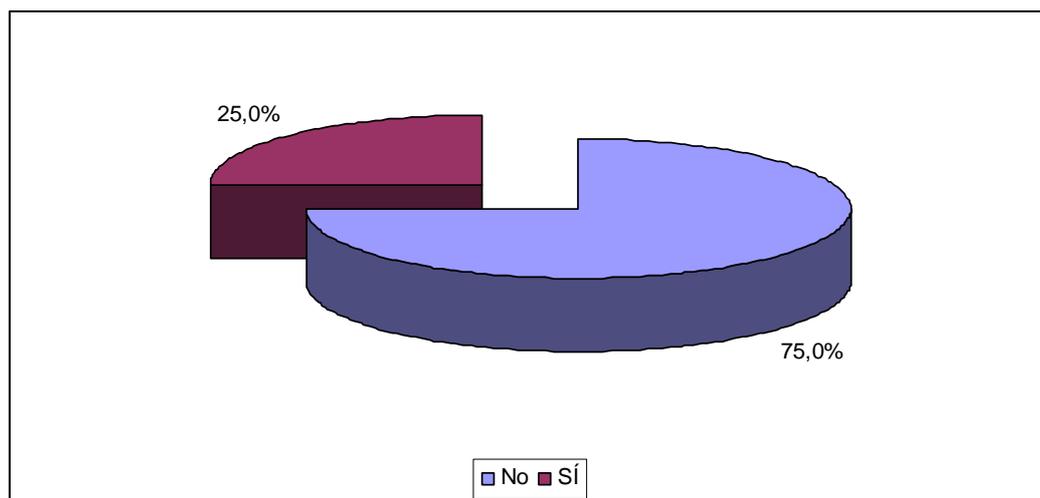
En lo relativo al seguimiento farmacoterapéutico realizado por el farmacéutico, presentó una media de 42,6 (DE = 190,7) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 2000 pacientes al año, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media de 42,4 (DE= 137,3) con un rango entre 0 y 1050,4. En el Gráfico 41 se muestran las frecuencias de las categorías del número de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes realizados por el farmacéutico en la oficina de farmacia.

Gráfico 41. Frecuencias de las categorías del número de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes realizados por el farmacéutico en la oficina de farmacia (147)



En el Gráfico 42 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que registran el seguimiento farmacoterapéutico que realizan a los pacientes. Solamente uno de los farmacéuticos encuestados indicó el seguimiento farmacoterapéutico realizado, que consistió en el seguimiento a pacientes polimedificados.

Gráfico 42. Frecuencias de si se registra o no el seguimiento farmacoterapéutico realizado por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=64)



La media de la atención domiciliaria realizada por el farmacéutico fue de 9,5 (DE = 53,9) pacientes al año, con un rango entre 0 y 600, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media de 15,8 (DE= 81,1) con un rango entre 0 y 689,7. En el Gráfico 43 se muestran las frecuencias de las categorías del número de atenciones domiciliares al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia.

En el Gráfico 44 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que registran la atención domiciliaria que realiza a los pacientes. Solamente dos de los farmacéuticos encuestados indicaron la atención domiciliaria prestada, uno de ellos indicó que atendió a residencias de ancianos y el otro que realizó llamadas telefónicas a pacientes.

Gráfico 43. Frecuencias de las categorías del número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia (147)

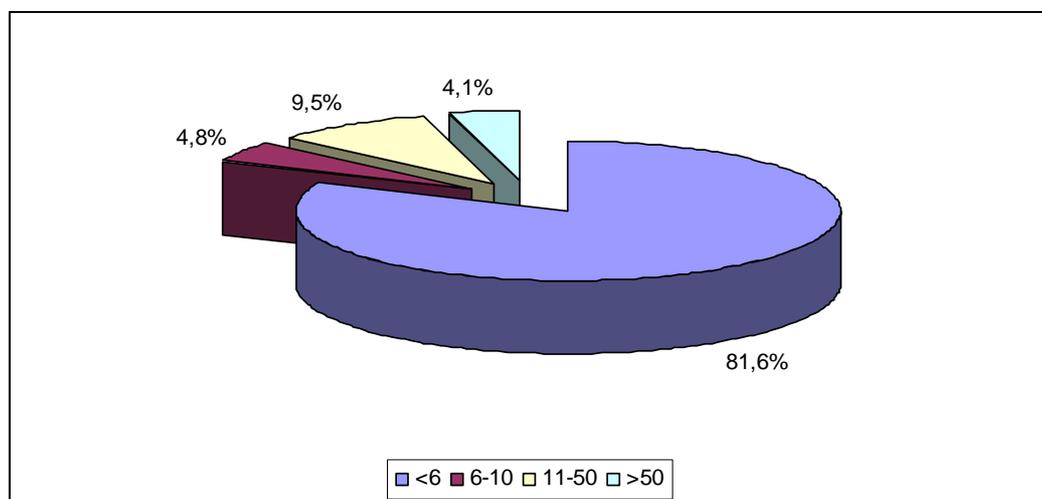
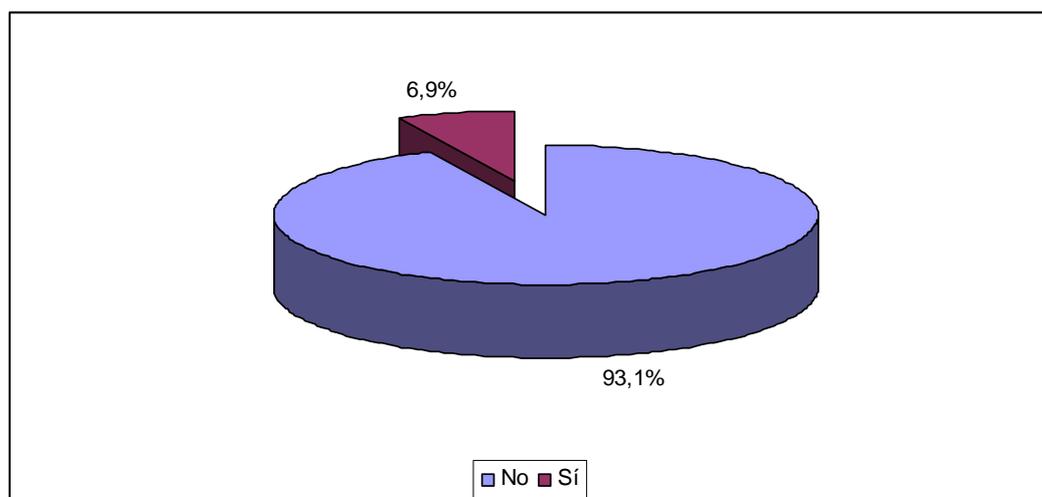
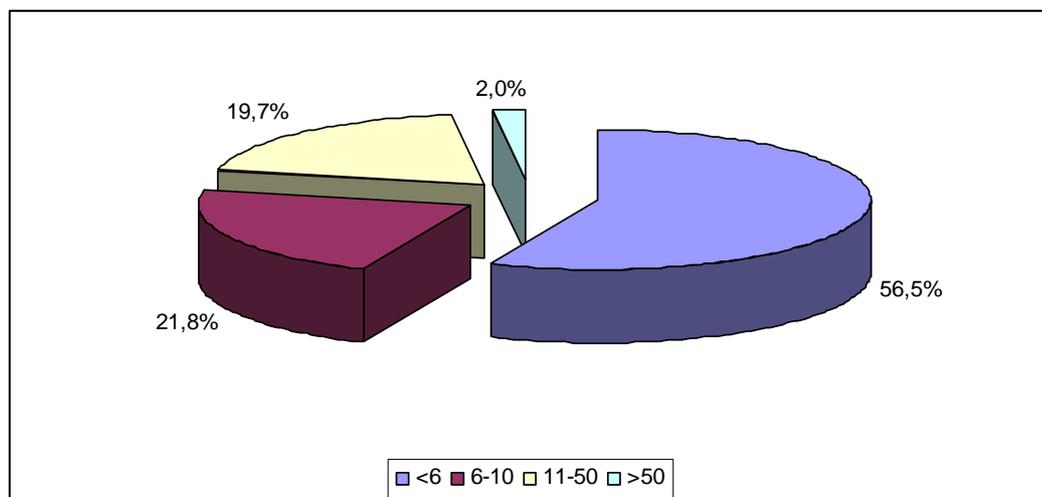


Gráfico 44. Frecuencias de si se registra o no la atención domiciliaria realizada por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=29)



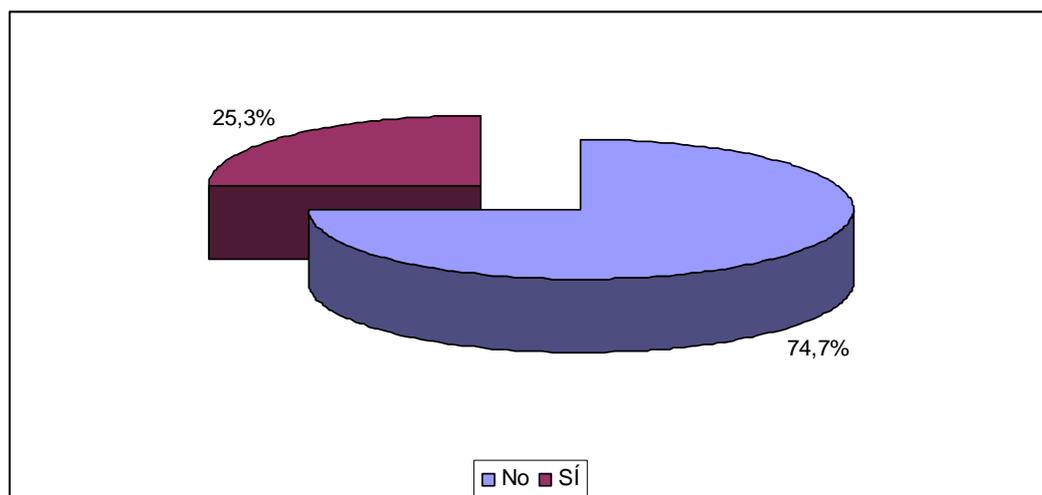
La media de prestaciones por parte del farmacéutico del peso y talla de bebés fue de 12,2 (DE = 45,0) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 500, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media de 7,5 (DE= 15,6) con un rango entre 0 y 143,3. En el Gráfico 45 se muestran las frecuencias de las categorías del número de pesado y tallado de bebés al año por cada mil habitantes realizados por el farmacéutico en la oficina de farmacia.

Gráfico 45. Frecuencias de las categorías del número de pesado y tallado de bebés al año por cada mil habitantes realizados por el farmacéutico en la oficina de farmacia (147)



En el Gráfico 46 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que registran el peso y talla de bebés en la oficina de farmacia. Solamente seis de los encuestados indicaron sobre el peso y talla de bebés, que no hay bebés en su municipio (83,3%) y que orientan a las madres por si necesitan cambiar la alimentación de los niños (16,7%).

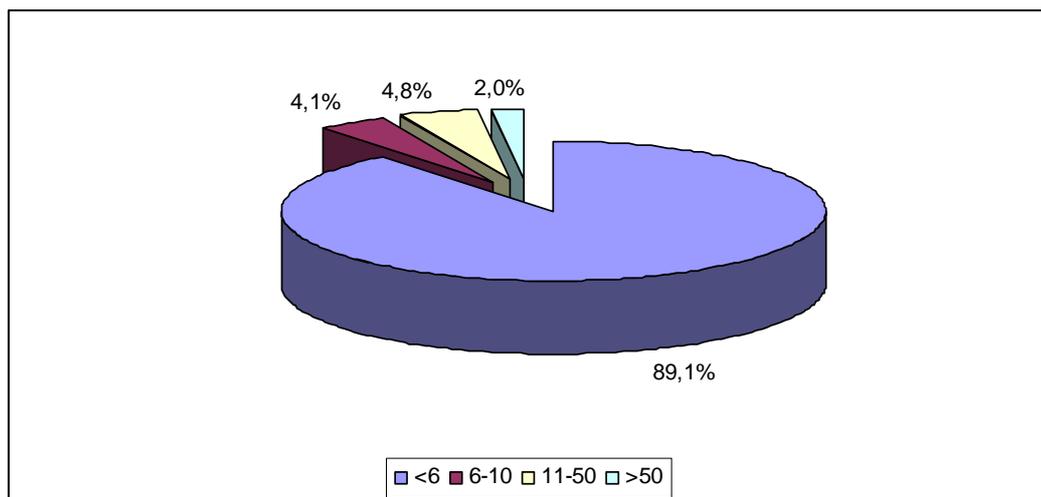
Gráfico 46. Frecuencias de si se registra o no el peso y talla de bebés realizado por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=79)



La media de confección de dietas a los pacientes por el farmacéutico fue de 15,8 (DE = 111,6) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 1000, y si se

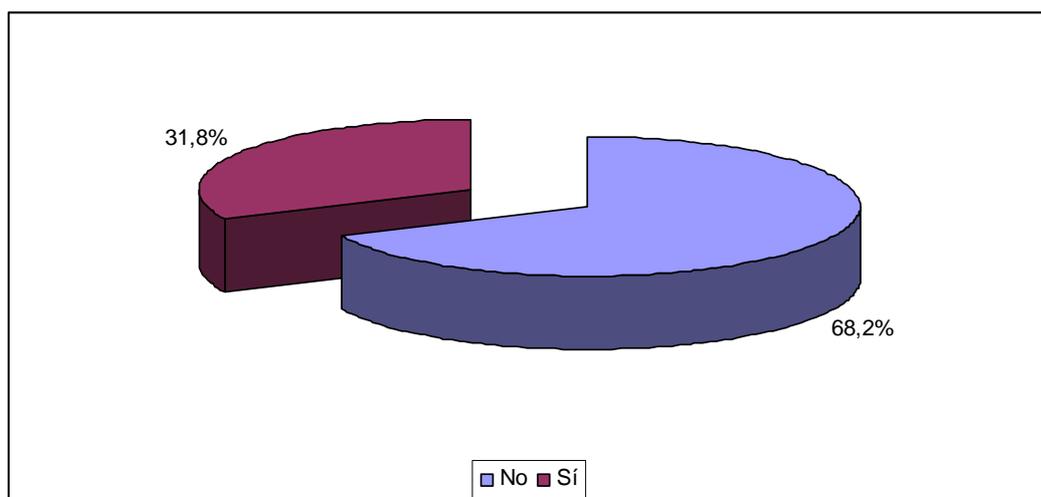
expresa este parámetro por cada mil habitantes una media de 5,3 (DE= 31,4) con un rango entre 0 y 286,7. En el Gráfico 47 se muestran las frecuencias de las categorías del número de confecciones de dietas al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia.

Gráfico 47. Frecuencias de las categorías del número de confecciones de dietas al año y por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia (147)



En el Gráfico 48 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que registran la confección de dietas realizadas a los pacientes en la oficina de farmacia.

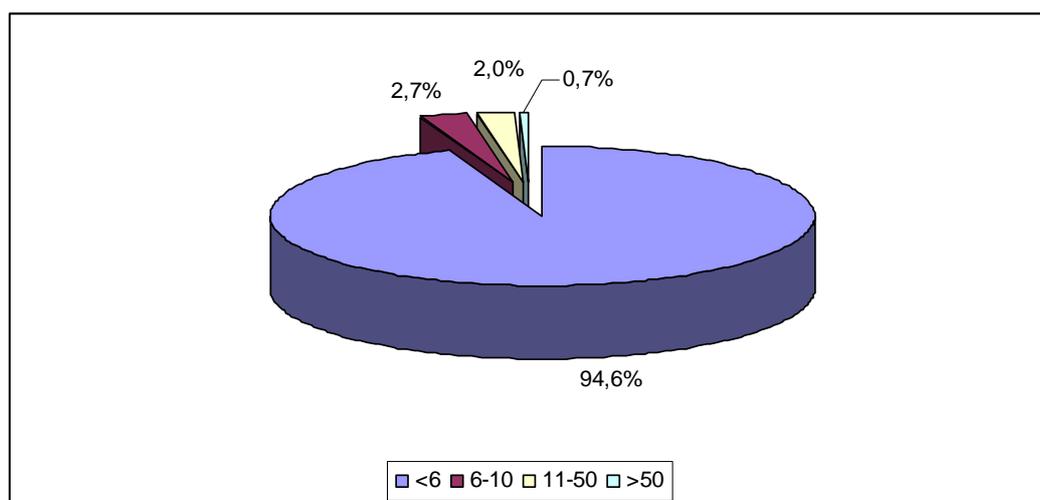
Gráfico 48. Frecuencias de si se registra o no la confección de dietas realizadas a los pacientes por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=22)



Solamente tres de los encuestados indicaron sobre la confección de dietas, que este servicio lo presta mediante la colaboración con un dietista externo a la farmacia (33,3%), que vende productos de dietética (33,3%) y finalmente que confecciona dietas con Plenufar (33,3%).

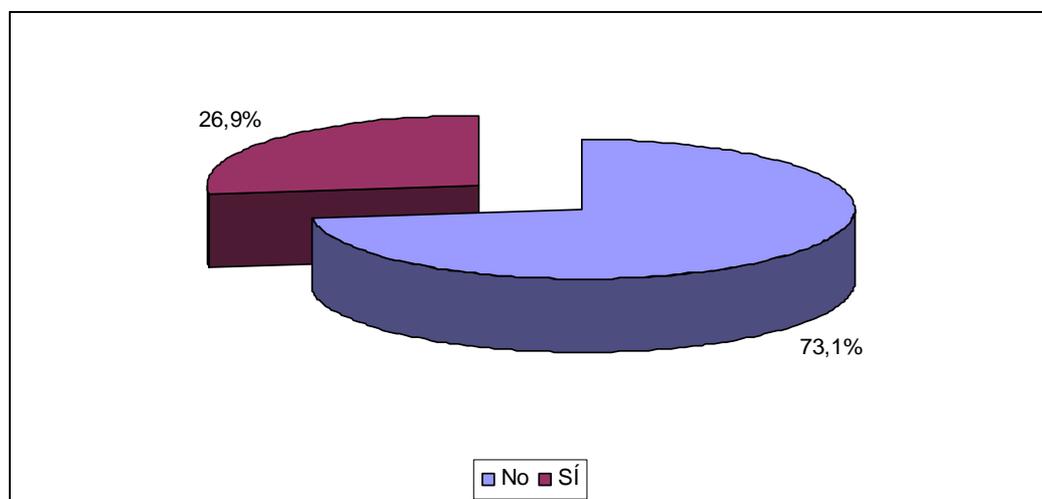
Finalmente, en cuanto al programa de deshabituación tabáquica, hay que indicar que la media de este tipo de atención fue de 1,3 (DE = 6,2) pacientes al año con un rango de 0 y 60, y si se expresa este parámetro por cada mil habitantes una media de 1,4 (DE= 5,6) con un rango entre 0 y 51,4. En el Gráfico 49 se muestran las frecuencias de las categorías del número de intervenciones en el programa de deshabituación tabáquica al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia.

Gráfico 49. Frecuencias de las categorías del número de intervenciones en el programa de deshabituación tabáquica al año por cada mil habitantes realizadas por el farmacéutico en la oficina de farmacia (147)



En el Gráfico 50 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que registran la deshabituación tabáquica. Asimismo, el 97,5% (n=117) de los farmacéuticos indicó que no presta ningún otro tipo de prestaciones de atención farmacéutica, sin embargo hay dos farmacéuticos que prestan las siguientes dos actividades respectivamente: apertura de orificios para pendientes e investigación en atención farmacéutica.

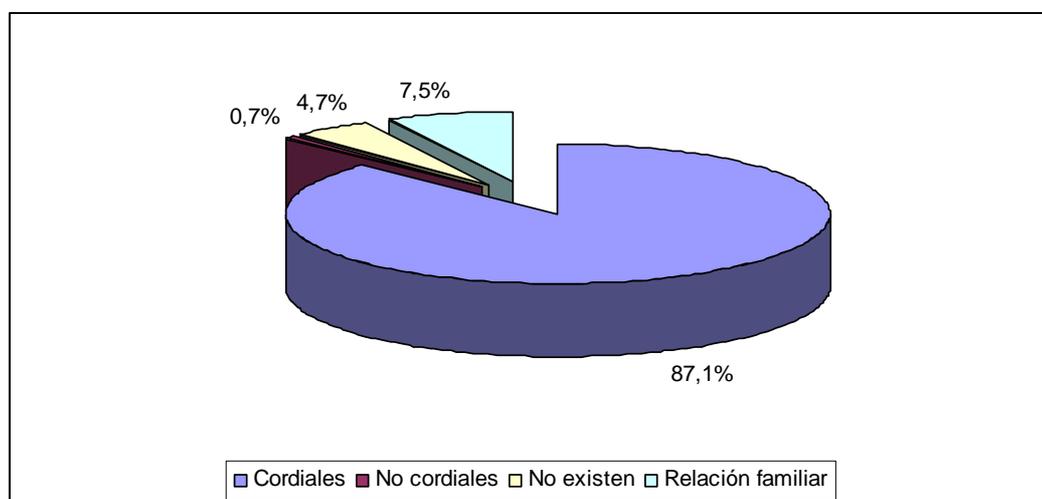
Gráfico 50. Frecuencias de si se registra o no el programa de deshabituación tabáquica prestado a los pacientes por el farmacéutico en la oficina de farmacia (n=26)



#### 5.2.4. Variables relacionadas con las relaciones profesionales del farmacéutico con el Sistema Sanitario.

En el Gráfico 51 se muestran las frecuencias del tipo de relaciones profesionales de los farmacéuticos con el médico que pasa consulta en el ámbito geográfico donde ejerce su trabajo el farmacéutico.

Gráfico 51. Frecuencias de las categorías de las relaciones profesionales de los farmacéuticos con el médico (n=147)



El farmacéutico cuando tiene que resolver alguna cuestión sobre terapéutica actúa de forma diferente si en ese momento se encuentra el médico o no. En el Gráfico 52 se muestran las categorías para el primer caso y en el Gráfico 53 para el segundo. Asimismo, en el Gráfico 54 se muestran las frecuencias de si el farmacéutico sabe quien es el farmacéutico de su Distrito Sanitario y en el Gráfico 55 las de si el farmacéutico del Distrito Sanitario de su municipio le presta ayuda en relación con su servicio de atención farmacéutica.

Gráfico 52. Frecuencias de las categorías de la forma que tiene el farmacéutico de resolver cuestiones sobre terapéutica cuando se encuentra el médico en el municipio (n=147)

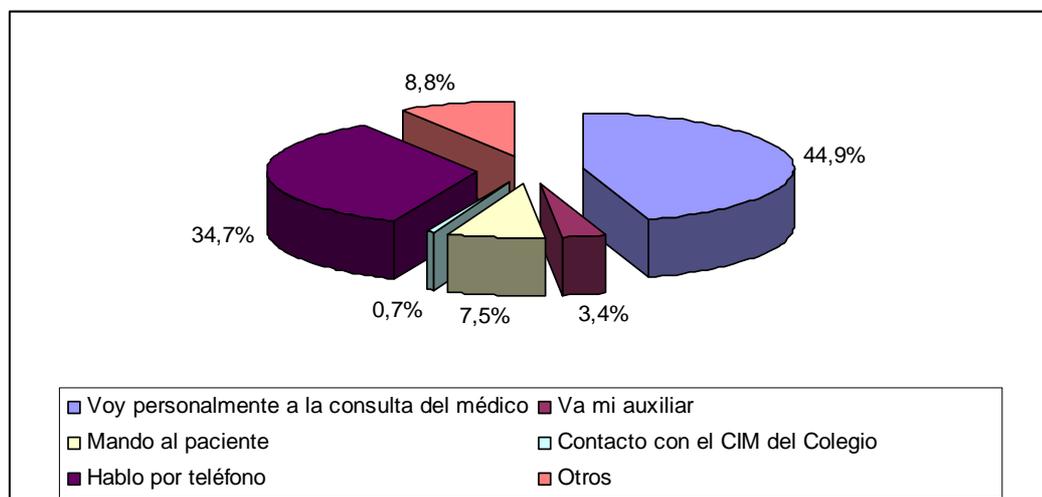


Gráfico 53. Frecuencias de las categorías de la forma que tiene el farmacéutico de resolver cuestiones sobre terapéutica cuando no se encuentra el médico en el municipio (n=147)

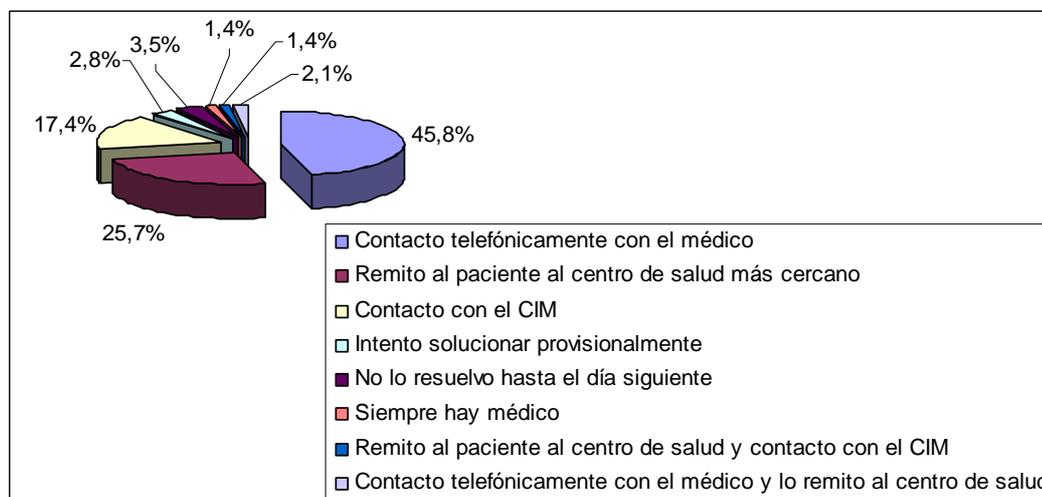


Gráfico 54 Frecuencias de las categorías de si sabe o no el farmacéutico quien es el farmacéutico de su Distrito Sanitario (n=147)

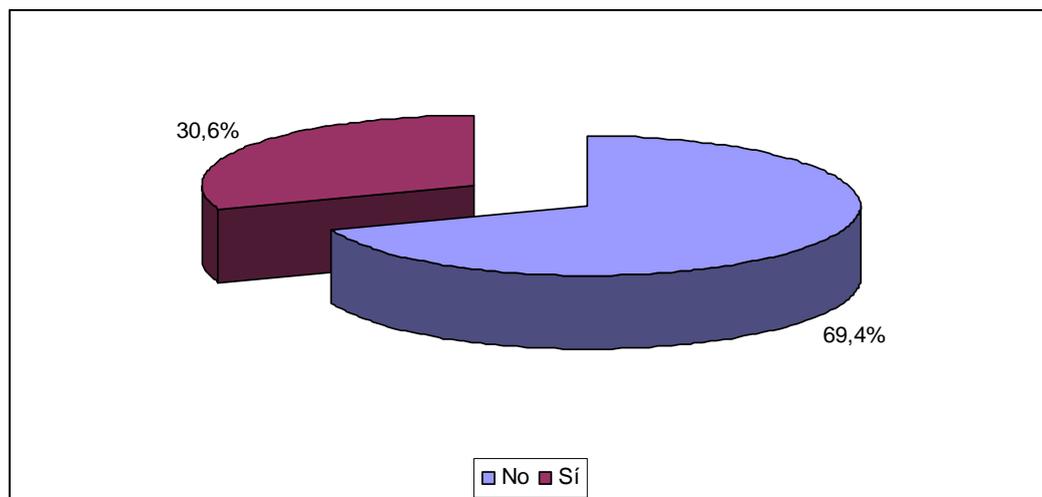
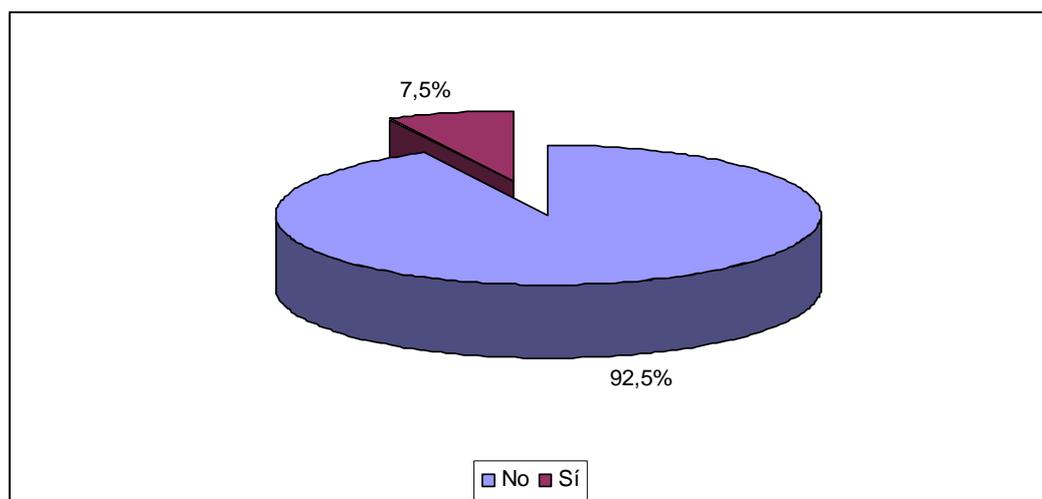


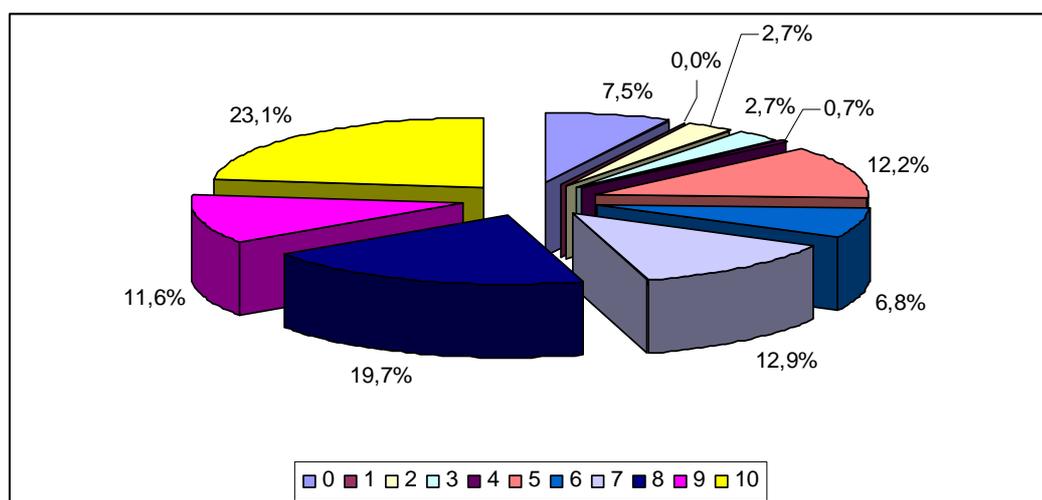
Gráfico 55. Frecuencias de las categorías de si el farmacéutico del Distrito Sanitario del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia presta ayuda o no en relación a la atención farmacéutica (n=147)



Finalmente, la ayuda que dispone el farmacéutico en su labor de atención farmacéutica de diferentes organismos y organizaciones es muy diversa. Así de una puntuación entre 0 (peor ayuda) y 10 (mejor ayuda) los farmacéuticos de la muestra han calificado su percepción de la ayuda que le prestan los siguientes organismos/organizaciones (Gráfico 56): Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia (CIM, vocal de oficinas de farmacia y vocal de farmacéuticos rurales si existe), Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (vocal de oficinas de farmacia y vocal de farmacéuticos rurales si existe), Asociación de

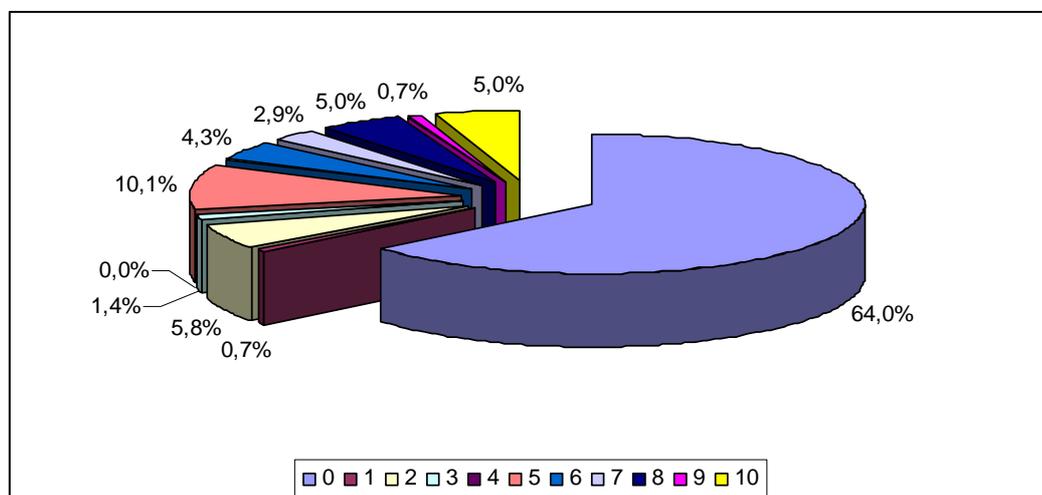
farmacéuticos rurales si existe, Sistema Público de Salud (farmacéutico de distrito, farmacéutico de hospital), universidades y CAF Stada.

Gráfico 56. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial (n=147)



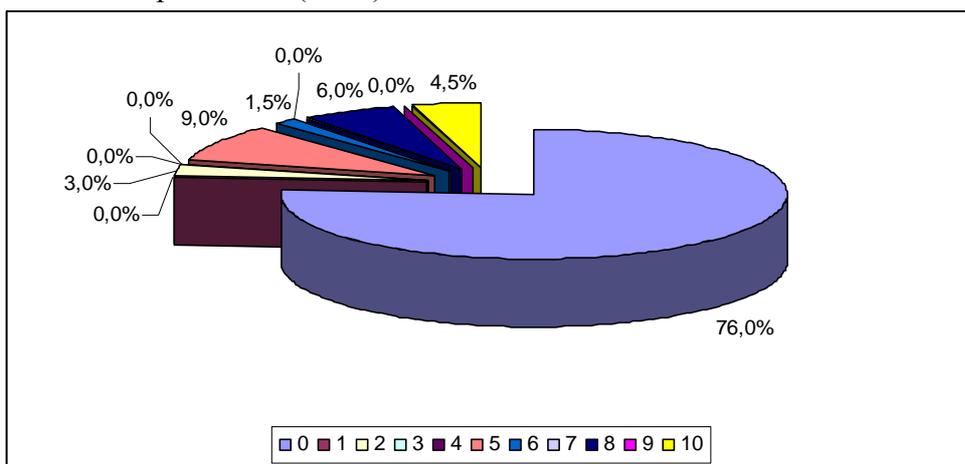
Al vocal de Oficinas de Farmacia del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 2,1 (DE = 3,2) puntos, y en el Gráfico 57 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 57. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al vocal de Oficinas de Farmacia del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial (n=139)



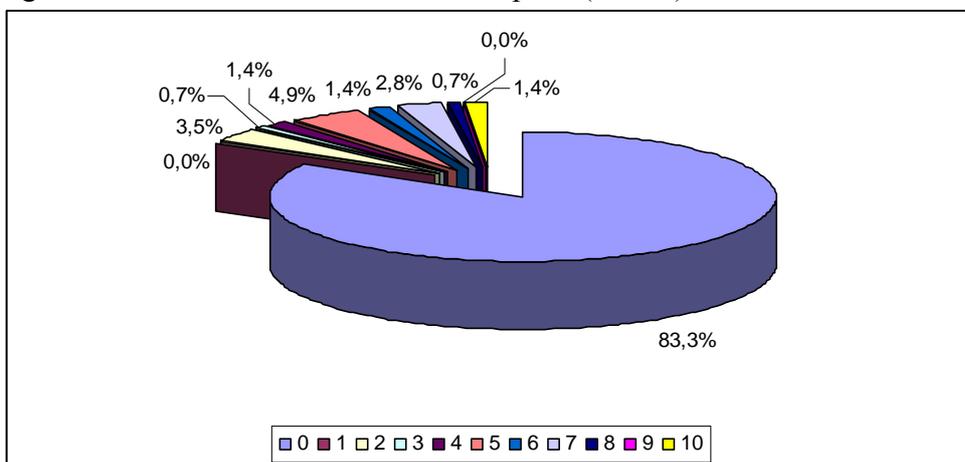
Al vocal de Farmacéuticos Rurales del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 1,5 (DE = 2,9) puntos y en el Gráfico 58 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 58. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al vocal de Farmacéuticos Rurales del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial (n=72)



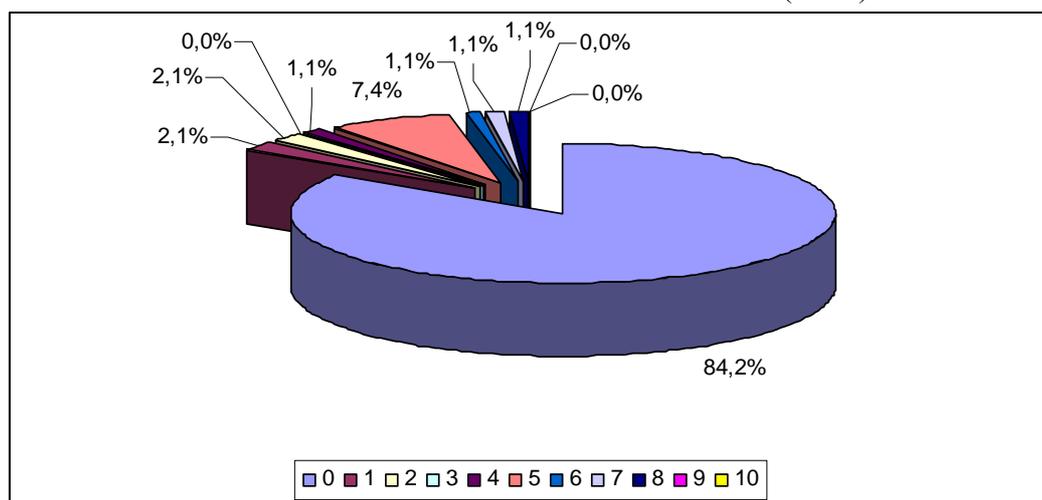
Al vocal de Oficinas de Farmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 0,9 (DE = 2,1) puntos y en el Gráfico 59 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 59. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al vocal de Oficinas de Farmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (n=144)



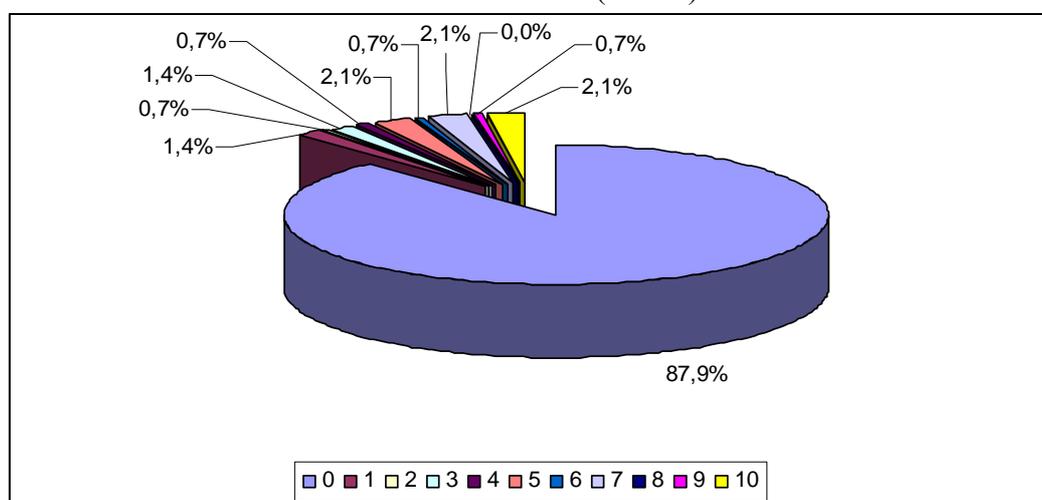
A la Asociación de Farmacéuticos Rurales, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 0,7 (DE = 1,8) puntos y en el Gráfico 60 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 60. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos a la asociación de Farmacéuticos Rurales (n=95)



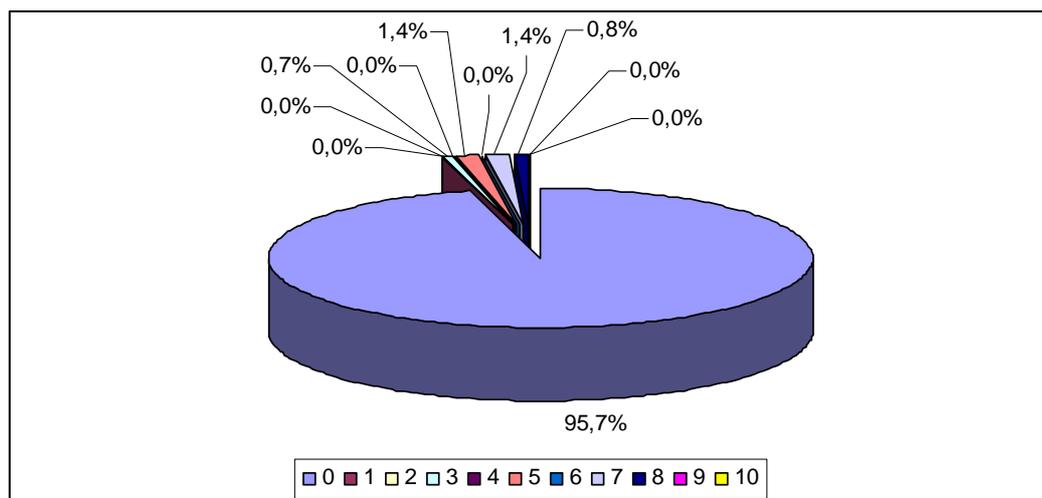
Asimismo, a los Farmacéuticos de Distrito, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 0,7 (DE = 2,1) puntos y en el Gráfico 61 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 61. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al Farmacéutico de Distrito (n=141)



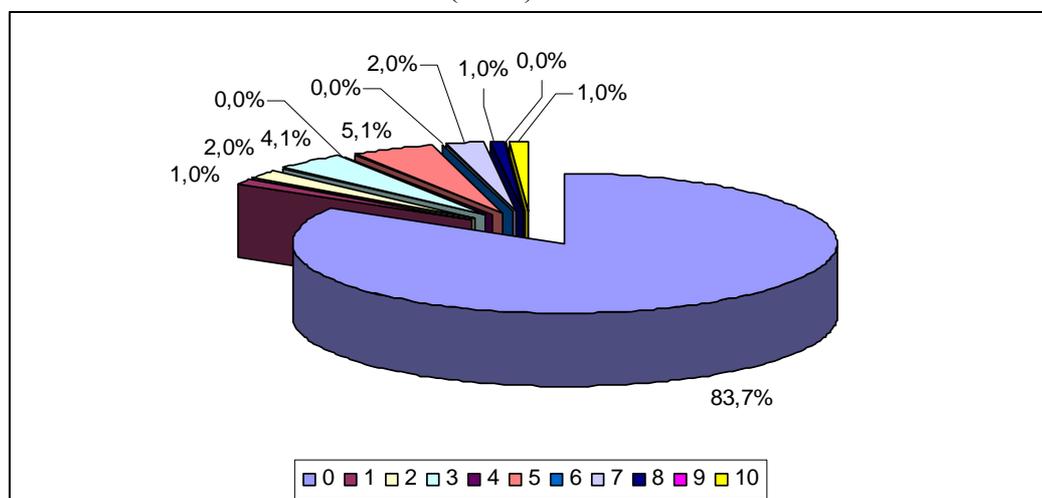
Al Farmacéutico de Hospital, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 0,2 (DE = 1,2) puntos y en el Gráfico 62 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 62. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos al Farmacéutico de Hospital (n=139)



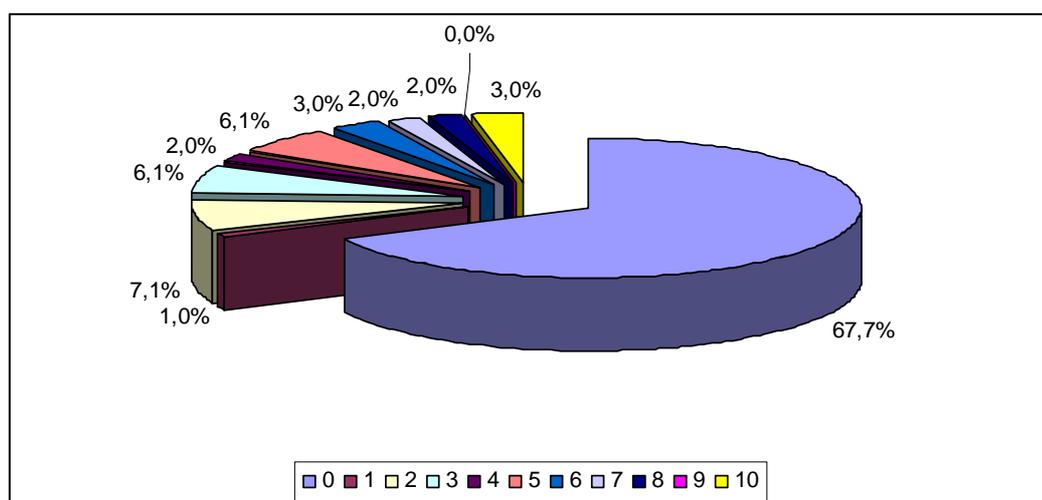
A la universidad, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 0,8 (DE = 2,0) puntos y en el Gráfico 63 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 63. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos a la universidad (n=98)



A CAF Stada, en virtud a la ayuda que presta a los farmacéuticos en su labor de atención farmacéutica lo han puntuado con una media de 1,5 (DE = 2,6) puntos y en el Gráfico 64 se muestran las frecuencias de las puntuaciones que le han otorgado.

Gráfico 64. Frecuencias de las diez categorías de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos a CAF Stada (n=99)



### 5.2.5. Variables relacionadas con la formación continuada realizada por el farmacéutico en el último año.

Los farmacéuticos de la muestra han realizado media de 3,2 (DE = 4,3) cursos a distancia el último año con un rango entre 0 y 30, y una media de 2,9 (DE = 3,4) cursos presenciales en el último año con un rango entre 1 y 20. En los Gráficos 65 y 66 se muestran las frecuencias de los farmacéuticos que los han cursado respectivamente.

Gráfico 65. Frecuencias de las categorías de si los farmacéuticos han realizado o no cursos de formación continuada a distancia el último año (147)

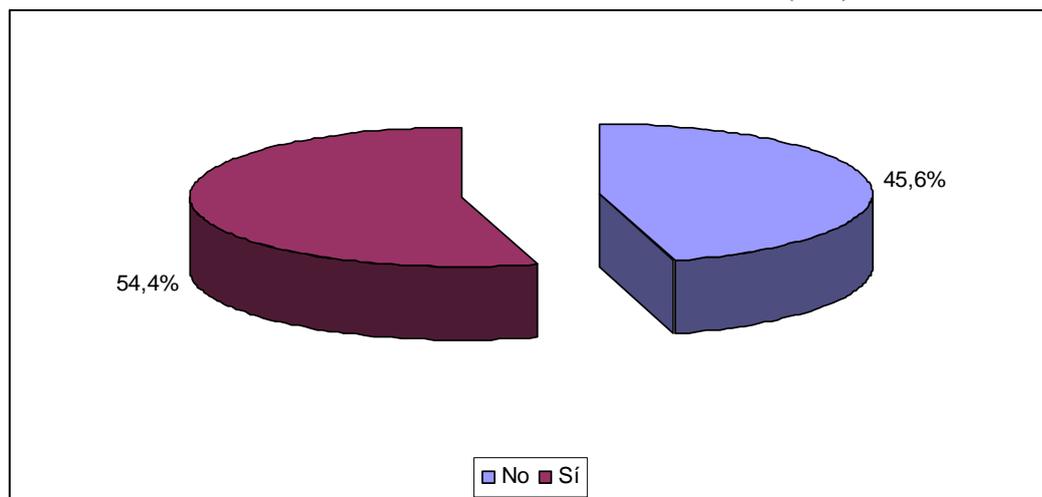
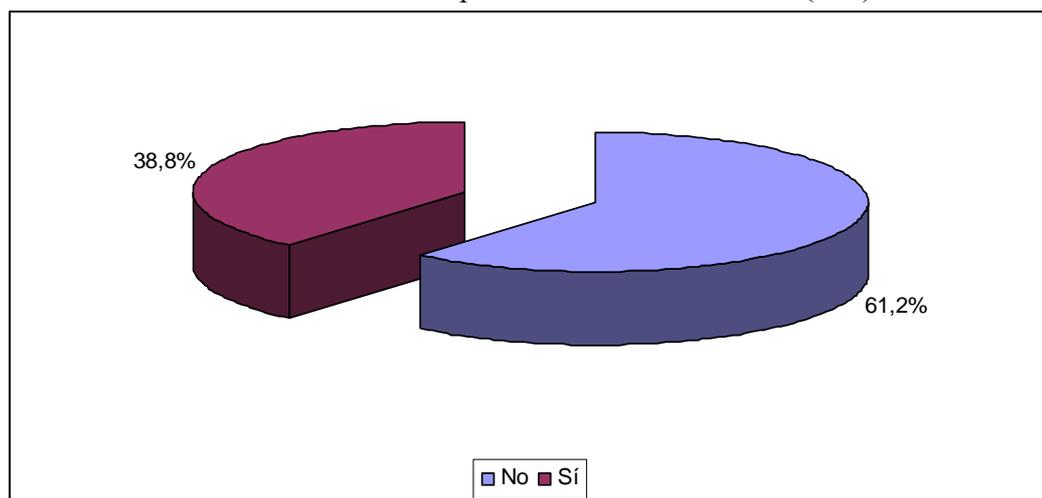


Gráfico 66. Frecuencias de las categorías de si los farmacéuticos han realizado o no cursos de formación continuada presenciales el último año (147)



En la Tabla 10 se muestran las frecuencias de las diferentes entidades que han organizado los cursos a distancia de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año, y en la Tabla 11 las de los cursos presenciales. Asimismo, en la Tabla 12 se muestran las temáticas sobre las que versan los cursos realizados a distancia por los farmacéuticos, y en la Tabla 13 la de los cursos presenciales.

Respecto de la adecuación de los cursos de formación continuada ofertados por los diferentes organismos, los farmacéuticos de la muestra, han puntuado su grado de adecuación en una escala entre 0 (menos adecuado) y 10 (más adecuado). De

forma que los organizados por el CGCOF los puntuaron con una media de 4,9 (DE = 3,4) puntos, los organizados por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales los puntuaron con una media de 6,4 (DE = 2,9) puntos, los organizados por las Cooperativas Farmacéuticas los puntuaron con una media de 3,9 (DE = 3,4) puntos, los organizados por las universidades los puntuaron con una media de 2,4 (DE = 2,9), los organizados por los Laboratorios Farmacéuticos los puntuaron con una media de 3,9 (DE = 4,1) y los organizados por CEPIME los puntuaron con una media de 2,3 (DE = 3,9) puntos.

Finalmente, en la Tabla 14 se exponen las propuestas de mejoras de los farmacéuticos de la muestra a los cursos de formación continuada organizados por las diferentes organizaciones.

Tabla 10. Frecuencias de las diferentes entidades que han organizado los cursos a distancia de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año (n=80)

<b>Entidad</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>%</b>
Laboratorio Farmacéutico	13	16,3
CGCOF	28	35,0
Aula Mayo	2	2,5
CEPIME	1	1,3
No recuerda entidad	4	5,0
COF	18	22,5
Universidad	2	2,5
Hefagra	1	1,3
Cooperativa farmacéutica	2	2,5
Fefe	4	5,0
SEFAC	1	1,3
Correo farmacéutico	2	2,5
Empresa formación	1	1,3
Sic	1	1,3

Tabla 11. Frecuencias de las diferentes entidades que han organizado los cursos presenciales de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año (n=54)

<b>Entidad</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>%</b>
COF	29	53,7
No recuerda entidad	3	5,6
Cooperativa Farmacéutica	6	11,1
Laboratorios farmacéuticos	7	13,0
Universidad	3	5,6
Consejería de Salud	2	3,7
Revista El Farmacéutico	1	1,9
Federación Farmacéutica	2	3,7
SEFAC	1	1,9

Tabla 12. Frecuencias de las diferentes temáticas de los cursos a distancia de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año

Temática de los cursos a distancia	Frecuencias	%
Diabetes, nutrición	2	2,5
Drogodependencias	7	8,9
Farmacología aplicada a AF	5	6,3
Vacunas	7	8,9
Interpretación de análisis clínicos	4	5,1
Dispensación de antidepresivos	3	3,8
AF en salud de la mujer	2	2,5
Dermofarmacia	2	2,5
Formulación magistral	1	1,3
Alzheimer	2	2,5
Fisiopatología aplicada a la AF	3	3,8
Nutrición	1	1,3
Atención Farmacéutica	9	11,4
Fotoprotección	1	1,3
Ortopedia	1	1,3
Salud bucodental	5	6,3
Marketing en la oficina de farmacia	1	1,3
Patologías respiratorias	1	1,3
Herboristería	1	1,3
Principios de fisiología.	1	1,3
Psicología	1	1,3
Gripe A	1	1,3
Función tiroidea	1	1,3
Discapacidad	1	1,3
Trastornos de ánimo	1	1,3
Terapia del dolor	1	1,3
Oftalmología	1	1,3
Dispensación y seguimiento	1	1,3
Servicios profesionales en farmacia comunitaria	1	1,3
Abordaje integral del paciente polimedcado	1	1,3
Homeopatía	1	1,3
Antibióticos	1	1,3
Plan nacional de formación continuada en farmacología y farmacoterapia	1	1,3
Primeros auxilios	1	1,3
Anticoagulantes	1	1,3
Problemas de salud: guías de actuación	1	1,3
Dietética y dietoterapia	1	1,3
Obesidad y RGE	1	1,3
Mujer y salud	1	1,3
Consejo farmacéutico en aterogénesis y trombogénesis	1	1,3
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Tabla 13. Frecuencias de las diferentes temáticas de los cursos presenciales de formación continuada cursados por los farmacéuticos en el último año

Temática de los cursos a distancia	Frecuencias	%
Nutrición infantil	2	3,7
Fotoprotección	4	7,4
Psicofármacos	2	3,7
Seguimiento	1	1,9
Diabetes	2	3,7
Salud ocular	1	1,9
Ortopedia	3	5,6
Interacciones de medicamentos	1	1,9
Receta electrónica	1	1,9
Doctorado	2	3,7
Los jueves salud	1	1,9
Vacunas	1	1,9
Inspección de bodegas	1	1,9
Interpretación de Análisis Clínicos	1	1,9
Absorbentes de incontinencia urinaria	1	1,9
Antiinfecciosos	1	1,9
Patologías respiratorias	1	1,9
Dolor	1	1,9
Alergias	1	1,9
Gestión de la oficina de farmacia.	2	3,7
Diplomado en Sanidad	1	1,9
Trastornos de la Alimentación	1	1,9
Salud Pública	1	1,9
Psoriasis	1	1,9
Dermofarmacia	2	3,7
Análisis de aguas residuales	1	1,9
Hipertensión en asistencia primaria	1	1,9
Gripe A	1	1,9
Síntomas gripales	1	1,9
Obesidad	2	3,7
Formulación magistral dermatológica	1	1,9
Anticoagulantes	1	1,9
Novedades terapéuticas	1	1,9
Formulación magistral	1	1,9
Ictus	1	1,9
Dispensación activa	1	1,9
Sistema personalizado dosificación	1	1,9
Consejo de mostrador en homeopatía	1	1,9
No recuerda temática	4	7,4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Tabla 14. Frecuencias de las diferentes categorías de las mejoras que proponen los farmacéuticos a la formación continuada ofertada por los diferentes organismos

Propuestas de mejora de la Formación Continuada	Frecuencias	%
Temas adecuados para el farmacéutico rural más reales	3	2,6
Recursos: Subvenciones	6	5,3
Tiempo: Reducción del horario de farmacia	9	7,9
Tiempo: Haciéndolos presenciales los sábados por la mañana	4	3,5
Tiempo: Por videoconferencia	3	2,6
Temas: Orientados al trabajo de mostrador	3	2,6
Tiempo: Más cursos a distancia	17	14,9
Tiempo: Haciendo menos guardias	1	0,9
No me interesa	1	0,9
Material: Facilitando documentación	1	0,9
Recursos: Reduciendo los costes	4	3,5
Tiempo: No podemos faltar de la farmacia	2	1,8
Tiempo: Haciéndolos en poblaciones cercanas a las farmacias	16	14,0
Tiempo: Vía internet y breve (semanal)	7	6,1
Recursos: Mayores recursos económicos, humanos y sociales	1	0,9
Calidad: Mayor calidad de los cursos a distancia	2	1,8
Más cursos	1	0,9
Presenciales los sábados por la tarde	1	0,9
Adaptando los horarios al horario de la farmacia	3	2,6
Presenciales	1	0,9
Repaso de temas si hace años que has acabado la carrera	1	0,9
Fomentar formación profesional en las distintas áreas de salud	1	0,9
Una especialidad de acceso gratuito	1	0,9
Formación de programas conjunto con el médico	1	0,9
Pagándonos un sustituto	1	0,9
Poniendo otros horarios	1	0,9
Cursos <i>on line</i> siempre que haya ADSL	1	0,9
Internet	2	1,8
Ajustando mejor los horarios de las clases presenciales	1	0,9
Cursos específicos para farmacéuticos rurales	1	0,9
Tiempo: eliminar trabajos administrativos	1	0,9
Tiempo: Más cursos <i>on line</i>	8	7,0
Realizándolos por zonas geográficas	1	0,9
Más cursos enfocados a la 3ª edad	1	0,9
Dejar de marearnos con puntos, créditos...	1	0,9
Gratuidad y flexibilidad	2	1,8
De forma que no haya que desplazarse	1	0,9
No sabe	2	1,8
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

### 5.2.6. Ítems del cuestionario MBI de medición del síndrome de *burnout*.

En la Tabla 15 se muestra la media y DE de los 22 ítems del cuestionario MBI calculados con las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos de la muestra.

Tabla 15. Media y DE de los 22 ítems del cuestionario MBI (n=147)

Ítems cuestionario MBI	Media	DE
Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo	1,5	1,5
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	2,7	1,7
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado	1,3	1,6
Siento que puedo entender fácilmente las personas que tengo que atender	5,4	1,3
Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mi trabajo como si fuesen objetos impersonales	0,9	1,4
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	1,7	1,7
Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	4,8	1,5
Siento que mi trabajo me está desgastando	2,0	1,9
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	4,4	1,8
Siento que me he hecho más duro con la gente	1,9	1,8
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	1,3	1,8
Me siento muy enérgico en mi trabajo	3,8	2,0
Me siento frustrado por el trabajo	1,3	1,7
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	3,0	2,1
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente	0,5	1,3
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	1,7	1,8
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo	4,9	1,6
Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	4,5	1,8
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	4,0	1,9
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	1,3	1,6
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	4,4	1,7
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	0,9	1,4

### 5.2.7. Variables relacionadas con las peculiaridades del farmacéutico rural.

En la Tabla 16 se exponen los valores medios y DE de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a los principales problemas de los Farmacéuticos Rurales, de forma que una puntuación de 0 indica menor problema y de 10 mayor problema.

Tabla 16. Media y DE de las puntuaciones (0-10) otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a los principales problemas de los Farmacéuticos Rurales (n=147)

Principales Problemas	Media	DE
Despoblación	7,4	2,8
Falta de infraestructuras	6,7	2,8
Baja rentabilidad	7,2	2,8
Sobrecarga de horas inútiles	7,3	3,1
Falta de personal para sustituciones	8,3	2,6
Guardias poco racionalizadas	7,9	2,9
Organización del periodo vacacional	7,6	2,9
Baja perspectiva de supervivencia	6,5	3,0
No existe vocalía nacional de rurales en el CGCOF	5,6	3,7

Asimismo, en la Tabla 17 se exponen los valores medios y DE de las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a las organizaciones farmacéuticas en función de quien defiende mejor los intereses de los Farmacéuticos Rurales, de forma que una puntuación de 0 indica menor defensa y de 10 mejor defensa.

Tabla 17. Media y DE de las puntuaciones (0-10) otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a las organizaciones farmacéuticas en función de quien defiende mejor los intereses de los Farmacéuticos Rurales (n=143)

Organización que mejor defiende a los farmacéuticos rurales	Media	DE
Colegio Provincial de Farmacéuticos	3,9	3,4
Consejo Autonómico de Farmacéuticos	1,6	2,4
CGCOF	1,3	2,0
Administración Sanitaria	1,0	1,7
Asociación de Farmacéuticos Rurales	3,7	3,6
Plataforma Nacional de Farmacéuticos Rurales	3,0	3,5

Finalmente, en la Tabla 18 se muestran las frecuencias de las diferentes percepciones que tiene el farmacéutico de sentirse Farmacéutico Rural.

Tabla 18. Frecuencias de las categorías del percepción que tiene el farmacéutico de sentirse Farmacéutico Rural (n=147)

	<b>Frecuencias</b>	<b>%</b>
No	8	5,5
Sí	128	87,7
Qué remedio	2	1,4
Solo parcialmente	3	2,1
Sí, puro	1	0,7
Siento y padezco ser rural	1	0,7
Por necesidad y por vocación	1	0,7
Lo soy y como tal me siento	1	0,7
Hasta la médula	1	0,7

### ***5.3. DESARROLLO DE UN ÍNDICE GENERAL DE RURALIDAD EN OFICINA DE FARMACIA EN ESPAÑA (IGROFE).***

#### **5.3.1. Definición del índice de ruralidad IGROFE.**

Siguiendo la metodología indicada en el epígrafe 4, se ha desarrollado un Índice General de Ruralidad en Oficina de Farmacia en España (IGROFE) mediante la adaptación del índice de ruralidad de Canadá GPRI (General Practice Rurality Index for Canada) a España. Para ello, se parte de que los municipios a estudiar dispongan de al menos una oficina de farmacia, y se han adoptado y adaptado los primeros 5 parámetros de los 6 que definen el índice GPRI a los datos muestrales del presente trabajo de investigación, obteniendo un índice aditivo ponderado, pero además se ha estandarizado para que presente una media de 0 y una DE de 1, de forma que valores positivos indican carácter rural del municipio donde se emplaza la farmacia y valores negativos carácter urbano. Los cinco parámetros que definen el índice son: *distancia (km) a un hospital, distancia (km) a un centro de urgencias, población del municipio, número de médicos generales que atienden a la comunidad en un radio inferior a 25 km, número de especialistas que atienden a la comunidad.*

En virtud de los valores mínimos, máximos, medios y DE muestrales de cada uno de los cinco parámetros que definen el presente índice, se ha fijado la siguiente ponderación para los mismos:

La lejanía a un hospital se puntúa como la distancia al mismo desde el municipio donde se emplaza la farmacia en km dividido por su DE que vale 20,333.

La lejanía a un centro de urgencia se puntúa como la distancia al mismo desde el municipio donde se emplaza la farmacia en km dividido por su DE que vale 7,086.

La población de la comunidad que se analiza tiene una puntuación máxima de 20 puntos, de forma que la puntuación se calcula restando a 20 la población dividida por 250 para que nunca pueda ser negativa dicha diferencia, ya que los pueblos estudiados disponen de una población de hasta 5000 habitantes.

La puntuación para el número de médicos de medicina general se obtiene dividiendo 10 por el número de médicos de medicina general en un radio de 25 km, de forma que si no hay médico la puntuación es la máxima, 20 puntos.

La puntuación para el número de especialistas se obtiene restando a 10 el número de especialistas que atienden a la población multiplicado por 4, de forma que si no hay especialistas entonces la puntuación sería la máxima de 10 puntos, y si hubiera más de 2 especialistas la puntuación sería de 0 puntos.

Para estandarizar la suma ponderada de los cinco parámetros y así determinar el índice IGROFE, se ha calculado la media y DE de esta suma ponderada de la totalidad de los 147 municipios donde se emplazan las oficinas de farmacia de la muestra, obteniéndose una media de 34,50 (DE= 8,91). El índice IGROFE ha presentado un valor máximo de 1,15 (oficina de farmacia en municipio más rural) y un mínimo de -2,69 (oficina de farmacia en municipio más urbano). Un valor nulo del índice indica que la oficina de farmacia se encuentra en la transición de rural a urbana.

### **5.3.2. Cálculo del índice de ruralidad MSU con los datos muestrales.**

Aplicando la metodología de cálculo en cuatro etapas del índice MSU (ver epígrafe 2.1.3.2.) para los datos muestrales del presente trabajo de investigación se

ha obtenido el índice MSU tomando como variables que lo definen, la distancia (km) que hay desde el municipio donde se emplaza la oficina de farmacia al centro de urgencias sanitarias más próximo (D) y la población de dicho municipio (P). Para ello, se ha realizado la transformación de potencia para D y P obteniéndose los exponentes  $\lambda_1 = 0,63$  y  $\lambda_2 = -0,1$  respectivamente como los que aproximan mejor a ambas variables a una distribución normal. Para la variable D el coeficiente de asimetría es de 0,664 y el de kurtosis -0,099, mientras que para la variable P el coeficiente de asimetría es de 1,099 y el de kurtosis 0,192. La DE de  $D^{\lambda_1}$  es de 2,37123 y la DE de  $P^{\lambda_2}$  es de 0,04493. Por lo que la expresión que se obtiene en la operación 3 (ver epígrafe 2.1.3.2.) de cálculo del índice MSU es la siguiente:

$$I_i = \left(\frac{1}{2}\right) \cdot \left[ +1 \cdot \frac{D_i^{0,63}}{2,37123} \right] - \left[ -1 \cdot \frac{P_i^{-0,1}}{0,04493} \right] = \left(\frac{1}{2}\right) \cdot \left[ \frac{D_i^{0,63}}{2,37123} \right] + \left[ \frac{P_i^{-0,1}}{0,04493} \right]$$

La media y DE de este índice preliminar no estandarizado son 11,926 y 1,31508 respectivamente. Por lo que, finalmente tras la operación 4 de estandarización, la expresión obtenida para el índice MSU es la siguiente:

$$MSU = \left[ \frac{D_i^{0,63}}{6,2367} \right] + \left[ \frac{P_i^{-0,1}}{0,059} \right] - 9,0686$$

Los valores del índice MSU calculados mediante la expresión anterior para los datos muestrales proporcionan un coeficiente de asimetría de -0,104 y de kurtosis de -0,956. Asimismo, se ha obtenido como valor mayor del índice de ruralidad MSU 2,51 (pueblo más rural) y menor -1,83 (pueblo más urbano).

### 5.3.3. Fiabilidad del índice de ruralidad IGROFE.

Como ya se ha indicado, el índice desarrollado IGROFE es aditivo ponderado y se ha estandarizado, de forma que si adopta valores positivos entonces el núcleo donde ejerce el farmacéutico se considera rural y si es negativo se considera urbano. De los datos de la muestra, se ha obtenido como valor mayor del índice de

ruralidad IGROFE 1,15 (pueblo más rural) y menor -2,69 (pueblo más urbano), mientras que para índice de ruralidad MSU se ha obtenido como mayor valor 2,51 (pueblo más rural) y menor -1,83 (pueblo más urbano). En la Tabla 19 se muestra la correlación de las escalas de ambos índices, una vez que se han categorizado en 5 categorías cada uno de ellos. Además en dicha Tabla se muestran las frecuencias para cada categoría de los valores obtenidos para ambos índices con los datos muestrales, observándose que el 63,2 % de los farmacéuticos muestrales ejercen su labor profesional en el medio rural según el índice IGROFE, mientras que con el índice MSU lo harían el 53,0 %.

Tabla 19. Categorías y frecuencias de los índices IGROFE y MSU (n=147)

Categorías	Intervalos categorías		Frecuencias (%)	
	IGROFE	MSU	IGROFE	MSU
1		2-3		0,7
2	1-2	1-2	6,1	15,6
3	0-1	0-1	57,1	36,7
4	(-1)-0	(-1)-0	15,0	25,9
5	(-2)-(-1)	(-2)-(-1)	17,0	21,1
6	(-3)-(-2)		4,8	

Finalmente, se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson entre los valores de ambos índices obteniéndose un valor de 0,904 ( $p < 0,01$ ), lo que indica una buena expresión del grado de ruralidad por parte del índice desarrollado IGROFE, y por lo tanto presenta una buena fiabilidad.

#### **5.3.4. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y las variables que lo definen.**

Para profundizar más en la contribución de cada una de las cinco variables que definen el índice IGROFE, se realizó un análisis de la varianza simple para cada una de ellas, obteniéndose las diferencias entre las categorías de cada variable que se indican en la Tabla 20.

Tabla 20. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y las variables que lo definen

Categorías IGROFE	Media (DE)	Valor mínimo	Valor máximo
Población municipio			
1-2	309,67 (73,40)* <sup>a</sup>	236,0	463,0
0-1	673,18 (391,40)* <sup>b</sup>	88,0	2035,0
(-1)-0	1983,68 (778,56)* <sup>a,b</sup>	917,0	4310,0
(-2)-(-1)	2857,44 (673,39)* <sup>a,b</sup>	1790,0	4060,0
(-3)-(-2)	4138,43 (534,33)* <sup>a,b</sup>	3496,0	4865,0
Distancia (km) al centro de urgencias más cercano			
1-2	15,78 (5,99)* <sup>a,b,c</sup>	8,0	25,0
0-1	9,87 (5,68)* <sup>d,e,f</sup>	0,0	28,0
(-1)-0	5,45 (8,05)* <sup>a,d</sup>	0,0	30,0
(-2)-(-1)	3,44 (6,62)* <sup>b,e</sup>	0,0	22,0
(-3)-(-2)	0,0 (0,00)* <sup>c,f</sup>	0,0	0,0
Distancia (km) al hospital más cercano			
1-2	59,89 (19,95)* <sup>a,b,c,d</sup>	32,0	90,0
0-1	33,62 (18,94)* <sup>a</sup>	4,0	120,0
(-1)-0	30,91 (24,07)* <sup>b</sup>	8,0	125,0
(-2)-(-1)	32,72 (17,50)* <sup>c</sup>	4,0	63,0
(-3)-(-2)	30,57 (16,13)* <sup>d</sup>	12,0	53,0
Número de médicos			
1-2	1,00 (0,00)* <sup>a,b</sup>	1	1
0-1	1,02 (0,15)* <sup>c,d</sup>	1	2
(-1)-0	1,77 (1,48)* <sup>c,e</sup>	1	8
(-2)-(-1)	2,92 (1,32)* <sup>a,c</sup>	1	7
(-3)-(-2)	3,57 (1,27)* <sup>b,d,e</sup>	2	6
Número de especialistas			
1-2	0,02 (0,07)* <sup>a,b,c</sup>	0	0,2
0-1	0,26 (0,12) * <sup>d,e</sup>	0	1,0
(-1)-0	0,35 (0,46)* <sup>a,d,e</sup>	0	1,0
(-2)-(-1)	0,74 (0,43)* <sup>b,e</sup>	0	1,0
(-3)-(-2)	1,00 (0,00)* <sup>c,d</sup>	1,0	1,0

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05

### 5.3.5. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y variables relacionadas con la atención farmacéutica.

En las Tablas 21 y 22 se muestra el resultado del análisis de la varianza simple entre el índice de ruralidad IGROFE y las variables más significativas de atención farmacéutica.

Tabla 21. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y variables relacionadas con la atención farmacéutica. Parte 1.

Categorías IGROFE	Media (DE)	Valor mínimo	Valor máximo
<b>Dispensación de medicamentos al día por cada mil habitantes</b>			
1-2	73,03 (31,59)	21,20	115,94
0-1	79,83 (46,18)*. <sup>a</sup>	9,40	227,27
(-1)-0	77,77 (56,63)	17,97	251,84
(-2)-(-1)	46,47 (39,05) *. <sup>a</sup>	11,68	167,60
(-3)-(-2)	63,58 (33,60)	25,76	114,42
<b>Dispensación productos parafarmacia al día por cada mil habitantes</b>			
1-2	7,16 (13,04)	0,00	41,55
0-1	14,52 (10,69)	0,00	56,82
(-1)-0	9,39 (7,35)	,85	28,36
(-2)-(-1)	8,14 (7,61)	1,46	29,82
(-3)-(-2)	11,25 (7,23)	2,58	20,55
<b>Consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes</b>			
1-2	13,51 (8,65)	4,08	33,67
0-1	23,97 (26,73)	1,51	155,28
(-1)-0	22,68 (40,47)	4,44	199,37
(-2)-(-1)	16,38 (18,86)	2,26	83,80
(-3)-(-2)	17,59 (15,75)	1,29	42,79
<b>Consultas de medicamentos a la semana por cada mil habitantes</b>			
1-2	11,35 (10,25)	0,00	33,67
0-1	15,50 (20,50)	0,00	144,09
(-1)-0	18,66 (39,06)	0,68	179,61
(-2)-(-1)	8,72 (11,77)	0,00	55,87
(-3)-(-2)	5,10 (6,30)	0,00	17,12
<b>Consultas de salud a la semana por cada mil habitantes</b>			
1-2	5,86 (5,02)	0,00	16,84
0-1	6,02 (7,78)	0,00	43,23
(-1)-0	2,97 (2,36)	0,00	8,06
(-2)-(-1)	3,80 (4,06)	0,00	14,91
(-3)-(-2)	2,47 (2,84)	0,00	8,22

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente  
 Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05

Tabla 22. Relación entre el índice de ruralidad IGROFE y variables relacionadas con la atención farmacéutica. Parte 2.

Categorías IGROFE	Media (DE)	Valor mínimo	Valor máximo
<b>Número de Ayudas al Cumplimiento al año por cada mil habitantes</b>			
1-2	134,07 (243,68)	0,00	673,40
0-1	71,44 (185,48)	0,00	993,38
(-1)-0	24,00 (30,32)	0,00	109,05
(-2)-(-1)	117,74 (274,01)	0,00	949,72
(-3)-(-2)	25,82 (33,19)	0,00	85,58
<b>Número de Seguimientos Farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes</b>			
1-2	192,32 (391,15)*.a,b	0,00	1050,42
0-1	36,68 (101,91)*.a	0,00	689,66
(-1)-0	10,35 (13,33)*.b	0,00	41,97
(-2)-(-1)	45,94 (133,14)	0,00	643,29
(-3)-(-2)	7,22 (9,53)	0,00	26,16
<b>Número de Atenciones Domiciliarias al año por cada mil habitantes</b>			
1-2	94,50 (203,66)*.a,b	0,00	630,25
0-1	16,45 (82,17)	0,00	689,66
(-1)-0	1,76 (4,16)*.a	0,00	16,13
(-2)-(-1)	1,93 (7,54)*.b	0,00	37,06
(-3)-(-2)	1,17 (3,11)	0,00	8,22
<b>Número de Peso y Talla de bebés al año por cada mil habitantes</b>			
1-2	4,19 (6,52)	0,00	19,39
0-1	5,45 (8,96)*.a	0,00	54,47
(-1)-0	6,42 (6,41)	0,00	26,67
(-2)-(-1)	16,86 (32,00)*.a	0,00	143,35
(-3)-(-2)	7,40 (7,82)	0,00	20,02
<b>Número de Confección de Dietas al año por cada mil habitantes</b>			
1-2	1,74 (5,22)	0,00	15,67
0-1	0,81 (2,81)	0,00	14,01
(-1)-0	5,96 (19,36)	0,00	88,89
(-2)-(-1)	13,39 (57,14)	0,00	286,70
(-3)-(-2)	33,63 (88,98)	0,00	235,42
<b>Número de intervenciones en el programa de Deshabitación Tabáquica al año por cada mil habitantes</b>			
1-2	1,44 (3,21)	0,00	9,40
0-1	1,44 (6,19)	0,00	51,41
(-1)-0	1,77 (6,73)	0,00	31,63
(-2)-(-1)	0,36 (1,04)	0,00	4,10
(-3)-(-2)	2,67 (6,40)	0,00	17,12

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente  
 Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05

#### ***5.4. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS FARMACÉUTICOS DE LA MUESTRA.***

##### **5.4.1. Validación del cuestionario MBI para su aplicación en farmacéuticos de oficina de farmacia rural en España.**

Como se ha indicado en la metodología, se ha realizado un Análisis Factorial para validar que los 22 ítems del cuestionario MBI se pueden reducir a tres factores que se corresponden con las tres subescalas del MBI, en farmacéuticos de oficina de farmacia rural en España. Para ello se ha utilizado el método de análisis factorial de factorización de ejes principales con rotación ortogonal mediante el método Varimax para la extracción de 3 factores. Previamente a la realización del análisis se han calculado los estadísticos de adecuación de los datos muestrales a la aplicación de este tipo de análisis. El determinante de la matriz de correlaciones fue de 3,22E-06, y el estadístico *KMO* de la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 0,867 ( $p=0,000<0,01$ ), por lo que se corrobora una adecuación muestral de los datos para el análisis factorial.

En la Tabla 23 se muestra la varianza explicada por los autovalores del modelo de análisis factorial obtenido. Como se puede observar los 4 primeros autovalores presentan valores mayores a 1, por lo que si se utilizase el método del gráfico de sedimentación para determinar el número de factores significativos se deberían adoptar estos primeros 4 factores, sin embargo se ha optado por el modelo de 3 factores ya que explica mejor la correlación de cada ítems del MBI con cada factor. La varianza total explicada por los tres primeros factores es del 55,472%, siendo el primero el que mayor porcentaje de varianza explica con un 35,448%, seguido del segundo con un 8,902% y el tercero con el 4,658%.

Tabla 23. Comunalidades de las variables para la solución inicial y la rotada

Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% de la varianza
1	8,250	37,498	37,498	7,799	35,448	35,448	3,745	17,023	17,023
2	2,472	11,235	48,733	1,958	8,902	44,350	3,522	16,009	33,032
3	1,483	6,739	55,472	1,025	4,658	49,008	3,515	15,976	49,008
4	1,105	5,021	60,493						
5	0,942	4,283	64,776						
6	0,883	4,012	68,787						
7	0,828	3,763	72,550						
8	0,775	3,524	76,074						
9	0,661	3,005	79,079						
10	0,636	2,889	81,968						
11	0,593	2,694	84,663						
12	0,525	2,385	87,048						
13	0,490	2,226	89,275						
14	0,420	1,908	91,182						
15	0,362	1,647	92,829						
16	0,339	1,540	94,369						
17	0,300	1,362	95,731						
18	0,273	1,239	96,970						
19	0,245	1,114	98,084						
20	0,155	0,706	98,790						
21	0,143	0,648	99,439						
22	,123	,561	100,000						

En la Tabla 24 se muestran las comunalidades de las variables (22 ítems del MBI) para la solución inicial y la rotada para el modelo de Análisis Factorial.

En la Tabla 25 se muestran las cargas factoriales o saturaciones de la solución inicial y la rotada de las variables (ítems) sobre cada factor. Para la interpretación de las cargas factoriales sobre cada factor, siguiendo a Hair (1999) se consideran las cargas factoriales significativas para un tamaño muestral de 147 si son superiores a 0,4. Se observa en la Tabla 25 como la solución inicial no es adecuada ya que cargan de forma significativa prácticamente todos los ítems sobre el Factor 1, por lo que es necesario realizar la rotación. Sin embargo, en la solución rotada se observa como sobre el Factor 1 cargan los ítems de la subescala Cansancio Emocional del MBI 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 (en color rojo) con cargas superiores a 0,4, presentando cargas inferiores a 0,4 con los Factores 2 y 3, excepto los ítems 6 y 16 que cargan con cargas más grandes sobre el Factor 2 que sobre el Factor 1, sin embargo la diferencia de cargas de ambos ítems para ambos

factores es pequeña, por lo que al ser mayor de 0,4 la carga sobre el Factor 1 se puede considerar que ambos ítems cargan sobre el Factor 1. Esta carga parecida sobre los Factores 1 y 2 de los ítems 6 y 16 indica que ambos se encuentran muy correlacionados, en concreto presentan el mayor coeficiente de correlación entre todos los ítems con un valor de 0,767.

Tabla 24. Comunalidades de las variables para la solución inicial y rotada del modelo de Análisis Factorial

<b>Variables (ítems MBI)</b>	<b>Inicial</b>	<b>Rotada</b>
Ítem 1	0,664	0,517
Ítem 2	0,309	0,214
Ítem 3	0,630	0,546
Ítem 4	0,424	0,249
Ítem 5	0,425	0,399
Ítem 6	0,727	0,614
Ítem 7	0,372	0,398
Ítem 8	0,781	0,858
Ítem 9	0,513	0,431
Ítem 10	0,559	0,513
Ítem 11	0,544	0,445
Ítem 12	0,294	0,255
Ítem 13	0,753	0,641
Ítem 14	0,455	0,373
Ítem 15	0,548	0,544
Ítem 16	0,728	0,639
Ítem 17	0,482	0,393
Ítem 18	0,725	0,719
Ítem 19	0,726	0,654
Ítem 20	0,680	0,601
Ítem 21	0,553	0,535
Ítem 22	0,345	0,244

Asimismo, sobre el Factor 2 además de los indicados ítems 6 y 16 cargan con cargas superiores a 0,4 los ítems de la subescala de Despersonalización del MBI 5, 10, 11, 15 y 22 (en color azul), no presentando estos 5 ítems cargas superiores a 0,4 con ningún otro factor. Por último, sobre el Factor 3 cargan con cargas superiores a 0,4 los ítems de la subescala de Realización Personal del MBI 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 (en color verde), no presentando estos 8 ítems cargas superiores a 0,4 con ningún otro factor. Por todo ello, quedan validadas las tres

subescalas del MBI para determinar el síndrome de *burnout* con los datos muestrales.

Tabla 25. Cargas factoriales de las soluciones inicial y rotada de las variables sobre cada factor

Variables (ítems MBI)	Solución inicial			Solución rotada		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Ítem 1	0,690	0,072	0,187	0,581	0,297	-0,302
Ítem 2	0,316	0,257	0,219	0,446	0,112	0,049
Ítem 3	0,724	0,060	0,139	0,564	0,349	-0,327
Ítem 4	-0,426	0,221	0,134	-0,083	-0,279	0,405
Ítem 5	0,510	0,220	-0,301	0,198	0,597	-0,065
Ítem 6	0,752	0,182	-0,127	0,450	0,600	-0,228
Ítem 7	-0,248	0,570	-0,106	0,003	0,118	0,620
Ítem 8	0,769	0,231	0,462	0,879	0,195	-0,216
Ítem 9	-0,425	0,487	-0,113	-0,143	-0,010	0,641
Ítem 10	0,579	0,252	-0,337	0,229	0,675	-0,071
Ítem 11	0,586	0,302	-0,103	0,412	0,523	-0,041
Ítem 12	-0,363	0,339	-0,091	-0,149	-0,038	0,481
Ítem 13	0,780	0,054	0,171	0,618	0,356	-0,363
Ítem 14	0,529	0,200	0,231	0,563	0,211	-0,111
Ítem 15	0,595	0,186	-0,394	0,174	0,704	-0,134
Ítem 16	0,762	0,203	-0,131	0,462	0,616	-0,216
Ítem 17	-0,576	0,242	0,059	-0,218	-0,307	0,502
Ítem 18	-0,615	0,488	0,320	0,033	-0,440	0,724
Ítem 19	-0,615	0,521	0,067	-0,125	-0,244	0,761
Ítem 20	0,724	0,215	0,172	0,649	0,375	-0,196
Ítem 21	-0,629	0,349	-0,134	-0,339	-0,161	0,628
Ítem 22	0,464	0,113	-0,125	0,246	0,405	-0,138

En la Tabla 26 se expone la matriz de transformación de los factores del modelo de Análisis Factorial realizado.

Tabla 26. Matriz de transformación de los factores del modelo de Análisis Factorial

Factor	1	2	3
1	0,616	0,595	-0,516
2	0,400	0,329	0,856
3	0,679	-0,734	-0,036

Finalmente, con relación a la consistencia interna de las subescalas utilizadas según el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), la de Cansancio Emocional es la que tiene la

consistencia interna o fiabilidad mayor ( $\alpha = 0,897$ ), seguida de la escala de Realización Personal ( $\alpha = 0,838$ ) y de Despersonalización ( $\alpha = 0,781$ ). Por otra parte, se observa una mayor correlación entre la subescala de Realización Personal con la de Cansancio Emocional que con la de Despersonalización, ya que sus coeficientes de correlación de Pearson son  $-0,501$  y  $-0,364$  respectivamente. Asimismo, la correlación entre las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización es mayor que las anteriores, con un coeficiente de correlación de Pearson de  $0,654$ .

#### **5.4.2. Análisis descriptivo de las tres subescalas del cuestionario MBI.**

Los resultados del análisis descriptivo de los 22 ítems del cuestionario MBI se han expuesto en el epígrafe 5.2.6.

En la Tabla 27 se muestra el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas mediante el cuestionario MBI de las tres subescalas del síndrome de *burnout* para los farmacéuticos de la muestra, así como la distribución de frecuencias para cada uno de los tres niveles, bajo, medio, y alto, para cada una de las tres subescalas.

La puntuación de la subescala de Cansancio emocional presenta un rango de entre 0 y 54, una media de  $16,4$  ( $DE= 11,7$ ) lo que indica un nivel medio, por lo que hay farmacéuticos de la muestra que presentan la puntuación máxima de esta subescala, sin embargo el nivel es bajo en el  $59,8\%$  y alto en el  $21,8\%$ . En lo que respecta a la subescala de Despersonalización la puntuación presenta un rango de entre 0 y 30, una media de  $5,4$  ( $DE= 5,6$ ) lo que indica un nivel medio, por lo que hay farmacéuticos de la muestra que también presentan la puntuación máxima de esta subescala, pero sin embargo el nivel es bajo en el  $51,7\%$  y alto en el  $20,4\%$ . Finalmente, para la subescala de Realización personal la puntuación presenta un rango de entre 13 y 48, una media de  $36,2$  ( $DE= 9,3$ ) lo que indica un nivel medio, presentando un nivel bajo el  $40,8\%$  y alto el  $44,9\%$ . Por todo ello, para la globalidad de la muestra se puede afirmar que los farmacéuticos no se encuentran sometidos a un nivel alto del síndrome de *burnout*, pero sin embargo, existe un  $9,52\%$  ( $n=14$ ) de los mismos que presentan niveles altos en las subescalas de

Cansancio emocional y Despersonalización y nivel bajo en la de Realización personal, lo cual indica que sí presentan el síndrome de *burnout*.

Tabla 27. Análisis descriptivo de las tres subescalas del síndrome de *burnout*

Subescala	Descripción Valor	Valor	N	(%)
Cansancio Emocional	Máxima puntuación	54		
	Media (DE)	16,4 (11,7)		
	Rango	0 - 54		
	Bajo	≤15	88	59,8
	Medio	16 - 24	27	18,4
	Alto	≥25	32	21,8
Despersonalización	Máxima puntuación	30		
	Media (DE)	5,4 (5,6)		
	Rango	0 - 30		
	Bajo	≤3	76	51,7
	Medio	4 - 8	41	27,9
	Alto	≥9	30	20,4
Realización Personal	Máxima puntuación	48		
	Media (DE)	36,2 (9,3)		
	Rango	13 - 48		
	Bajo	≤35	60	40,8
	Medio	36 - 39	21	14,3
	Alto	≥40	66	44,9

### 5.4.3. Relación entre el síndrome de *burnout* que padecen los farmacéuticos y las variables muestrales.

#### 5.4.3.1. Subescala de Cansancio Emocional.

Como se muestra en la Tabla 28, mediante análisis de la varianza simple (ANOVA), solamente se han obtenido diferencias significativas de las medias para la subescala de Cansancio Emocional en la variable *Comunidad autónoma*, de forma que Aragón dispone valores elevados con una media de 30,56 (DE= 14,67) presentando diferencias significativas frente a las comunidades de Castilla La Mancha con una media de 12,53 (DE= 8,81) y la Comunidad Valenciana con una media de 11,70 (DE= 11,48). Por otra parte, la comunidad autónoma con mayor puntuación, inmediatamente por encima de Aragón, es Murcia con una media de 39,00 (DE= 2,12).

Tabla 28. Relación entre la subescala de Cansancio Emocional del síndrome de *burnout* y la variable muestral *comunidad autónoma*

<b>Variables</b>	<b>Cansancio Emocional (media (DE))</b>
<b><i>Comunidad autónoma</i></b>	
Andalucía	15,87 ( 8,93)
Aragón	30,56 (14,67)*.a,b
Asturias	18,75 ( 7,98)
Baleares	14,25 ( 5,30)
Canarias	
Cantabria	11,10 ( 5,77)
Castilla-León	16,45 (11,63)
Castilla-La Mancha	12,53 ( 8,81)*.a
Cataluña	19,20 (13,70)
Comunidad Valenciana	11,70 (11,48)*.b
Extremadura	14,55 (12,73)
Galicia	18,21 (10,23)
Madrid	2,00 (-)
Murcia	39,00 ( 2,12)
Navarra	13,71 ( 9,06)
País Vasco	14,14(13,07)
Rioja	18,00(-)

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05

#### **5.4.3.2. Subescala de Despersonalización.**

Mediante análisis de la varianza simple (ANOVA), resultaron diferencias estadísticamente significativas cuantificables en la subescala de Despersonalización con varias de las variables estudiadas (Tabla 29). Así, para la variable *Población del municipio*, se observa como los pueblos de hasta 500 habitantes, sus farmacéuticos presentan un nivel de Despersonalización menor que los de entre 3001 y 4000, presentando unas puntuaciones medias de 4,33 (DE= 5,14) y 9,75 (DE= 10,40) respectivamente.

En cuanto a la variable *Tipo de centro médico del municipio*, ha resultado un mayor nivel de Despersonalización en los farmacéuticos que ejercen en municipio con consultorio médico, con un valor medio de 7,27 (DE= 7,01), que los que lo hacen en municipio con centro de salud con un valor medio de 4,50 (DE= 4,68).

Tabla 29. Relación entre la subescala de Despersonalización del síndrome de *burnout* y las variables muestrales

<b>Variables</b>	<b>Despersonalización (media (DE))</b>
<b><i>Población municipio</i></b>	
≤ 500	4,33 (5,14)*.a
501-1000	4,75 (3,98)
1001- 2000	5,06 (5,21)
2001-3000	5,52 (3,94)
3001-4000	9,75 (10,40)*.a
4001-5000	8,00 (5,97)
<b><i>Tipo de centro médico del municipio</i></b>	
Centro de salud	4,50 (4,68)*.a
Consultorio médico	7,27(7,01)*.a
Dispensario	7,00(6,06)
<b><i>Número de médicos</i></b>	
0-1	4,66 (4,59)*.a
1-2	5,73 (5,62)
2-4	9,62 (9,25)*.a
4-6	3,00 (5,20)
6-8	7,50 (2,12)
<b><i>Número de pediatras</i></b>	
0-0,1	4,56 (4,42)*.a
0,1-0,6	9,43 (6,69)
0,6-1	7,27 (7,87)*.a
<b><i>Dispensaciones de productos de parafarmacia al día</i></b>	
≤5	4,15 (4,54)*.a
6-10	5,07 (4,34)*.b
11-20	5,63 (5,09)
>20	9,71 (9,37)*.a,b
<b><i>Facturación anual de la farmacia (€)</i></b>	
≤100000	2,40 (4,27)*.a
100001- 200000	4,31 (4,45)*.b
200001-300000	3,24 (2,46)*.c
300001-400000	6,88 (5,21)*.a
400001-500000	7,85 (9,49)*.a,b,c
500001-800000	6,27 (3,06)
800001-1000000	4,50 (5,13)
>1000000	12,00 ( - )

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente  
 Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05

Asimismo, para la variable *número de médicos que atienden al municipio donde ejerce el farmacéutico*, ha resultado mayor nivel de Despersonalización en los farmacéuticos que ejercen en municipio que es atendido por 2 a 4 médicos con un valor medio de 9,62 (DE=9,25) que los que ejercen en municipio atendido por un médico o menos, con un nivel medio de 4,66 (DE=59).

En cuanto a la variable *número de pediatras que atienden al municipio donde ejerce el farmacéutico* presentan significativamente más Despersonalización los farmacéuticos que ejercen en municipios atendidos por 0,6 a 1 pediatras (nivel medio de 7,27 (DE=7,87)) frente a los atendidos por 0,1 o menos pediatras (nivel medio de 4,56 (DE=4,42)).

Asimismo, para la variable *Dispensaciones de productos de parafarmacia al día*, presentan mayor nivel de Despersonalización, con un valor medio de 9,71 (DE= 9,37), los farmacéuticos que realizaron más de 20 dispensaciones, presentando diferencias significativas con respecto a los que realizaron hasta 5 dispensaciones con una media de 4,15 (DE= 4,54) y los que realizaron entre 6 y 10 dispensaciones, con una media de 5,07 (DE= 4,34). De igual modo, la variable *Facturación anual de la farmacia* presenta diferencias significativas con respecto al nivel de Despersonalización, así los farmacéuticos con una facturación anual entre 400001 y 500000 € presentan una puntuación media de Despersonalización de 7,85 (DE= 9,49), más grande significativamente que las de los farmacéuticos con una facturación anual de hasta 100000 €, entre 100001 y 200000, y entre 200001 y 300000 €, que arrojan puntuaciones medias de Despersonalización de 2,40 (DE= 4,27), 4,31 (DE= 4,45) y 3,24 (DE= 2,46) respectivamente. Así mismo, también existen diferencias significativas en la puntuación de Despersonalización entre los farmacéuticos con una facturación de hasta 100000 € y los que facturan entre 300001 y 400000 €, presentando estos últimos una puntuación media de 6,88 (DE= 5,21).

Asimismo, mediante el Análisis de la varianza, también se hallaron diferencias significativas para la subescala de Despersonalización, pero no cuantificables (por tener algunas variables un número de categorías menor a uno), entre las categorías de las siguientes variables: La variable que contempla si los farmacéuticos se sienten farmacéuticos rurales presentó una media de D de 4,8 (DE = 4,7) para los que sí se sienten rurales y para los que no una media de D de 9,7 (DE = 10,2).

Presentando una mayor D los farmacéuticos que contestaron que remedio, con una media de 15 (DE = 12,7), o los que sólo se sienten parcialmente rurales con una media de 15,5 (DE = 8,3). También la variable que evalúa el comportamiento del farmacéutico cuando tiene que realizar una consulta sobre terapéutica al médico cuando este se encuentra en la consulta en su horario de trabajo, de forma que presentan una D media de 10,9 (DE = 9,2) los farmacéuticos que mandan directamente al médico a los pacientes para que le solucione la consulta, mientras que los farmacéuticos que indican que van personalmente a consultarlo con el médico presentan una media de D de 4,4 (DE = 4,3).

#### **5.4.3.3. Subescala de Realización Personal.**

Mediante análisis de la varianza simple (ANOVA) y de la t-Student, resultaron diferencias estadísticamente significativas cuantificables en la subescala de Realización Personal con 3 de las variables estudiadas (Tabla 30).

En cuanto a la variable *número de pediatras que atienden al municipio donde ejerce el farmacéutico* presentan significativamente más Realización Personal los farmacéuticos que ejercen en municipios atendidos por 0,1 o menos pediatras (nivel medio de 37,50 (DE=9,07)) frente a los atendidos por 0,6 a 1 pediatras (nivel medio de 32,41 (DE=9,21)).

Asimismo, en cuanto a la variable *Relaciones personales del farmacéutico*, los farmacéuticos que viven en pareja presentan niveles mayores de Realización Personal que los que no lo hacen, así los primeros presentan una puntuación media de 37,02 (DE= 8,69) mientras que los segundos de 33,24 (DE= 10,77).

Por otra parte, también la variable *relación profesional del farmacéutico con el médico* es significativa, de forma que existen diferencias significativas en los niveles medios de Realización Personal entre los farmacéuticos que afirman que tienen unas relaciones cordiales con el médico, 36,63 (DE= 8,91), frente a los que indican que no existen, 22,50 (DE= 5,34). Asimismo, también hay diferencias significativas entre los farmacéuticos que afirman que no existen relaciones con el médico frente a los que afirman que disponen de unas relaciones familiares con el mismo, presentando estos últimos una puntuación media más alta de 39,95 (DE= 8,80).

Finalmente, mediante el Análisis de la varianza, también se hallaron diferencias significativas para la subescala de Realización Personal, pero no cuantificables (por tener algunas variables un número de categorías menor a uno), entre las categorías de la variable que evalúa el comportamiento del farmacéutico cuando tiene que realizar una consulta sobre terapéutica al médico cuando este se encuentra en la consulta en su horario de trabajo, de forma que presentan una RP media de 27,8 (DE = 10,5) los farmacéuticos que mandan directamente al paciente al médico para que le solucione la consulta, mientras que los farmacéuticos que indican que van personalmente a consultarlo con el médico presentan una media de 38,9 (DE = 8,2).

Tabla 30. Relación entre la subescala de Realización Personal del síndrome de *burnout* y las variables muestrales

<b>Variab</b> les	<b>Realización Personal</b> (media (DE))
<b><i>Número de pediatras</i></b>	
0-0,1	37,50 (9,07)*.a
0,1-0,6	34,71 (8,23)
0,6-1	32,41 (9,21)*.a
<b>Relaciones personales</b>	
Vives solo (soltero, divorciado, viudo)	33,24 (10,77)**.a
Vives en pareja	37,02 (8,69)**.a
<b>Relaciones profesionales con el médico</b>	
Cordiales	36,63 (8,91)*.a
No cordiales	39,00 (-)
No existen	22,50 (5,34)*.a,b
Relación familiar	39,95 (8,80)*.b

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05 Nivel de significación para las diferencias de medias con t-Student: \*\* p<0.05

#### 5.4.4. Relación entre el síndrome de *burnout* que padecen los farmacéuticos con los índices de ruralidad.

Como se muestra en la Tabla 31, mediante análisis de la varianza simple (ANOVA), se han obtenido diferencias significativas de las medias de las tres subescalas del *burnout* solamente con la de Despersonalización para las categorías de los índices de ruralidad IGROFE y MSU. En la indicada Tabla 31, se muestran

en rojo los intervalos de las categorías de ambos índices que indican carácter rural y en negro los que indican carácter urbano. De forma, que cuanto más positivos ambos índices mayor grado de ruralidad y cuanto más negativos mayor grado de urbanidad. Hay que notar que para el índice MSU debido a que solamente hay un elemento muestral que pertenezca a la categoría entre 2 y 3 no se ha podido determinar si presenta diferencias significativas cuantificables con las demás categorías mediante el Test post-hoc de Bonferroni, aunque sí presenta diferencias con el resto de categorías debido a que presenta una media de 0,00 para la D.

Tabla 31. Relación entre las subescalas del síndrome de *burnout* y los índices de ruralidad IGROFE y MSU

	<b>CE</b> (media (DE))	<b>D</b> (media (DE))	<b>RP</b> (media (DE))
<b><i>Índice IGROFE</i></b>			
1 – 2	18,50 (14,36)	5,00 (6,83)*.a	32,50 (10,23)
0 – 1	15,61 (11,61)	4,73 (4,50)*.b	37,52 (8,50)
(-1) – 0	13,57 (10,06)	3,89 (4,05)*.c	37,02 (10,38)
(-2) – (-1)	18,90 (9,72)	7,02 (5,52)	33,36 (9,47)
(-3) – (-2)	23,78 (17,59)	12,86(12,60)*.a,b,c	33,21 (11,00)
<b><i>Índice MSU</i></b>			
2 – 3	0,00 (-)	0,00 (-)	36,00 (-)
1 – 2	15,48 (11,36)	4,17 (4,12)	37,96 (6,95)
0 – 1	14,83 (11,32)	4,80 (5,00)*.a	37,22 (6,67)
(-1) – 0	16,18 (11,04)	4,70 (4,92)*.b	35,60 (9,24)
(-2) – (-1)	20,76 (12,57)	8,37 (7,44)*.a,b	33,97 (10,08)

Letras iguales en distintos factores indican diferencias de medias significativas estadísticamente Nivel de significación para las diferencias de medias con el Test post-hoc de Bonferroni: \* p<0.05

### ***5.5. RELACIONES ENTRE EL DESGASTE PROFESIONAL DE LOS FARMACÉUTICOS, LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA QUE PRESTAN, EL GRADO DE RURALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA Y OTRAS VARIABLES.***

Como se indica en la metodología, para relacionar las variables de atención farmacéutica y otras variables estudiadas con el desgaste profesional que sufre el farmacéutico y el grado de ruralidad de la oficina de farmacia donde ejerce su labor profesional, se ha realizado un Análisis de Correspondencias Múltiples con

las variables que han sido significativas en los epígrafes anteriores, las cuales junto a sus categorías y nomenclatura se muestran en las Tablas 32, 32 y 34.

Mediante el análisis de correspondencias múltiple se obtuvo un modelo factorial de 2 dimensiones significativas, de forma que la primera explica el 23,8 % de la varianza con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,897 y un autovalor de 7,626, y la segunda dimensión explica el 13,1 % de la varianza con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,786 y un autovalor de 4,186, de manera que para el conjunto del modelo factorial la media de la varianza explicada es del 18,5 %, el coeficiente medio de  $\alpha$  de Cronbach vale 0,857 y el autovalor medio de 5,906, por lo que la fiabilidad del modelo es buena.

En la Tabla 35 se muestran las medidas de discriminación de cada variable respecto a cada una de las dos dimensiones del modelo y la media; como se puede apreciar la variable líder en el *ranking* de variables explicativas de la varianza del modelo homogeneizador es el *índice de ruralidad MSU*, ya que presenta la discriminación más alta (0,644), seguidas en orden de explicación descendente por el *índice de ruralidad IGROFE* (0,476), *la población del municipio* (0,474), *número de médicos que atienden a los habitantes del municipio donde se emplaza la farmacia* (0,397) y *tipo de centro médico del municipio* (0,333). Y las variables menos explicativas del modelo son *relaciones personales del farmacéutico* (0,004), *sexo del farmacéutico* (0,025), *Cansancio Emocional* (0,030) y *Realización Personal* (0,032). En cuanto a la discriminación en ambas dimensiones, la primera dimensión presenta discriminaciones grandes con el *índice de ruralidad IGROFE* (0,839), *índice de ruralidad MSU* (0,834), *población del municipio* (0,825) y el *número de médicos* (0,710), mientras que la dimensión 2 presenta discriminaciones más pequeñas que la dimensión 1, destacando de mayor a menor, el *índice de ruralidad MSU* (0,455), *Número de Ayudas al Cumplimiento al año por cada mil habitantes* (0,420), *Número de Seguimientos Farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes* (0,345), *Número de Peso y Talla de bebés al año por cada mil habitantes* (0,313) y *Número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes* (0,305), siendo la que menos explica esta dimensión 2 la variable *Relaciones*

*personales del farmacéutico* (0,000). Sin embargo, la dimensión 2 presenta mayores discriminaciones con respecto a la dimensión 1 para las siguientes variables en orden decreciente de discriminación: *Número de Ayudas al Cumplimiento al año por cada mil habitantes* (0,420), *Número de Peso y Talla de bebés al año por cada mil habitantes* (0,313), *Número de intervenciones en el programa de Deshabitación Tabáquica al por cada mil habitantes* (0,289), *Dispensación de medicamentos al día por cada mil habitantes* (0,305) y *Número de Seguimientos Farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes* (0,345). Como se puede observar la dimensión 2 discrimina más que la dimensión 1 con variables de atención farmacéutica.

Cada medida de discriminación coincide con la varianza de las coordenadas sobre cada dimensión de las modalidades de cada variable, de modo que aquellas variables que sus modalidades tengan coordenadas sobre una dimensión diferentes entre sí, presentarán sobre dicha dimensión elevadas medidas de discriminación.

Asimismo, medidas de discriminación similares de una variable en las dos dimensiones reflejan dificultades de asignación de la misma a una dimensión dada. Lo ideal es que una variable tenga un valor alto en una sola dimensión y bajo en otra, como ocurre con las variables: *Índice de ruralidad IGROFE*, *Población del municipio*, *Número de médicos*, *Tipo de centro médico del municipio* y *Número de pediatras*, que están más correlacionadas con la dimensión 1, y por ello esta dimensión discrimina mejor las categorías de estas variables, sin embargo no hay variables que discriminen claramente la dimensión 2, aunque la discriminan un poco las variables *Índice de ruralidad MSU*, *Número de ayudas al cumplimiento al año por cada mil habitantes* y *Número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes*.

El modelo del Análisis de Correspondencias Múltiple realizado, permite identificar las categorías de cada variable que más discriminación de los objetos

(farmacéuticos de la muestra) realiza, y por ello, las más importantes, para ello, se obtienen las cuantificaciones de las variables y se representan en un plano factorial en el que los ejes son las 2 dimensiones del modelo, representado en la Figura 1. Las cuantificaciones de las categorías son el promedio de las puntuaciones de los objetos de la misma categoría. Hay que notar que en la Figura 1 no aparece la nomenclatura de varias categorías de variables, debido a la imposibilidad material de espacio para indicarlo en el plano factorial. Por ello, para poder situarlas en el plano factorial (Figura 1), se indican a continuación las cuantificaciones respecto de la dimensión 1 y 2 respectivamente para estas categorías. Las categorías *S* (-0,177, 0,033) y *EP* (0,051, -0,008) de la variable *Relaciones personales del farmacéutico*, las categorías *E2* (-0,307, 0,204) y *E3* (0,032, -0,124) de la variable *edad*, la categoría *A4* (-0,181, 0,015) de la variable *años trabajados*, la categoría *DP4* (-1,808, 6,225) de la variable *Número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes*, la categoría *M2* (-0,123, -0,095) de la variable *Número de consultas de medicamentos a la semana por cada mil habitantes*, las categorías *V1* (-0,401, -0,018) y *V2* (-0,460, 0,163) de la variable *Organización de las vacaciones por el farmacéutico*, la categoría *RI* (0,026, -0,067) de la variable *relaciones del farmacéutico con el médico*, la categoría *RP3* (-0,209, 0,021) de la variable *Realización Personal*, la categoría *ESI* (-0,417, -0,090) de la variable *Número de Especialistas*, la categoría *AC3* (0,317, -0,174) de la variable *Número de Ayudas al Cumplimiento al año por cada mil habitantes*, la categoría *SF2* (0,054, -0,128) de la variable *Número de Seguimientos Farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes*, la categoría *ADI* (0,120, -0,196) de la variable *Número de Atenciones Domiciliarias al año por cada mil habitantes*, la categoría *PTI* (-0,112, -0,268) de la variable *Número de Peso y Talla de bebés al año por cada mil habitantes*, categoría *CDI* (-0,015, -0,134) de la variable *Número de Confección de Dietas al año por cada mil habitantes* y la categoría *DTI* (0,029, -0,101) de la variable *Número de intervenciones en el programa de Deshabitación Tabáquica al año por cada mil habitantes*.

Tabla 32. Nomenclatura de las categorías de las variables analizadas en el Análisis de Correspondencias Múltiple. Parte 1

Variables	Categorías
<b>Sexo farmacéutico</b>	
Hombre	X
Mujer	Y
<b>Relaciones personales farmacéutico</b>	
Soltero, divorciado, viudo	S
En pareja	EP
<b>Edad farmacéutico en años</b>	
≤35	E1
36-45	E2
46-55	E3
≥56	E4
<b>Número de hijos del farmacéutico</b>	
0	H0
1	H1
2	H2
>2	H3
<b>Tipo centro médico municipio</b>	
Centro de salud	Z1
Consultorio médico	Z2
Dispensario	Z3
<b>Población del municipio</b>	
≤1000	P1
1001-2000	P2
2001-3000	P3
3001-4000	P4
4001-5000	P5
<b>Años trabajados por el farmacéutico</b>	
≤4	A1
5-9	A2
10-14	A3
15-19	A4
20-29	A5
≥30	A6
<b>Dispensación de medicamentos al día por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	DM1
6-10	DM2
11-50	DM3
>50	DM4
<b>Dispensación productos parafarmacia al día por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	DP1
6-10	DP2
11-50	DP3
>50	DP4
<b>Consultas de indicación a la semana por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	I1
6-10	I2
11-50	I3
>50	I4
<b>Consultas de medicamentos a la semana por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	M1
6-10	M2
11-50	M3
>50	M4
<b>Consultas de salud a la semana por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	S1
6-10	S2
11-50	S3
>50	S4
<b>Guardias al año</b>	
0	G1
1-50	G2
51-100	G3
101-200	G4
>200	G5

Tabla 33. Nomenclatura de las categorías de las variables analizadas en el Análisis de Correspondencias Múltiple. Parte 2

Variables	Categorías
<b>Número de Ayudas al Cumplimiento al año por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	<b>AC1</b>
6-10	<b>AC2</b>
11-50	<b>AC3</b>
>50	<b>AC4</b>
<b>Número de Seguimientos Farmacoterapéuticos al año por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	<b>SF1</b>
6-10	<b>SF2</b>
11-50	<b>SF3</b>
>50	<b>SF4</b>
<b>Número de Atenciones Domiciliarias al año por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	<b>AD1</b>
6-10	<b>AD2</b>
11-50	<b>AD3</b>
>50	<b>AD4</b>
<b>Número de Peso y Talla de bebés al año por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	<b>PT1</b>
6-10	<b>PT2</b>
11-50	<b>PT3</b>
>50	<b>PT4</b>
<b>Número de Confección de Dietas al año por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	<b>CD1</b>
6-10	<b>CD2</b>
11-50	<b>CD3</b>
>50	<b>CD4</b>
<b>Número de intervenciones en el programa de Deshabitación Tabáquica al año por cada 1000 habitantes</b>	
≤5	<b>DT1</b>
6-10	<b>DT2</b>
11-50	<b>DT3</b>
>50	<b>DT4</b>
<b>Índice de ruralidad IGROFE</b>	
1-2	<b>2</b>
0-1	<b>3</b>
(-1)-0	<b>4</b>
(-2)-(-1)	<b>5</b>
(-3)-(-2)	<b>6</b>
<b>Índice de ruralidad MSU</b>	
2-3	<b>1</b>
1-2	<b>2</b>
0-1	<b>3</b>
(-1)-0	<b>4</b>
(-2)-(-1)	<b>5</b>

Tabla 34. Nomenclatura de las categorías de las variables analizadas en el Análisis de Correspondencias Múltiple. Parte 3

Variables	Categorías
<b>Facturación anual de la farmacia (€)</b>	
≤100000	<b>F1</b>
100001- 200000	<b>F2</b>
200001-400000	<b>F3</b>
400001-500000	<b>F4</b>
500001-800000	<b>F5</b>
>800000	<b>F6</b>
<b>Organización de las vacaciones por el farmacéutico</b>	
No toma vacaciones	<b>V1</b>
Cierra por vacaciones	<b>V2</b>
Contrata a un farmacéutico sustituto	<b>V3</b>
Se queda un farmacéutico adjunto de plantilla o deja solo al personal auxiliar	<b>V4</b>
Coordina con otras farmacias de alrededor, Contrata sustituto si lo encuentra y si no se queda el auxiliar	<b>V5</b>
<b>Relaciones del farmacéutico con el médico</b>	
Cordiales	<b>R1</b>
No cordiales	<b>R2</b>
No existen	<b>R3</b>
Relación familiar	<b>R4</b>
<b>Horas trabajadas a la semana</b>	
<35	<b>T1</b>
35-40	<b>T2</b>
41-45	<b>T3</b>
46-50	<b>T4</b>
>50	<b>T5</b>
<b>Número de pediatras</b>	
0-0,1	<b>ES1</b>
0,1-0,6	<b>ES2</b>
0,6-1	<b>ES3</b>
<b>Número de médicos</b>	
0-1	<b>NM1</b>
1-2	<b>NM2</b>
2-4	<b>NM3</b>
4-6	<b>NM4</b>
6-8	<b>NM5</b>
<b>Distancia (km) al centro de urgencias más próximo</b>	
0-5	<b>DU1</b>
5-10	<b>DU2</b>
10-15	<b>DU3</b>
15-20	<b>DU4</b>
20-25	<b>DU5</b>
>25	<b>DU6</b>
<b>Distancia (km) al hospital más próximo</b>	
0-10	<b>DH1</b>
10-40	<b>DH2</b>
40-80	<b>DH3</b>
>80	<b>DH4</b>
<b>Cansancio o Agotamiento Emocional (CE)</b>	
Nivel bajo	<b>A1</b>
Nivel medio	<b>A2</b>
Nivel alto	<b>A3</b>
<b>Despersonalización (D)</b>	
Nivel bajo	<b>D1</b>
Nivel medio	<b>D2</b>
Nivel alto	<b>D3</b>
<b>Realización Personal (RP)</b>	
Nivel bajo	<b>RP1</b>
Nivel medio	<b>RP2</b>
Nivel alto	<b>RP3</b>

Tabla 35. Medidas de discriminación de las variables

<b>Variab</b> les	<b>Dimensión 1</b>	<b>Dimensión 2</b>	<b>Media</b>
Sexo del farmacéutico	0,004	0,046	0,025
Relaciones personales del farmacéutico	0,009	0,000	0,004
Edad del farmacéutico en años	0,112	0,034	0,073
Número de hijos del farmacéutico	0,096	0,052	0,074
Tipo centro médico municipio	0,622	0,045	0,333
Población del municipio	0,825	0,124	0,474
Años trabajados por el farmacéutico	0,242	0,051	0,146
Dispensación de medicamentos al día por cada mil habitantes	0,185	0,018	0,102
Dispensación de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes	0,089	0,305	0,197
Consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes	0,074	0,150	0,112
Consultas de medicamentos a la semana por cada mil habitantes	0,169	0,142	0,155
Consultas de salud a la semana por cada mil habitantes	0,128	0,187	0,157
Guardias al año	0,129	0,076	0,102
Número de Ayudas al Cumplimiento al año por habitante por cada mil habitantes	0,037	0,420	0,229
Número de Seguimientos Farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes	0,127	0,345	0,236
Número de Atenciones Domiciliarias al año por cada mil habitantes	0,108	0,257	0,182
Número de Peso y Talla de bebés al año por cada mil habitantes	0,023	0,313	0,168
Número de Confección de Dietas al año por cada mil habitantes	0,052	0,160	0,106
Número de intervenciones en el programa de Deshabitación tabáquica al año por cada mil habitantes	0,031	0,289	0,160
Índice de ruralidad IGROFE	0,839	0,112	0,476
Índice de ruralidad MSU	0,834	0,455	0,644
Facturación anual de la farmacia (€)	0,441	0,129	0,285
Organización de las vacaciones por el farmacéutico	0,333	0,007	0,170
Relaciones del farmacéutico con el médico	0,017	0,128	0,072
Horas trabajadas a la semana	0,352	0,064	0,208
Número de pediatras	0,523	0,022	0,272
Número de médicos	0,710	0,084	0,397
Distancia (km) al centro de urgencias más próximo	0,352	0,047	0,199
Distancia (km) al hospital más próximo	0,014	0,084	0,049
Cansancio o Agotamiento Emocional (CE)	0,058	0,001	0,030
Despersonalización (D)	0,057	0,011	0,034
Realización Personal (RP)	0,037	0,028	0,032



**CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN**

## 6. DISCUSIÓN.

### **6.1. ESTRUCTURA DE LA MUESTRA Y TASA DE MUESTREO.**

La tasa de respuesta del muestreo realizado es del orden a la obtenida en otros trabajos (30-35%) (Health Services Research Group, 1992; Gupchup et al., 1998; Pérez y Díaz, 2007), y el sesgo de no respuesta similar al que se obtuvo en una encuesta postal realizada a farmacéuticos de oficina de farmacia en USA (Gupchup et al., 1998).

El presente estudio es de gran relevancia, ya que no se ha encontrado ningún otro que verse sobre la relación de la actividad profesional del farmacéutico comunitario en España en el medio rural, el grado de ruralidad de la oficina de farmacia y su posible afección por el síndrome de *burnout*. Así, en España, hay un trabajo que estudia la prevalencia del *burnout* en farmacéuticos de atención primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) (Pérez y Díaz, 2007), pero no en oficina de farmacia.

### **6.2. CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE LOS FARMACÉUTICOS DE OFICINA RURAL DE ESPAÑA.**

Las características del perfil medio del farmacéutico de la muestra, consiste en farmacéuticos de ambos sexos, aunque hay un porcentaje mayor de mujeres (53,1% frente a 46,9%), con una edad media de 48,6 años con el 40,1% de ellos con una edad comprendida entre 46 y 55 años, que viven en pareja (78,9%) y con una media de 1,6 hijos, poseyendo 2 hijos el 37,4%, y ejercen su labor profesional en pueblos de menos de 1000 habitantes (55,1%), facturando al año una media de 342233,0 €.

Este perfil del farmacéutico se muestra diferente al de los farmacéuticos que ejercen en oficina de farmacia en USA (Gupchup et al., 1998), ya que los farmacéuticos son predominantemente de sexo masculino (68,7%), con una edad comprendida entre 36 y 45 años (45,8%), y viven en pareja (88,0%) con dos hijos el 32,5% de ellos y con tres hijos o más el 28,9%, y disponen de un salario anual de 60000 dólares o más el 40,2% y menos de 50000 dólares el 35,4%. Asimismo, los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS (Pérez y Díaz, 2007) son más jóvenes que los muestrales, ya que presentan una media de edad de 34,4 (DE= 3,53) años, predomina el sexo femenino (85,7%), y viven en pareja (61,9%). Por lo que tampoco son parecidos los perfiles de los farmacéuticos de atención primaria con los del presente estudio.

En cuanto la infraestructura sanitaria del municipio donde ejerce su labor profesional el farmacéutico, hay que destacar que la distancia hasta otra oficina de farmacia más próxima presenta una media de 6,7 (DE= 5,0) km, disponen de centro de salud en el 67,4% de los casos, y una media de días a la semana con consulta médica de 4,8 (DE= 0,8), un número medio de horas por día de visita médica de 4,8 (DE= 3,4), una media de pacientes por día de consulta médica de 27,2 (DE= 22,3), la media del número de médicos que prestan su labor asistencial en el municipio es de 1,6 (DE= 1,2) y solamente el 29,9% de los municipios disponen de más de un médico. Los municipios disponen de una media de pediatras de 0,2 (DE=0,4), lo que indica que en una gran proporción lo hacen a tiempo parcial, y además no hay ningún pueblo que disponga de más de un pediatra, no disponiendo de ningún otro especialista. Asimismo, la distancia desde el municipio donde ejerce el farmacéutico a un centro de urgencias más próximo presenta una media de 8,1 (DE= 7) km con el 40,1% con una distancia inferior a 5 km, tardando en recorrer dicho trayecto una media de 12 (DE= 5,5) minutos, mientras que la distancia media al centro de salud más próximo es de 9,6 (DE= 8,7) km, tardando en recorrer dicho trayecto una media de 10,9 (DE= 8,3) minutos, y finalmente la distancia media al hospital más cercano es de 34,5 (DE= 20,3) km, tardando en recorrer dicho trayecto una media de 34,6 (DE= 17,9) minutos, y el 64,6% tiene que recorrer una distancia inferior a 10 km. Todo ello, pone de manifiesto, que el acceso a los servicios sanitarios puede ser un problema en las zonas rurales debido a la falta de hospitales, la ausencia de un número

adecuado de profesionales de la medicina, la distancia a los centros de salud y la falta de adecuados servicios técnicos (Chyka y Conner, 1994; Knapp et al., 1999; Rosenblatt y Hart, 1999). Asimismo, Stearns et al. (2000) en USA observó como las personas de condados rurales tenían que desplazarse una 1 h o más para recibir servicios médicos y además una falta de atención médica especializada, destacando los ginecólogos y odontólogos. En Australia llegaron a un resultado similar Dempsey et al. (2003), observando como los residentes en zonas metropolitanas utilizaban mucho más los servicios de médicos especialistas no hospitalarios, mientras que los que residían en el medio rural utilizaban a los médicos generales en un 89%, ya que son los médicos más accesibles en el medio rural, y para recibir atención médica especializada debían recorrer largos trayectos. En este sentido, Carrie et al. (2006) y Grymonpre y Hawranik (2008) indican que las personas que viven en zonas rurales, y sobre todo las mayores, presentan grandes dificultades en la atención de la salud, fundamentalmente por problemas de transporte, por disponer de un número limitado de profesionales de la salud, por falta de instalaciones sanitarias, por aislamiento social y por limitaciones financieras. Sin embargo, los farmacéuticos se encuentran más ampliamente distribuidos en las áreas rurales que los servicios médicos de atención primaria, como se observa de los resultados anteriores discutidos del presente trabajo de investigación, y que coincide con trabajos realizados en otros países (Knapp et al., 1999; Straub y Straub., 1999; Anderson, 2000; Casey et al., 2002; Jackson et al., 2004). En este mismo sentido, en España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en un estudio de 2008, indica que el 94,1% de la población residente en el medio rural dispone de al menos una oficina de farmacia (CGCOF, 2008). Pero esta situación se puede ver comprometida si por falta de viabilidad económica, las oficinas de farmacia del medio rural se ven obligadas a cerrar, como denuncian que está ocurriendo o en vías de ello en USA (Office of Rural Health and Primary Care, 2003; Traynor y Sorensen, 2005).

En cuanto a la estructura de funcionamiento de la oficina de farmacia, hay que indicar que el 58,5% de ellos se licenció entre los años 1970 y 1990, y lleva ejerciendo su trabajo en la oficina de farmacia actual una media de 17,3 (DE= 11,1) años, siendo más frecuentes los que se encuentran en el segmento de 20 a 29 años de ejercicio profesional en la farmacia actual y representan el 24,7% de los

encuestados. Siendo este número de años en el ejercicio profesional en la actual farmacia, inferior al determinado por Casey et al. (2002) en USA para farmacéuticos de oficina de farmacia rural, que fue de 39,1 años, y muy superior a los de los farmacéuticos asalariados de HMO en USA (Gupchup et al., 1998), ya que el 50,0% de ellos llevaban en el actual trabajo menos de 5 años y el 29,3% entre 5 y 9 años. Asimismo, los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS presentan una media de 5,4 años de vinculación con la sanidad pública (Pérez y Díaz, 2007), muy inferior a la antigüedad en su puesto actual de los farmacéuticos de la muestra.

La superficie total que disponen las oficinas de farmacia presenta una media de 84,2 (DE = 34,7) m<sup>2</sup> y un rango de entre 20 y 300 m<sup>2</sup>, y la superficie del espacio de atención al público presenta una media de 31,1 (DE = 18,5) m<sup>2</sup> y un rango de entre 10 y 180 m<sup>2</sup>.

En cuanto a la dotación de trabajadores que dispone la oficina de farmacia, hay que resaltar que el 78,9% de las mismas no contrata a farmacéuticos a tiempo total y el 93,8% tampoco contrata a farmacéuticos a tiempo parcial, sin embargo, sí contratan a un farmacéutico a tiempo total el 19,7% de las oficinas de farmacia y un farmacéutico a tiempo parcial solamente el 5,5%. Asimismo, el 61,2% de las oficinas de farmacia no dispone de auxiliar a tiempo completo, el 70,1% no tiene auxiliar a tiempo parcial, el 27,2% sí disponen de auxiliares a tiempo completo y el 27,9% a tiempo parcial, por lo que es muy elevado el número de oficinas de farmacia que disponen de un único farmacéutico para atender al público, mientras que en USA, en farmacias rurales, esta situación se presenta en el 30% de las mismas (Casey et al., 2002).

Los principales servicios que prestan las oficinas de farmacia de la muestra a sus clientes son la medición de la presión arterial en el 87,1% de los casos y de ellos lo realizan de forma gratuita el 57,0%, la medición de la glucemia en el 12,2% de las oficinas, y de ellas lo realizan gratuitamente el 22,2%, la medida del colesterol solamente lo realizan el 6,8% de las oficinas de farmacia, y de ellas, ninguna lo realiza gratuitamente, y finalmente, también se ofertan otros servicios de determinaciones biológicas, como el Test de embarazo (2,1%), otros parámetros bioquímicos (2,1%), análisis clínicos (0,7%) y medición del peso (0,7%). Todos estos servicios son prestados también por los farmacéuticos de otros países pero

con una distribución de frecuencias diferentes (Leversha et al., 2000; Houriban et al., 2003).

En cuanto al régimen de horarios que presentan las oficinas de farmacia y su régimen de guardias, hay que indicar que el 21,1% de las mismas abren a lo largo de toda la semana al público menos de 35 h, el 45,6% abren entre 35 y 40 h, el 27,9% abren entre 41 y 45 h, el 4,1% abren entre 46 y 50 h y finalmente el 1,3% abren más de 50 h, de forma que la media es de 38,1 (DE = 5,2) horas abiertas al público a la semana, valor muy bajo frente a la media que abren los farmacéuticos rurales en USA que es de 57 horas a la semana (Casey et al., 2002). Además, los farmacéuticos de la muestra abren la oficina de farmacia 3,1 (DE = 1,8) sábados de media al mes, mientras que en USA abren 6,1 días a la semana (Casey et al., 2002). Asimismo, realizan una media de guardias al año de 100,6 (DE = 104,9) días, con un rango de entre 0 y 365 días, siendo más frecuentes (32,9%) los farmacéuticos que realizan entre 51 y 100 días de guardia al año, y los menos frecuentes (13,0%) los que realizan más de 200 días de guardia al año. Además, el 15,1% de los farmacéuticos no realiza ningún día de guardia al año. De las guardias realizadas, son localizadas el 62,4%, son presenciales el 25,6% y presencial y localizada fuera de horario común el 12,0%. Asimismo, la duración de las guardias son muy variadas, así el 66,9% de las mismas duran una semana y el 24,0% un día.

Los farmacéuticos toman una media de 8,8 (DE = 9,6) días de vacaciones con un rango entre 0 y 30 días, siendo de destacar, que el 46,3% de ellos asegura no tomar vacaciones, el 22,4% indica que se queda un farmacéutico adjunto mientras toma sus vacaciones, el 17,7% contrata a un farmacéutico sustituto y un 6,8% cierra por vacaciones. Datos que concuerdan en parte con los obtenidos por Casey et al. (2002) en USA, ya que indicaron que al 50% de los farmacéuticos del medio rural le fue difícil o muy difícil disponer de un farmacéutico sustituto para tomar vacaciones.

En cuanto a la cantidad de trabajo y la atención farmacéutica desarrollada por el farmacéutico, los farmacéuticos de la muestra dispensan una media de 72,5 (DE= 58,5) medicamentos al día, predominando los que dispensan entre 26 y 50 medicamentos con un 30,8%, seguido por los que dispensan entre 51 y 100 medicamentos con un 26,7%. Sin embargo, la media de dispensaciones de

productos de parafarmacia al día es más baja con un valor de 12 (DE= 12,3) predominando los que dispensan 5 ó menos productos de parafarmacia al día con un 38,4%. Y en lo relativo a las consultas realizadas a la semana al farmacéutico predominan las de indicación con una media de 21,5 (DE= 27,7), seguidas por la de medicamentos con una media de 12,9 (DE= 21,7), y por último las consultas relacionadas con la salud de los pacientes con una media de 4,6 (DE= 5,7). En las consultas de indicación a la semana predominan las del segmento de mayor a 20 con el 27,9%, seguidas por el segmento de menor o igual a 5 con el 25,9%, y tanto en las consultas sobre medicamentos como las relacionadas a la salud de los pacientes predomina el segmento de menor o igual a 5 con el 46,9% y 72,8% respectivamente. Estos datos, indican una relativa alta carga de trabajo del farmacéutico rural, que junto con la baja rentabilidad económica en comparación con los urbanos, provocan mayores dificultades de contratación y retención de farmacéuticos en este medio (Timothy, 2001).

Siguiendo con las actividades de atención farmacéutica que presta el farmacéutico en su oficina de farmacia, hay que indicar que las ayudas al cumplimiento presentaron una media de 83,5 (DE = 294,6) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 2000 pacientes al año. Solamente el 17,9% de los farmacéuticos registra la ayuda al cumplimiento a los pacientes, y de ellos el 57,1% lo realiza en papel y el 42,9% restante de forma electrónica, no siendo remunerada en el 100% de los casos.

En cuanto al seguimiento farmacoterapéutico realizado por el farmacéutico, presentó una media de 42,6 (DE = 190,7) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 2000 pacientes al año. Solamente el 25,0% de los farmacéuticos registra el seguimiento farmacoterapéutico que realiza a los pacientes, y de ellos el 56,3% lo realiza en papel y el 43,8% restante de forma electrónica, no siendo remunerada en el 100% de los casos.

La media de la atención domiciliaria realizada por el farmacéutico fue de 9,5 (DE = 53,9) pacientes al año, con un rango entre 0 y 600 pacientes al año. Solamente el 6,9% de los farmacéuticos registra la atención domiciliaria que realiza a los pacientes, y de ellos solamente dos farmacéuticos indicaron que lo realizan de forma electrónica, no siendo remunerada en el 100% de los casos.

La media de prestaciones por parte del farmacéutico del peso y talla de bebés fue de 12,2 (DE = 45,0) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 500 pacientes al año. Solamente el 25,3% de los farmacéuticos registra el peso y talla de bebés, y de ellos el 95,0% lo realiza en papel y el 5,0% restante de forma electrónica, no siendo remunerada en el 95,8% de los casos y sí en el resto (4,2%). La media de confección de dietas a los pacientes por el farmacéutico fue de 15,8 (DE = 111,6) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 1000 pacientes al año. Solamente el 31,8% de los farmacéuticos registra la confección de dietas, y de ellos el 100,0% lo realiza en papel, no siendo remunerada en el 89,5% de los casos y sí en el resto (10,5%).

En cuanto al programa de deshabituación tabáquica, hay que indicar que la media de este tipo de atención fue de 1,3 (DE = 6,2) pacientes al año con un rango de 0 y 60 pacientes al año. Solamente el 26,9% de los farmacéuticos registra la deshabituación tabáquica, y de ellos el 100,0% lo realiza en papel, no siendo remunerada en el 95,7% de los casos y sí en el resto (4,3%).

Todos estos parámetros discutidos sobre atención farmacéutica indican que los farmacéuticos de la muestra realizan atención farmacéutica en un porcentaje superior al determinado por March Cerdá et al. (2008) en Andalucía (5%), en la Comunidad Valenciana (11%) y en Asturias (10%). Asimismo, estos autores detectan una clara satisfacción de los pacientes y mayores expectativas con los farmacéuticos que prestan la atención farmacéutica de los que no, ya que estos valoran al farmacéutico como un profesional sanitario que participa activamente en los problemas de la salud del paciente, por lo que realizan una mayor fidelización de los mismos. En este sentido, Quiñones et al. (2010) detectaron en pacientes rurales, que estos valoraron muy positivamente a los farmacéuticos por su alta calidad de la asistencia farmacéutica, por la eficacia en la resolución de problemas, lo que conllevó una gran confianza profesional en ellos. Asimismo, Lacadena (2002) afirma que la buena relación entre farmacéutico y paciente en el medio rural de España, hace mejor la atención farmacéutica prestada por el farmacéutico, que incluso puede solucionar pequeños errores de forma rápida y efectiva, sin embargo presenta un inconveniente y es que la atención farmacéutica prestada a los pacientes no se registra, como se ha puesto de manifiesto en la presente investigación. Asimismo, los farmacéuticos que prestan atención

farmacéutica se sienten más realizados profesionalmente. Esta buena percepción de los pacientes de los farmacéuticos que prestan sus labor profesional en el medio rural se ha observado ampliamente en otros países (Anderson, 2000; Blenkinsopp et al., 2000; Larson et al., 2003; Xu et al., 2003; Jackson et al., 2004; Sunderland et al., 2006; Ngorsuraches et al., 2008). También las prácticas de atención farmacéutica sobre estilo de vida (dieta, deshabituación tabáquica) son prestados por los farmacéuticos rurales de otros países, de forma que en Australia el 80% de los pacientes de las farmacias aceptaron consejos sobre estilo de vida (Hourihan et al., 2003).

Por otra parte, las relaciones profesionales de los farmacéuticos con el médico que pasa consulta en el ámbito geográfico donde ejerce su trabajo el farmacéutico, son cordiales en el 87,1% de los casos, siendo solamente un farmacéutico de la muestra (0,7%) el que indica que no son cordiales, mientras que en el 7,5% son familiares y el 4,7% no tiene ningún tipo de relación con el médico. En España esta buena relación entre el farmacéutico y el médico prescriptor ha sido calificada de buena y cercana por Lacadena (2002), aunque siempre se debe intensificar, como pone de manifiesto en Australia Leversha et al. (2000). En este sentido, March Cerdá et al. (2008) detectaron que los médicos de atención primaria en España desconocen el concepto de atención farmacéutica y que tienen una percepción del farmacéutico como profesional sanitario baja.

El farmacéutico cuando tiene que resolver alguna cuestión sobre terapéutica actúa de forma diferente si en ese momento se encuentra el médico o no. Así, cuando el médico se encuentra en el municipio, en el 44,9% de los casos, el farmacéutico va personalmente a la consulta médica para solucionar la cuestión, seguido con el 34,7% por las llamadas telefónicas, y en el 7,5% de los casos manda al paciente a realizar la consulta, lo que pone de manifiesto las buenas relaciones discutidas anteriormente entre farmacéutico y médico. Sin embargo, cuando el médico no se encuentra en el municipio, contacta con él telefónicamente en el 45,8% de las ocasiones, o remite al paciente al centro de salud más cercano (25,7%) o contacta con el CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia (17,4%).

En cuanto a la relación que tienen el farmacéutico con el farmacéutico de su Distrito Sanitario es prácticamente inexistente, ya que el 69,4% de los farmacéuticos indican que no lo conocen, y además indican en el 92,5% de los casos que el farmacéutico del Distrito Sanitario de su municipio no le presta ayuda en relación con su servicio de atención farmacéutica.

Por otra parte, la ayuda que dispone el farmacéutico en su labor de atención farmacéutica de diferentes organismos y organizaciones es muy diversa. Así de una puntuación entre 0 (peor ayuda) y 10 (mejor ayuda) los farmacéuticos de la muestra han calificado su percepción de la ayuda que le prestan varios organismos/organizaciones. Al CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, lo han puntuado con una media de 7,0 (DE = 2,9) puntos, de forma que, lo han puntuado con un 10 el 23,1% de los encuestados, seguido de la puntuación con un 8 por el 19,7%. Al vocal de Oficinas de Farmacia del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, lo han puntuado con una media de 2,1 (DE = 3,2) puntos, de forma que, lo han puntuado con un 0 el 64,0% de los encuestados, seguido tanto de una puntuación de un 8 y un 10 por el 5,0% de los encuestados en ambas puntuaciones. Al vocal de Farmacéuticos Rurales del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, lo han puntuado con una media de 1,5 (DE = 2,9) puntos, de forma que, lo han puntuado con un 0 el 76,0% de los encuestados, seguido de una puntuación de un 5 por el 9,0% de los encuestados, con una puntuación de 10 por solamente el 4,5%. Al vocal de Oficinas de Farmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, lo han puntuado con una media de 0,9 (DE = 2,1) puntos, de forma que, lo han puntuado con un 0 el 83,3% de los encuestados, seguido de una puntuación de 5 por el 4,9% de los encuestados, con una puntuación de 10 por solamente el 1,4%. A la Asociación de Farmacéuticos Rurales, la han puntuado con una media de 0,7 (DE = 1,8) puntos, de forma que, la han puntuado con un 0 el 84,2% de los encuestados, seguido de una puntuación de un 5 por el 7,4% de los encuestados, con una puntuación de 9 y 10 por el 0,0% de los mismos. A los Farmacéuticos de Distrito, los han puntuado con una media de 0,7 (DE = 2,1) puntos, de forma que, los han puntuado con un 0 el 87,9% de los encuestados, seguido de una puntuación de 5 por el 2,1% de los encuestados, con una puntuación de 10 por

solamente el 2,1% de los mismos. Al Farmacéutico de Hospital, lo han puntuado con una media de 0,2 (DE = 1,2) puntos, de forma que, lo han puntuado con un 0 el 95,7% de los encuestados, seguido de una puntuación de 5 y un 7 por el 1,4% de los encuestados para cada una de ambas puntuaciones, no puntuando ningún encuestado con 10. A la universidad, la han puntuado con una media de 0,8 (DE = 2,0) puntos, de forma que, la han puntuado con un 0 el 83,7% de los encuestados, seguido de una puntuación de 3 y un 7 por el 2,0% de los encuestados para cada una de ambas puntuaciones, con una puntuación de 10 por el 1,0% de los encuestados. A CAF Stada, lo han puntuado con una media de 1,5 (DE = 2,6) puntos, de forma que, lo han puntuado con un 0 el 67,7% de los encuestados, seguido de una puntuación de 2 por el 7,1% de los encuestados, con una puntuación de 10 por el 3,0% de los mismos. Por lo que de todos ellos, solamente ha recibido una puntuación superior a 5 mayoritariamente el CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, siendo para el resto de organismos las puntuaciones pésimas, lo que pone de manifiesto que el farmacéutico rural percibe un bajo apoyo de la comunidad a la farmacia, como detectaron Traynor y Sorensen (2005) en USA, y puede conducirlo al aislamiento profesional como se ha detectado en Australia (Harding et al., 2006).

En cuanto a la formación continuada realizada por los farmacéuticos de la muestra en el último año, hay que resaltar que han realizado cursos de formación continuada a distancia el último año el 54,4%, con una media de 3,2 (DE = 4,3) cursos realizados a distancia con un rango entre 0 y 30 cursos. Sin embargo, los farmacéuticos han realizado una media de 2,9 (DE = 3,4) cursos presenciales en el último año con un rango entre 1 y 20 cursos, siendo el porcentaje de los farmacéuticos que han realizado este tipo de cursos del 38,8%. Entre las diferentes entidades que han organizado los cursos a distancia de formación continuada cursados por los farmacéuticos muestrales en el último año, destaca el CGCOF con el 35,0%, seguido por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales con el 22,5%. Sin embargo, los cursos presenciales que han cursado los farmacéuticos han sido organizados mayoritariamente por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales (53,7%), seguidos por los Laboratorios Farmacéuticos con un 13,0%.

Con respecto a la temática sobre la que versan los cursos a distancia realizados por los farmacéuticos, destacan los cursos sobre atención farmacéutica (11,4%), seguidos por los que tratan sobre drogodependencias (8,9%) y vacunas (8,9%). Para los cursos de carácter presencial, la temática dominante ha sido la fotoprotección (7,4%), seguida por cursos de ortopedia (5,6%).

Respecto de la adecuación de los cursos de formación continuada ofertados por los diferentes organismos, los farmacéuticos de la muestra, han puntuado su grado de adecuación en una escala entre 0 (menos adecuado) y 10 (más adecuado). De forma que los organizados por el CGCOF los puntuaron con una media de 4,9 (DE = 3,4) puntos, los organizados por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales los puntuaron con una media de 6,4 (DE = 2,9) puntos, los organizados por las Cooperativas Farmacéuticas los puntuaron con una media de 3,9 (DE = 3,4) puntos, los organizados por las universidades los puntuaron con una media de 2,4 (DE = 2,9), los organizados por los Laboratorios Farmacéuticos los puntuaron con una media de 3,9 (DE = 4,1) y los organizados por CEPIME los puntuaron con una media de 2,3 (DE = 3,9) puntos. Finalmente, las propuestas de mejoras que proponen los farmacéuticos de la muestra a los cursos de formación continuada organizados por las diferentes organizaciones son organizar mayor número de cursos a distancia (14,9%) y que se realicen en pueblos próximos a donde se emplazan las farmacias rurales (14,0%).

En cuanto a los principales problemas que se encuentra el farmacéutico en el ejercicio de su profesión en el medio rural, hay que destacar que de una puntuación de 0 (menor problema) y de 10 (mayor problema), los farmacéuticos muestrales observaron como principales problemas la falta de personal para sustituciones con una media de 8,3 (DE= 2,6), guardias poco racionalizadas con una media de 7,9 (DE= 2,9), la organización del periodo vacacional con una media de 7,6 (DE= 2,9), la despoblación con una media de 7,4 (DE= 2,8) y baja rentabilidad con una media de 7,2 (DE= 2,8). Problemas que ponen de manifiesto multitud de autores al estudiar el ejercicio profesional del farmacéutico rural en muchos países (Timothy, 2001; Casey et al., 2002; Traynor y Sorensen, 2005; Harding et al., 2006; Grymonpre y Hawranik, 2008). Destaca el trabajo de Traynor y Sorensen (2005) en Minnesota (USA) en el que estudiaron el riesgo de

cierre de farmacias en el medio rural, de forma que el 26% de los farmacéuticos estarían interesados en venderla en menos de 3 años y el 62% en un plazo de 10 años, debido a la disminución de la población, el bajo apoyo de la comunidad a la farmacia, bajos ingresos, dificultades de contratación de farmacéuticos y de sustitutos para vacaciones.

En cuanto a las puntuaciones otorgadas por los farmacéuticos de la muestra a las organizaciones farmacéuticas en función de quien defiende mejor los intereses de los Farmacéuticos Rurales, puntuando de 0 (menor defensa) a 10 (mejor defensa), hay que resaltar que todas las organizaciones suspenden (puntuación media menor de 5), siendo las mejor valoradas los Colegios Provinciales de Farmacéuticos con una media de 3,9 (DE= 3,4) y la Asociación de Farmacéuticos Rurales con una media de 3,7 (DE= 3,6).

Finalmente, el 87,7% de los farmacéuticos de la muestra se sienten rurales y el 5,5% no, y el resto de los farmacéuticos matizan su respuesta.

### ***6.3. RURALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN ESPAÑA.***

En la presente investigación se ha desarrollado un Índice General de Ruralidad en Oficina de Farmacia en España (IGROFE) mediante la adaptación del índice de ruralidad de Canadá GPRI (Leduc, 1997) a España, que es aditivo ponderado y se ha estandarizado, de forma que si adopta valores positivos entonces el núcleo donde ejerce el farmacéutico se considera rural (cuanto más positivo más rural) y si es negativo se considera urbano (cuanto más negativo más urbano). Asimismo, se ha determinado la fiabilidad de dicho índice de ruralidad mediante su correlación con el índice de ruralidad MSU (Weinert y Boik, 1995) obteniéndose un coeficiente de correlación de Pearson de 0,904. Así, aplicando las expresiones de dichos índices a los datos de la muestra, se ha obtenido como valor mayor del índice de ruralidad IGROFE 1,15 (pueblo más rural) y menor -2,69 (pueblo más urbano), mientras que para índice de ruralidad MSU se ha obtenido como mayor valor 2,51 (pueblo más rural) y menor -1,83 (pueblo más urbano). Ambos índices se han categorizado en cinco categorías cada uno, desde más rural a más urbano, y

muestran buena correlación de sus escalas. De acuerdo al índice de ruralidad IGROFE el 63,2 % de los farmacéuticos muestrales ejercen su labor profesional en el medio rural, mientras que mediante el índice MSU lo hacen el 53,0 % de los farmacéuticos. Hay que matizar que estos porcentajes de ruralidad se han calculado para pueblos de hasta 5000 habitantes con al menos una farmacia, los cuales representan el 58,64% de los pueblos de hasta 5000 habitantes de España (CGCOF, 2008), mientras que el 41,36% de los pueblos restantes no disponen de farmacia y también son rurales con muy poca o nula dotación de infraestructura sanitaria. Por lo que proyectando el porcentaje de municipios rurales determinado mediante el índice IGROFE al 58,64% de pueblos de España de hasta 5000 habitantes que disponen de farmacia y sumándolo al 41,36% de los municipios de hasta 5000 habitantes que no tienen farmacia se obtienen un porcentaje de pueblos rurales en España de hasta 5000 habitantes del 78,42%.

Sin embargo, de acuerdo a Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural (BOE, 2007), se considera medio rural al *“espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km<sup>2</sup>”*, por lo que asumiendo y aplicando esta definición a cada uno de los pueblos de la muestra donde se emplazan las oficinas de farmacia como núcleos independientes, el 86,10% de los mismos se encuentran en el medio rural, siendo este porcentaje del 89,80% para el conjunto de los municipios de los 147 farmacéuticos que contestaron el cuestionario muestral. Estos dos últimos porcentajes no difieren mucho del 91,01% de los municipios que se encuentran en el medio rural para el conjunto de toda España y que además tienen menos de 5000 habitantes, siendo el 8,99 % restantes los pueblos del medio rural con una población entre 5000 y 30000 habitantes (CGCOF, 2008). Como se puede apreciar, el concepto de ruralidad basado solamente en las variables *población y densidad de población*, considera rurales a un porcentaje mayor (91,01%) de municipios de España frente al definido por del índice de ruralidad IGROFE (78,42%) que además incluye parámetros sanitarios. Por ello, estos porcentajes variarán de acuerdo al criterio fijado para definir medio rural como indican multitud de autores internacionalmente (Farmer et al., 1993; Hayts et al., 1994; Humphreys, 1998;

Slifkin, 2002; Murray et al., 2004). Por lo que fijar los parámetros que permiten clasificar un territorio o servicio que se presta en el mismo como rural o urbano es fundamental administrativamente, y sobre todo en el ámbito de la planificación sanitaria. Ya que como indica Slifkin (2002) dependiendo que una persona resida en el medio rural o urbano dispondrá de menos o más recursos sanitarios, como la atención médica o farmacéutica, y además los profesionales que la prestan no dispondrán de las mismas infraestructuras ni relaciones profesionales y personales (Britt et al., 1993; Hays et al., 1994). Humphreys (1988) matiza aun más, e indica que estas diferencias no solamente se producirán entre el medio rural y el urbano, si no que también las habrá entre diferentes zonas rurales. De forma que si la clasificación de rural o urbano desde el punto de vista sanitario de un territorio es inadecuada se pueden enmascarar desigualdades en materia de salud (Farmer et al., 1993; Vanderboom y Madigan, 2007). Por ello han sido varios los autores y países, sobre todo Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos, en los que se ha definido el concepto de medio rural o urbano a nivel sanitario, de forma que permiten clasificar los territorios en rurales o urbanos (Thompson y McNair, 1995; Farmer et al., 1993; Hayts et al., 1994; Humphreys, 1998; Slifkin, 2002; Murray et al., 2004; Carrie et al., 2006; Rourke, 1997), y se han definido índices de ruralidad que permiten determinar una graduación de los mismos desde los más rurales a los más urbanos (Faulkner y French, 1983; Cloke y Edwards, 1986; Cleland y Mushlitz, 1991; Harrington y O'Donoghue, 1998; Griffith, 1996; Leduc, 1997; Weinert y Boik, 1995; Rourke, 1997; Burns et al., 1998; Murray et al., 2004).

Por otra parte, mediante el análisis de la varianza simple realizado del índice de ruralidad IGROFE y las cinco variables que lo definen, se ha determinado que a mayor ruralidad del municipio menor media de la población del mismo, siendo siempre las diferencias significativas para las cinco categorías del índice de ruralidad IGROFE excepto para las dos primeras que precisamente indican ruralidad del municipio. La primera categoría (mayor ruralidad) presenta una media de 309,67 (DE= 73,40) habitantes y un rango entre 236 y 463 habitantes, mientras que la segunda (menor grado de ruralidad dentro de lo rural), presenta una media de 673,18 (DE= 391,40) habitantes y un rango entre 88 y 2035 habitantes. En cuanto a la distancia (km) al centro de urgencias más próximo, se

observan diferencias de medias significativas entre las dos primeras categorías del índice IGROFE que indican ruralidad con las tres últimas categorías que indica urbanidad, no existiendo diferencias entre las dos primeras entre sí ni las tres últimas entre sí. Mostrándose una clara tendencia de disminución de la distancia a un centro de urgencias desde la categoría que indica más ruralidad (primera categoría) con una media de 15,78 (DE= 5,99) km hasta la que indica mayor urbanidad (quinta categoría) con una media de 0 (DE= 0) km. Asimismo, para la distancia (km) al hospital más próximo se observa la misma tendencia, y solamente existen diferencias significativas entre la primera categoría del índice de ruralidad IGROFE con una media de 59,89 (DE= 19,95) km, que indica mayor ruralidad, con todas las demás categorías, por lo que existen diferencias significativas entre las dos primeras categorías que indican mayor o menor grado de ruralidad, siendo para la segunda categoría la media de 33,62 (DE= 18,94) km. En cuanto al número de médicos existen diferencias significativas del índice IGROFE entre las dos primeras categorías de este (ruralidad) con las tres últimas (urbanidad), observándose mayor media del número de médicos al avanzar de la primera categoría (1,0 (DE= 0) médicos) del índice IGROFE hasta la última (3,57 (DE= 1,27) médicos). Finalmente, en cuanto al número de especialistas, la tendencia es parecida a la del número de médicos, de forma que a mayor índice de ruralidad IGROFE menos especialistas y viceversa.

Por lo que los farmacéuticos que ejercen en el medio rural así como las personas que habitan en estas zonas, disponen de menos infraestructura sanitaria y cuando no la hay tienen que desplazarse para disponer de ella una mayor distancia que los que lo hacen en el medio urbano, al igual que ocurre en otros países tanto para farmacéuticos (Knapp et al., 1999; Casey et al., 2002; Traynor y Sorensen, 2005; Carrie et al., 2006; Harding et al., 2006; Sunderland et al., 2006; Grymonpre y Hawranik, 2008) como otros profesionales sanitarios como médicos (Stearns et al., 2000; Dempsey et al., 2000, 2003).

El índice de ruralidad IGROFE ha permitido determinar la relación entre el grado de ruralidad de las oficinas de farmacia y las principales variables de atención farmacéutica relativizadas a la población que atiende cada oficina de farmacia. Así mediante análisis de la varianza simple se han obtenido diferencias

significativas entre la media del número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes entre la categoría que indica el menor grado de ruralidad (0-1) y la que indica un grado intermedio de urbanidad ((-2) – (-1)), de forma que para la primera se dispensan una media de 79,83 (DE= 46,18) medicamentos al día por cada mil habitantes mientras que para la segunda dicha media es de 46,47 (DE= 39,05). De igual forma, también ha resultado significativa la diferencia de medias del número de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes entre la categoría que indica mayor ruralidad (1-2) con una media de 192,32 (DE= 391,15) y la de las categorías de menor grado de ruralidad (0-1) y urbanidad ((-1) - 0), con medias de 36, 68 (DE= 101,91) y 10,35 (DE= 13,33) respectivamente. De forma análoga, se han obtenido diferencias significativas de las medias para el número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes, entre la categoría que indica mayor ruralidad (1-2) con una media de 94,50 (DE= 203,66) y la de las categorías de menor ((-1) - 0) y medio ((-2) – (-1)) grado de urbanidad, con medias de 1,76 (DE= 4,16) y 1,93 (DE= 7,54) respectivamente, observándose en todo caso una mayor media para las categorías que indican ruralidad frente a las que indican urbanidad, lo mismo que ocurre con el número de consultas de salud a la semana por cada mil habitantes pero sin significación estadística. Finalmente, también se han observado diferencias significativas en las medias del número de pesado y tallado de bebés al año por cada mil habitantes entre la categorías que indica menor grado de ruralidad (0-1) con una media de 5,45 (DE= 8,96) y la que indica un grado intermedio de urbanidad ((-2) – (-1)) con una media de 16,86 (DE= 32,00), observándose en todo caso una menor media para las categorías que indican ruralidad frente a las que indican urbanidad, lo cual es lógico, ya que en los pueblos rurales hay mucha menos población y nacimiento de bebés que en el medio urbano. Esta misma tendencia se observa para el número de confecciones de dietas al año por cada mil habitantes que realiza el farmacéutico pero no significativas estadísticamente.

Finalmente, indicar que el resto de variables de atención farmacéutica analizadas en el epígrafe 5.3.5. no han mostrado diferencias significativas de sus medias para las diferentes categorías de ruralidad determinadas mediante el índice IGROFE,

no observándose una tendencia clara entre categorías que indican grados de ruralidad y urbanidad.

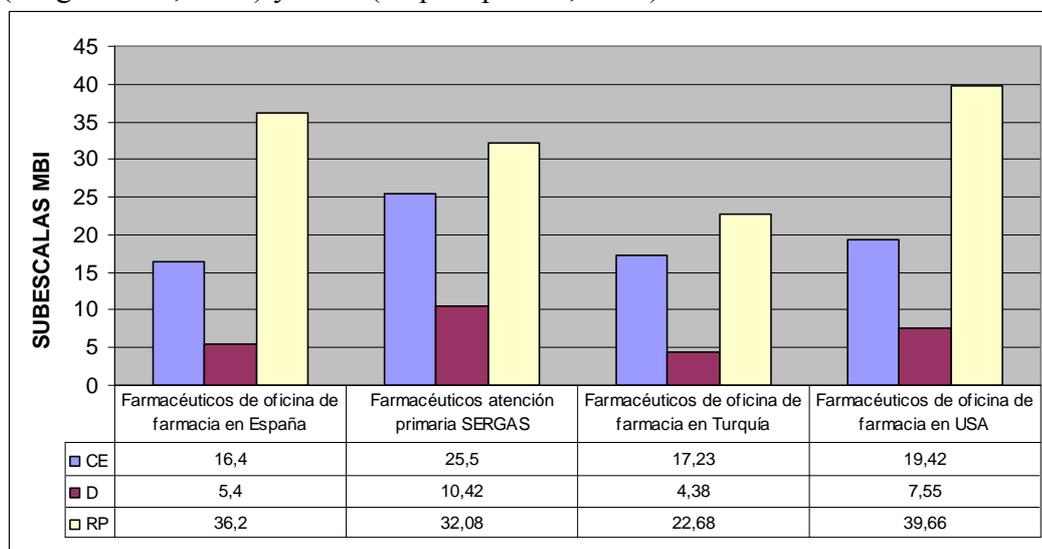
#### **6.4. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS FARMACÉUTICOS RURALES DE ESPAÑA.**

Se ha validado el cuestionario MBI para farmacéuticos de oficina de farmacia rural en España realizando un Análisis Factorial con los 22 ítems del cuestionario, de forma que se han reducido a tres los factores significativos, que se corresponden con las tres subescalas del MBI. Para ello se ha utilizado el método de Análisis Factorial de factorización de ejes principales con rotación ortogonal mediante el método Varimax para la extracción de 3 factores. En la validación se ha observado como los ítems 6 y 16 del MBI han cargado significativamente simultáneamente con las Subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización, al igual que le ocurrió a Gil-Monte y Peiró (1999) cuando validaron el cuestionario MBI para otras profesiones sanitarias en España, y a García et al., (2007), con la matización que en este último trabajo además de los ítems 6 y 16 también cargaba en dos factores el ítem 14 del MBI. La consistencia de las tres subescalas ha sido elevada, mayor que en otros trabajos de este tipo para otros profesionales sanitarios (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Una vez validado el MBI con los datos muestrales, se realizó la cuantificación del síndrome de *burnout* para los farmacéuticos de oficina de farmacia en España, a través de la medición de sus tres subescalas, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal, mediante el cuestionario MBI de Maslach y Jackson (1981), los resultados se sitúan en valores medios para las tres, con medias de 16,4, 5,4 y 36,2 respectivamente. Realizando la comparación (Gráfico 67) con otros estudios análogos sobre farmacéuticos, hay que destacar que presentan menor Cansancio Emocional y Despersonalización que los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS (Pérez y Díaz, 2007) con valores medios de 25,5 (DE=8,38) y 10,42 (DE=5,12) respectivamente, y disponen de una Realización Personal mucho mayor que estos últimos que presentan un valor de 32,08 (DE=6,54). Sin embargo, cuando se compara el presente estudio con

trabajos de ejercicio en oficina de farmacia en Ankara la capital de Turquía (Calgan et al., 2007), los valores medios de las dos primeras dimensiones son muy parecidos a los obtenidos en el presente estudio con puntuaciones medias de 17,23 (DE=3,27) para Cansancio Emocional y 4,38 (DE=3,27) para Despersonalización, aunque este último es inferior, sin embargo, en cuanto a Realización Personal se encuentran menos realizados con una puntuación de 22,68 (DE=4,12), valor bastante menor del obtenido en este trabajo. Por otra parte, si se realiza la comparación con el ejercicio en oficina de farmacia en USA (Gupchup et al., 1998), se obtienen niveles superiores para las tres subescalas, así en Cansancio Emocional presentan una puntuación media de 19,42 (DE=11,26), en Despersonalización 7,55 (DE=6,21) y en Realización Personal 39,66 (DE=5,97), por lo que se encuentran más quemados para las 2 primeras subescalas, pero con mayor Realización Personal.

Gráfico 67. Comparación de las puntuaciones muestrales de las tres subescala del MBI con las de los farmacéuticos del SERGAS (Pérez y Díaz, 2007), Turquía (Calgan et al., 2007) y USA (Gupchup et al., 1998)



Hay que resaltar, que tanto para los resultados del presente trabajo como los de otros autores (Gupchup et al., 1998; Calgan et al., 2007; Pérez y Díaz, 2007), el síndrome de *burnout* en farmacéuticos es inferior a los mostrados en otros estudios para otros profesionales sanitarios, como médicos (Prieto et al., 2002; Rodríguez et al., 2005), si bien en otros casos, se observan niveles parecidos a los de los farmacéuticos en dentistas y estomatólogos (Varela-Centelles et al., 2005) y

médicos de atención primaria (Matía et al., 2006) e incluso más bajos, como en pediatras intensivistas españoles (Bustinza et al., 2000). Sin embargo, en general se observa una mayor Realización Personal en los farmacéuticos muestrales que en el resto de profesionales sanitarios revisados. Asimismo, hay que destacar que presentan el síndrome de *burnout* el 9,52 % de los encuestados, que mostraron niveles altos en las dos primeras subescalas, Cansancio Emocional y Despersonalización, y bajo en Realización Personal, dato que es inferior al obtenido para otros trabajadores del sector sanitario como los pediatras de hospitales generales de Argentina (Gil-Monte y Marucco, 2008), que cifraron la prevalencia en el 37,4%, mientras que en USA (Fields et al., 1995) la cifraron en el 50% para pediatras intensivistas.

La convivencia mejora la Realización Personal de los farmacéuticos de la muestra, ya que los que viven en pareja presentan una puntuación media en esta subescala de 37,02, superior a los que no viven en pareja (33,24), y estas diferencias presentan significación estadística. Resultado que coincide con el trabajo de Gupchup et al. (1998) para farmacéuticos en Estados Unidos, pero sin significación estadística. Sin embargo, en Cansancio Emocional y la Despersonalización, sin significación estadística, son mayores en los farmacéuticos muestrales que no viven en pareja que los que sí lo hacen, lo que coincide con el trabajo de Gupchup et al. (1998). Esta mayor satisfacción laboral en farmacéuticos que viven en pareja que los que no lo hacen, se ha constatado en varios trabajos además de Gupchup et al. (1998), tanto en farmacéuticos (Pérez y Díaz, 2007) como en otros campos de profesionales de la salud (Atance, 1997; Sobrequés et al., 2003). Igualmente la convivencia con hijos implica mayor Realización Personal, y menor puntuación en las subescalas de Cansancio Emocional y Despersonalización frente a los que no tienen hijos, aunque no se ha encontrado significación estadística entre las puntuaciones medias de ninguna de las tres subescalas con el número de hijos (Naisberg y Fenning, 1991; Atance, 1997). Esta relación se observa en farmacéuticos de oficina de farmacia en USA, de forma que los que no tenían hijos presentaron niveles mayores en Despersonalización que los que tenían tres o más hijos (Gupchup et al., 1998), y en farmacéuticos de atención primaria en el SERGAS (Pérez y Díaz, 2007). La existencia de hijos hace que el individuo pueda ser más resistente al síndrome de

*burnout*, lo que según Atance (1997) puede ser debido a que quienes son padres tienden a ser personas más maduras y estables en general, así como a presentar una mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales. Asimismo, las relaciones del farmacéutico con el médico refuerzan la Realización Personal del primero, ya que los farmacéuticos que afirman disponer una relación familiar o cordial con el médico, presentan mayores puntuaciones que los que indican que no existen dichas relaciones, y estas diferencias son significativas estadísticamente. La misma tendencia se observa sin significación estadística con respecto a las otras dos subescalas, una mejor relación con el médico conlleva menor Cansancio Emocional y menor Despersonalización.

En cuanto al sexo, no se han encontrado diferencias significativas con ninguna de las tres subescalas, aunque las mujeres se encuentran menos quemadas que los hombres, al igual que los farmacéuticos de atención primaria del SERGAS (Pérez y Díaz, 2007), sin embargo sucede lo contrario para los farmacéuticos de HMO en USA (Gupchup et al., 1998).

Cuando se analiza el entorno geográfico donde se ejerce la profesión, para la variable *comunidad autónoma donde se emplaza la oficina de farmacia*, se han observado diferencias significativas solamente en las puntuaciones de la escala de Cansancio Emocional entre los que lo hacen en la comunidad autónoma de Aragón, que presentan puntuaciones altas, frente a los que lo hacen en Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana. Asimismo, con respecto al carácter rural del pueblo donde se emplaza la oficina de farmacia, se han obtenido diferencias significativas de los índices de ruralidad IGROFE y MSU solamente para la subescala de Despersonalización, de forma que el índice IGROFE presenta diferencias significativas en el intervalo de dicho índice entre -3 y -2 (grado elevado de urbanidad) con una media de Despersonalización de 12,86 (DE= 12,60) frente al intervalo del índice entre -1 y 0 (grado bajo de urbanidad) con una media de D de 3,89 (DE=4,05), el intervalo entre 0 y 1 (grado bajo de ruralidad) con una media de D de 4,73 (DE= 4,50) y el intervalo entre 1 y 2 (mayor grado de ruralidad) con una media de 5,00 (DE= 6,38). Asimismo, para el índice MSU presenta diferencias significativas en el intervalo de dicho índice entre -2 y -1 (mayor grado de urbanidad) con una media de Despersonalización de 8,37 (DE=

7,44) frente al intervalo del índice entre -1 y 0 (grado bajo de urbanidad) con una media de D de 4,70 (DE=4,92) y el intervalo entre 0 y 1 (grado bajo de ruralidad) con una media de D de 4,80 (DE= 5,00). Por lo que los farmacéuticos con más Despersonalización y por lo tanto con mayor *burnout*, son los que ejercen en municipios con un mayor grado de urbanidad, siendo más bajo cuando el municipio es rural, si bien, los farmacéuticos que ejercen en pueblos con mayor grado de ruralidad se encuentran más quemados que los que lo hacen en municipios con un grado de ruralidad menor, según el índice de ruralidad IGROFE. Resultado al que también llegan Pérez y Díaz (2007) en farmacéuticos de atención primaria del SERGAS, concluyendo un ligero mayor grado de satisfacción laboral en el medio rural que en el urbano. Sin embargo, para otras profesiones sanitarias, existen discrepancias entre los datos de distintos autores, e incluso entre las diferentes dimensiones del *burnout* medidas en un mismo estudio a favor del medio rural al urbano (Goehring et al., 2005; Renzi et al., 2005; Rodríguez et al., 2005).

En lo relativo a la población del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia, se han encontrado diferencias significativas solamente con la subescala de Despersonalización, al igual que ocurría con ambos índices de ruralidad, entre los pueblos de hasta 500 habitantes con la puntuación más pequeña y los pueblos entre 3001 y 4000 habitantes, que presentan la puntuación máxima. Sin embargo para las otras dos escalas no hay una tendencia clara, aunque suelen ser los pueblos de entre 4001 y 5000 y los de hasta 500 habitantes los que presentan menor Cansancio Emocional y mayor Realización Personal, lo que muestra, que los farmacéuticos de los pueblos más pequeños están menos quemados ya que llevan en general menos años de ejercicio y conservan todavía las expectativas de promocionarse a otro pueblo más grande, y los farmacéuticos de los pueblos de mayor tamaño ya se encuentran estabilizados, llevan muchos más años de ejercicio en dicho municipio y han fijado su vida en el mismo, ya que sí se han determinado diferencias significativas entre el número de años de ejercicio y el tamaño del municipio. En sentido contrario, varios autores consideran que los años de ejercicio condicionan mucho la vida de los profesionales, de forma que existe un periodo de sensibilización durante los primeros años de ejercicio

profesional que sería especialmente vulnerable, por ser el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica del día a día (Atance, 1997). En el presente trabajo, no se han observado diferencias significativas entre los años de ejercicio con ninguna de las tres subescalas, pero ha resultado para Cansancio Emocional y Despersonalización que se encuentran más quemados los farmacéuticos que llevan menos años y los de los grupos que llevan más, y sin embargo los que llevan más años de ejercicio presentan mayor Realización Personal, de forma que esto último se contradice con lo que han detectado otros autores para médicos de atención primaria (Rodríguez et al., 2005). El resultado del presente trabajo, no coincide con el de los farmacéuticos en USA (Gupchup et al., 1998), ya que observan menos Cansancio Emocional y menos Despersonalización en los farmacéuticos con menos años de ejercicio, y una mayor Realización Personal de éstos junto con los que llevan más años.

En cuanto a la infraestructura sanitaria del municipio, para la variable *tipo de centro médico donde se emplaza la oficina de farmacia*, se han encontrado diferencias significativas en Despersonalización, de forma que es inferior si existe un centro de salud, que suele estar asociado a pueblos más grandes, y mayor si es consultorio médico o dispensario, que se asocian con pueblos pequeños y medianos. Asimismo, para la variable *número de médicos que atienden al municipio donde ejerce el farmacéutico*, ha resultado mayor nivel de Despersonalización en los farmacéuticos que ejercen en municipio que es atendido por 2 a 4 médicos con un valor medio de 9,62 (DE=9,25) que los que ejercen en municipio atendido por un médico o menos, con un nivel medio de 4,66 (DE=59). La misma tendencia para Despersonalización, se observa para la variable *número de pediatras que atienden al municipio donde ejerce el farmacéutico*, ya que, se encuentran significativamente más Despersonalizados los farmacéuticos que ejercen en municipios atendidos por 0,6 a 1 pediatras (nivel medio de 7,27 (DE=7,87)) frente a los atendidos por 0,1 o menos pediatras (nivel medio de 4,56 (DE=4,42)). De igual modo, para la variable *número de pediatras que atienden al municipio donde ejerce el farmacéutico*, presentan significativamente más Realización Personal los farmacéuticos que ejercen en municipios atendidos por 0,1 o menos pediatras (nivel medio de 37,50 (DE=9,07)) frente a los atendidos por 0,6 a 1 pediatras (nivel medio de 32,41 (DE=9,21)).

Las dispensaciones de medicamentos y de productos de parafarmacia al día, así como las consultas a la semana que se le realizan al farmacéutico, como el número de consultas de indicación, número de consultas sobre medicamentos y número de consultas relacionadas con la salud de los pacientes, son buenos indicadores del trabajo desarrollado por el farmacéutico. Así, de las variables que miden la cantidad de trabajo desarrollada por el farmacéutico, solamente ha presentado significación el número de productos de parafarmacia dispensados al día con la subescala de D, de forma que los que han dispensado menos veces (<10) presentan menor D que los que lo han hecho más veces (>20). Resultado que coincide con el de farmacéuticos en USA (Gupchup et al., 1998), en el que se mide la carga de trabajo, como el porcentaje de tiempo en contacto directo con los pacientes, de forma que hay menos D cuanto menor es dicho porcentaje, aunque sin significación estadística. También coincide este resultado con el de otras profesiones sanitarias, como pediatras intensivistas en España (Bustinza et al., 2000), ya que se obtiene que la D es menor, y la RP mayor si el pediatra trabaja en unidades con menor número de camas. Todos estos datos, pueden estar relacionados con la menor sobrecarga que conlleva dispensar menos fármacos, estar menos tiempo en contacto con pacientes o que su número sea menor, como se ha descrito clásicamente (Fields et al., 1995). Asimismo, siguiendo con el trabajo desarrollado por el farmacéutico, la variable que evalúa el comportamiento del farmacéutico cuando tiene que realizar una consulta sobre terapéutica al médico cuando este se encuentra en la consulta en su horario de trabajo ha presentado diferencias significativas en la subescala de D y de RP, de forma que presentan una D más grande y una RP más pequeña los farmacéuticos que mandan directamente al médico a los pacientes para que le solucione la consulta, mientras que los farmacéuticos que indican que van personalmente a consultarlo con el médico presentan una D más pequeña y una RP más grande.

También se ha encontrado significación entre la facturación de los farmacéuticos con la escala de D, de forma que esta aumenta al hacerlo la facturación hasta 500000 € y a partir de este valor para facturaciones mayores disminuye la D, y esta misma tendencia se observa en CE, pero sin significación. Este resultado está

correlacionado parcialmente con el anterior, ya que al aumentar la facturación aumenta normalmente la carga de trabajo, pero cuando llegas a un nivel mínimo de facturación puedes contratar más trabajadores y el farmacéutico titular se descarga de trabajo. Sin embargo en USA (Gupchup et al., 1998) se ha obtenido con significación estadística, que la Despersonalización disminuye al aumentar el salario del farmacéutico, lo cual achacan a la teoría de Herzberg (Herzberg, 1959; Wolfgang et al., 1985). Según esta teoría, cuando las necesidades de nivel superior o motivadoras, como es la oportunidad de utilizar activamente una formación sanitaria, es insatisfecha, se produce una afección de frustración y estrés, y en esta situación el individuo puede poner más énfasis en las necesidades de menor nivel, como es el sueldo que cobra, y si además este es bajo, puede perder el interés por el trabajo.

Finalmente, en cuanto a la percepción que tienen los farmacéuticos de la muestra de sentirse rurales, hay que resaltar que esta variable ha presentado diferencias significativas únicamente con la subescala de Despersonalización, siendo menor en los farmacéuticos que sí se sienten rurales y superior para los que no se sienten rurales.

### ***6.5. RELACIONES ENTRE EL DESGASTE PROFESIONAL DE LOS FARMACÉUTICOS, LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA QUE PRESTAN, EL GRADO DE RURALIDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA Y OTRAS VARIABLES.***

La consistencia de las dos dimensiones del modelo que se ha obtenido mediante Análisis de Correspondencias Múltiple es muy elevada, por lo que su interpretación es pertinente.

De la interpretación del plano factorial de la Figura 1, se pueden observar las correspondencias entre las categorías de las variables y por extensión las características de las relaciones entre las variables analizadas. Así, la Dimensión 1 del modelo se correlaciona bien con ambos índices de ruralidad IGROFE y MSU (Weinert y Boik, 1995), ya que tienen las medidas de discriminación en esta

dimensión más grandes, 0,839 y 0,834 respectivamente, de forma que un valor negativo en la dimensión 1 indica carácter rural (categorías 2 y 3 del índice de ruralidad IGROFE y categorías 1, 2 y 3 del índice de ruralidad MSU) y un valor positivo carácter urbano (categorías 4, 5 y 6 del índice de ruralidad IGROFE y categorías 5 y 6 del índice de ruralidad MSU). Asimismo, el signo de la dimensión 2 discrimina mayor o menor grado de ruralidad para valores negativos de la dimensión 1, y mayor o menor grado de urbanidad para valores positivos de la dimensión 1. Así, para valores negativos de la dimensión 1 y valores positivos de la dimensión 2 se corresponde con la categoría 2 del índice de ruralidad IGROFE y las categorías 1 y 2 del índice de ruralidad MSU, es decir, mayor grado de ruralidad dentro de lo rural, mientras que valores negativos de la dimensión 2 se corresponde con la categoría 3 tanto del índice de ruralidad IGROFE como MSU, lo que indica menor grado de ruralidad dentro de lo rural. De igual forma, para valores positivos de la dimensión 1 y valores positivos de la dimensión 2 se corresponde con la categoría 5 y 6 tanto del índice de ruralidad IGROFE como el MSU, es decir, mayor grado de urbanidad dentro de lo urbano, mientras que valores negativos de la dimensión 2 se corresponde con la categoría 4 tanto del índice de ruralidad IGROFE como el MSU, es decir, menor grado de urbanidad dentro de lo urbano.

Asimismo, las categorías de las tres subescalas del síndrome de *burnout* presentan cierta discriminación en el modelo, así, para valores positivos de ambas dimensiones aparecen las categorías A3 (nivel alto) de CE, la categoría D3 (nivel alto) de D y la categoría RP2 (nivel medio) de RP. Todas ellas correlacionadas por lo tanto con un mayor grado de urbanidad dentro de lo urbano como se ha visto anteriormente. Para valores positivos de la dimensión 1 y negativos de la dimensión 2 se observan las categorías A2 (nivel intermedio) de CE, la categoría D2 (nivel medio) de D y RP1 (nivel bajo) de RP, las cuales se correlacionan con un menor grado de urbanidad. Para valores negativos en ambas dimensiones, se observa la categoría A1 (nivel bajo) de CE y la categoría D1 (nivel bajo) de D; correlacionándose estas dos categorías con menor grado de ruralidad dentro de lo rural. Finalmente, para valores negativos en la dimensión 1 y positivos en la dimensión 2, se identifica la categoría RP3 (nivel alto) de RP.

Del plano factorial del Análisis de Correspondencias Múltiple se observa que presentan correspondencias comunes las siguientes categorías para valores positivos de ambas dimensiones, es decir, mayor urbanidad y más CE y D y nivel medio de RP: la categoría *X* (hombre) de la variable *sexo del farmacéutico*, *H1* (1 hijo) y *H3* (>2 hijos) de la variable *número de hijos del farmacéutico*, *Z2* (consultorio médico) de la variable *tipo de centro médico del municipio*, *P3* (2001-3000 habitantes), *P4* (3001-4000 habitantes) y *P5* (4001-5000 habitantes) de la variable *población del municipio*, *G4* (101-200) de la variable *número de guardias realizadas al año*, *F6* (mayor 800000) de la variable *facturación anual de la farmacia en euros*, *V4* (se deja a un farmacéutico adjunto de plantilla o deja solo al personal auxiliar) de la variable *organización de las vacaciones por el farmacéutico*, *T3* (41-45) de la variable *número de horas trabajadas a la semana*, *ES2* (0,1-0,6) y *ES3* (0,6-1) de la variable *número de pediatras*, *NM2* (1-2), *NM3* (2-4), *NM4* (4-6) y *NM5* (6-8) de la variable *número de médicos*, *DU1* (0-5) de la variable *distancia (km) al centro de urgencias más próximo*, *AD2* (6-10) de la variable *número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes*, *PT3* (11-50) y *PT4* (>50) de la variable *número de pesados y tallados de bebés al año por cada mil habitantes*, *CD3* (11-50) de la variable *número de confección de dietas al año por cada mil habitantes*, *DT3* (11-50) de la variable *número de intervenciones en el programa de deshabituación tabáquica al año por cada mil habitantes*.

Asimismo, se observa que presentan correspondencias comunes las siguientes categorías para valores positivos en la dimensión 1 y negativos en la dimensión 2, lo que indica menor urbanidad y nivel bajo de RP: la categoría *EP* (en pareja) de la variable *relaciones personales del farmacéutico*, *E3* (46-55) y *E4* (mayor 56) de la variable *edad del farmacéutico*, *H2* (2 hijos) de la variable *número de hijos del farmacéutico*, *P2* (1001-2000 habitantes) de la variable *población del municipio*, *A5* (20-29) y *A6* (mayor 29) de la variable *años trabajados por el farmacéutico*, *DM3* (11-50) de la variable *número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes*, *DPI* ( $\leq 5$ ) de la variable *número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes*, *I1* ( $\leq 5$ ) e *I2* (6-10) de la variable *número de consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes*, *M1* ( $\leq 5$ ) de la variable *número de consultas de medicamentos a la*

*semana por cada mil habitantes, S1 ( $\leq 5$ ) de la variable número de consultas de salud a la semana por cada mil habitantes, G3 (51-100) de la variable número de guardias realizadas al año, F4 (400001-500000) y F5 (500001-800000) de la variable facturación anual de la farmacia en euros, R1 (cordiales) y R3 (no existen) de la variable relaciones profesionales del farmacéutico con el médico de la variable relaciones profesionales del farmacéutico con el médico, T4 (46-50) y T5 ( $> 50$ ) de la variable número de horas trabajadas a la semana, DH1 (0-10) de la variable distancia (km) al hospital más próximo, V5 (coordina con otras farmacias de alrededor, contrata sustituto si lo encuentra y si no se queda un auxiliar) de la variable organización de las vacaciones por el farmacéutico, AC3 (11-50) de la variable número de ayudas al cumplimiento al año por cada mil habitantes, SF2 (6-10) y SF3 (11-50) de la variable número de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes, AD1 ( $\leq 5$ ) de la variable número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes, PT2 (6-10) de la variable número de pesados y tallados de bebés al año por cada mil habitantes y DT1 ( $\leq 5$ ) de la variable número de intervenciones en el programa de deshabituación tabáquica al año por cada mil habitantes.*

Por otra parte, se observa que presentan correspondencias comunes las siguientes categorías para valores negativos en la dimensión 1 y positivos en la dimensión 2, lo que indica mayor grado de ruralidad con menor nivel de CE y mayor nivel de RP: S (soltero) de la variable relaciones personales del farmacéutico, E1 ( $< 36$ ) y E2 (36-45) de la variable edad del farmacéutico, H0 (0 hijos) de la variable número de hijos del farmacéutico, P1 (menor 1001 habitantes) de la variable población del municipio, A1 ( $< 5$ ), A2 (5-9), A3 (10-14) y A4 (15-19) de la variable años trabajados por el farmacéutico, DM4 ( $> 50$ ) de la variable número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes, DP3 (11-50) de la variable número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes, I3 (11-50) e I4 ( $> 50$ ) de la variable número de consultas de indicación a la semana por cada mil habitantes, M3 (11-50) y M4 ( $> 50$ ) de la variable número de consultas de medicamentos a la semana por cada mil habitantes, S2 (6-10) y S3 (11-50) de la variable número de consultas de salud a la semana, G2 (1-50) de la variable número de guardias realizadas al año, F1 ( $< 100000$ ) de la variable facturación anual de la farmacia en euros, V2 (cierra por

vacaciones) de la variable *organización de las vacaciones por los farmacéuticos*, R4 (relación familiar) de la variable *relaciones profesionales del farmacéutico con el médico*, T1 (menor 35) de la variable *número de horas trabajadas a la semana*, DU3 (10-15) y DU5 (20-25) de la variable *distancia (km) al centro de urgencias más próximo*, DH2 (10-40) de la variable *distancia (km) al hospital más próximo*. Finalmente, se observa que presentan correspondencias comunes las siguientes categorías para valores negativos en ambas dimensiones, lo que indica menor ruralidad y nivel bajo de D: la categoría Y (mujer) de la variable *sexo del farmacéutico*, la categoría Z1 (centro de salud) y Z3 (dispensario), DM2 (6-10) de la variable *número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes*, DP2 (6-10) de la variable *número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes*, M2 (6-10) de la variable *número de consultas sobre medicamentos a la semana por cada mil habitantes*, G1 (0) de la variable *número de guardias realizadas al año*, F2 (100001-200000) y F3 (200001-400000) de la variable *facturación anual de la farmacia en euros*, V1 (no toma vacaciones) y V3 (contrata a un farmacéutico sustituto) de la variable *organización de las vacaciones por el farmacéutico*, R2 (relaciones cordiales) de la variable *relaciones profesionales del con el médico*, T2 (35-40) de la variable *número de horas trabajadas a la semana*, ES1 (0-0,1) de la variable *número de pediatras*, NMI (0-1) de la variable *número de médicos*, DU2 (5-10) y DU4 (15-20) de la variable *distancia (km) al centro de urgencias más próximo*, DH4 (> 80) de la variable *distancia (km) al hospital más próximo*, AC1 ( $\leq 5$ ) y AC2 (6-10) de la variable *número de ayudas al cumplimiento al año por cada mil habitantes*, SF1 ( $\leq 5$ ) de la variable *número de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes*, PT1 ( $\leq 5$ ) de la variable *número de pesados y tallados de bebés al año por cada mil habitantes* y CD1 ( $\leq 5$ ) de la variable *número de confección de dietas al año por cada mil habitantes*.

Por lo que de la interpretación del modelo de Correspondencias Múltiples realizado, cuanto mayor es el grado de urbanidad de los municipios donde ejercen los farmacéuticos, mayor es el grado de quemado de estos, correspondiéndose lo urbano con farmacéuticos masculinos en mayor grado, que viven en pareja con hijos, con una edad superior a 46 años, en municipios con más de 3000 habitantes o entre 1001 y 2000 habitantes si presenta menos carácter urbano, que disponen

de consultorio médico con más de un médico y con hasta un pediatra, con una facturación superior a 400000 euros, con un menor número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes, y un menor número de consultas de indicación, consultas sobre medicamentos y sobre salud a la semana por cada mil habitantes. Sin embargo, no existe una tendencia clara del número de dispensaciones de medicamentos al día por cada mil habitantes, al igual que ocurre con el número de ayudas al cumplimiento al año por cada mil habitantes y al de seguimientos farmacoterapéuticos al año por cada mil habitantes, y el número de intervenciones de deshabituación tabáquica al año por cada mil habitantes. Asimismo, se correlacionan con una mayor urbanidad de la oficina de farmacia, un menor número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes, un mayor número de pesados y tallados de bebés al año por cada mil habitantes, un mayor número de confección de dietas al año por cada mil habitantes, un mayor número de horas trabajadas a la semana, unas relaciones con el médico que no existen o son cordiales, con una distancia inferior a 5 km al centro de urgencias más próximo e inferior a 10 km al hospital más próximo.

De igual forma, se observa que cuanto mayor es el grado de ruralidad de los municipios donde ejercen los farmacéuticos, menor es el grado de quemado de estos, correspondiéndose lo rural con farmacéuticos femeninos en mayor grado que viven solteros y sin hijos, con una edad menor de 46 años, en municipios con menos de 1000 habitantes, que disponen de centro de salud o dispensario, con un médico y un bajo servicio de pediatría a tiempo parcial, con una facturación inferior a 400000 euros, con un mayor número de dispensaciones de productos de parafarmacia al día por cada mil habitantes, y un mayor número de consultas de indicación, sobre medicamentos y sobre salud a la semana por cada mil habitantes, un mayor número de atenciones domiciliarias al año por cada mil habitantes, un menor número de pesados y tallados de bebés al año por cada mil habitantes, un menor número de confección de dietas al año por cada mil habitantes, un menor número de horas trabajadas a la semana, unas relaciones con el médico familiares aunque a veces pueden ser no cordiales, con distancias superiores a 5 km al centro de urgencias más próximo y superior a 10 km al hospital más próximo.

Todo ello corrobora la discusión realizada en epígrafes anteriores.

**CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y FUTURAS  
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

## 7. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

En este epígrafe se exponen las conclusiones del presente trabajo de investigación y se proponen futuras líneas de investigación.

### 7.1. CONCLUSIONES.

- El perfil medio del farmacéutico que ejerce en oficina de farmacia en pueblos de menos de 5000 habitantes, consiste en farmacéuticos de ambos sexos (53,1% mujeres y 46,9% hombres), con una edad media de 48,6 años con el 40,1% de ellos con una edad comprendida entre 46 y 55 años, que viven en pareja (78,9%) y con una media de 1,6 hijos, poseyendo 2 hijos el 37,4%, y ejercen su labor profesional en pueblos de menos de 1000 habitantes (55,1%), facturando al año una media de 342233,0 €, y con una media de ejercicio profesional en la actual oficina de farmacia de 17,3 (DE= 11,1) años.
- El acceso a los servicios sanitarios de los habitantes de los municipios estudiados, puede ser un problema en las zonas más rurales debido a la falta de hospitales (distancia media al hospital más cercano 34,5 km (DE= 20,3)), la ausencia de un número adecuado de profesionales de medicina (la media del número de médicos que prestan su labor asistencial es de 1,6 (DE= 1,2) y solamente el 29,9% de los municipios disponen de más de un médico, y la media de pediatras es de 0,2 (DE=0,4), lo que indica que en una gran proporción lo hacen a tiempo parcial, y además no hay ningún pueblo que disponga de más de un pediatra, no disponiendo de ningún otro especialista) y la falta de adecuados servicios técnicos.

- Las oficinas de farmacia se encuentran más ampliamente distribuidas en las áreas rurales que los servicios médicos, ya que la distancia desde el municipio donde se emplaza la oficina de farmacia al municipio donde se emplaza otra oficina de farmacia más próxima es de 6,7 (DE= 5,0) km, mientras que al centro de urgencias más próximo es de 8,1 (DE= 7) km, al centro de salud más próximo de 9,6 (DE= 8,7) km y al hospital más próximo de 34,5 (DE= 20,3) km.
- La mayoría de las oficinas de farmacia estudiadas solamente disponen de un farmacéutico para atender al público, ya que solamente contratan a un farmacéutico a tiempo total el 19,7% y uno a tiempo parcial el 5,5%, debido a la economía de escala de estas farmacias.
- El régimen de horarios, guardias y vacaciones de las oficinas de farmacia estudiadas, se caracterizan porque abren al público una media de 38,1 (DE = 5,2) horas a la semana, y 3,1 (DE = 1,8) sábados de media al mes, realizando una media de guardias al año de 100,6 (DE = 104,9) días, siendo localizadas el 62,4%, presenciales el 25,6% y presencial y localizada fuera de horario común el 12,0%, indicando sin embargo el 15,1% de los farmacéuticos, que no realiza ningún día de guardia al año. Asimismo, toman una media de 8,8 (DE = 9,6) días de vacaciones, siendo de destacar, que el 46,3% de ellos asegura no tomar vacaciones.
- La carga de trabajo de los farmacéuticos muestrales es elevada, ya que dispensan una media de 72,5 (DE= 58,5) medicamentos al día, predominando los que dispensan entre 26 y 50 medicamentos con un 30,8%, sin embargo, la media de dispensaciones de productos de parafarmacia al día es de 12 (DE= 12,3) predominando los que dispensan 5 ó menos productos de parafarmacia al día con un 38,4%. Asimismo, en cuanto a la media de consultas realizadas a la semana al farmacéutico, predominan las de indicación con una media de 21,5 (DE= 27,7), seguidas por la de medicamentos con una media de 12,9 (DE= 21,7), y por último

las consultas relacionadas con la salud de los pacientes con una media de 4,6 (DE= 5,7).

- Los principales servicios que prestan las oficinas de farmacia a sus clientes son la medición de la presión arterial en el 87,1% (gratuitamente el 57,0%), la medición de la glucemia en el 12,2% (gratuitamente el 22,2%), la medición del colesterol en el 6,8% (ninguna gratuitamente), y finalmente, también se ofertan otros servicios de determinaciones biológicas, como el Test de embarazo (2,1%), otros parámetros bioquímicos (2,1%), análisis clínicos (0,7%) y medición del peso (0,7%).
  
- Un elevado porcentaje de los farmacéuticos estudiados realizan atención farmacéutica, así las ayudas al cumplimiento presentaron una media de 83,5 (DE = 294,6) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 2000 pacientes al año, el seguimiento farmacoterapéutico realizado por el farmacéutico, presentó una media de 42,6 (DE = 190,7) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 2000 pacientes al año, la media de la atención domiciliaria realizada por el farmacéutico fue de 9,5 (DE= 53,9) pacientes al año, con un rango entre 0 y 600 pacientes al año, la media de peso y talla de bebés fue de 12,2 (DE= 45,0) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 500 pacientes al año, la media de confección de dietas a los pacientes fue de 15,8 (DE= 111,6) pacientes al año, con un rango que oscila entre 0 y 1000 pacientes al año, la media pacientes sometidos al programa de deshabituación tabáquica fue de 1,3 (DE= 6,2) pacientes al año con un rango de 0 y 60 pacientes al año.
  
- Los farmacéuticos consideran que las relaciones profesionales con los médicos que pasan consulta en el ámbito geográfico donde ejercen su labor profesional son cordiales (87,1%), lo que redundará en una mejor atención farmacéutica.

- Los farmacéuticos consideran que el organismo que más les ayuda en su labor de atención farmacéutica, es el CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos Provincial, y el que menos los Farmacéuticos de Distrito.
- Los farmacéuticos realizan formación continuada, destacando la que se realiza a distancia (54,4%) frente a la presencial (38,8%), habiendo realizado cursos organizados mayoritariamente por el CGCOF (35,0%) para la primera modalidad y por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos Provinciales (53,7%) para la segunda, y las temáticas principales sobre las que versan dichos cursos son atención farmacéutica (11,4%), drogodependencias (8,9%) y vacunas (8,9%) para el primer tipo de cursos y fotoprotección (7,4%) y ortopedia (5,6%) para el segundo.
- Los principales problemas que se encuentra el farmacéutico en el ejercicio de su profesión en el medio rural por orden de importancia descendente son: La falta de personal para sustituciones, guardias poco racionalizadas, la organización del periodo vacacional, la despoblación y la baja rentabilidad.
- Los farmacéuticos rurales consideran que las organizaciones farmacéuticas que mejor defienden sus intereses por orden de importancia descendente son los Colegios Provinciales de Farmacéuticos y la Asociación de Farmacéuticos Rurales, aunque suspenden a todas en sus valoraciones.
- El 87,7% de los farmacéuticos se sienten rurales mientras que el 5,5% no.
- Se ha desarrollado un Índice General de Ruralidad en Oficina de Farmacia en España (IGROFE) que permite determinar el grado de ruralidad de las oficinas de farmacia, y se ha determinado su fiabilidad.
- El porcentaje de municipios con oficinas de farmacia rurales de la muestra es del 63,2 % según el índice IGROFE, pero si además se incluyen los

municipios de menos de 5000 habitantes que no disponen de oficinas de farmacia este porcentaje es del 78,42%.

- El concepto de ruralidad basado solamente en la población y densidad de población que propone la Ley 45/2007, de 13 de diciembre (BOE, 2007), considera rurales a un porcentaje mayor (91,01%) de municipios de España frente al definido por el índice de ruralidad IGROFE (78,42%) que además de la población incluye parámetros sanitarios.
- Los farmacéuticos que ejercen en el medio rural así como las personas que habitan en estas zonas, disponen de menos infraestructura sanitaria y cuando no la hay tienen que desplazarse para disponer de ella una mayor distancia que los que lo hacen en el medio urbano.
- Se ha validado el cuestionario MBI para su aplicación en la detección del síndrome de *burnout* en farmacéuticos de oficina de farmacia en España.
- En general, los farmacéuticos muestran un nivel medio de grado de quemado, ya que las tres subescalas presentan este nivel, siendo la prevalencia del 9,52 %.
- Se ha correlacionado la atención farmacéutica que prestan los farmacéuticos de oficina de farmacia de España con su nivel de quemado y el grado de ruralidad de la misma, observándose mayor grado de quemado en oficinas de farmacia urbanas que prestan mayor número de servicios de atención farmacéutica en valor absoluto y menor grado de quemado en las rurales que prestan menor número de servicios de atención farmacéutica en valor absoluto. Sin embargo, si se relativiza el número de actuaciones de atención farmacéutica que prestan los farmacéuticos, teniendo en consideración la cuantificación de la población a la que atienden, no existe una tendencia clara entre quien realiza un mayor número de estas prestaciones de atención farmacéutica, si los farmacéuticos rurales o los urbanos.

- La prevalencia del síndrome de *burnout* de los farmacéuticos que ejercen en oficina de farmacia en España es muy inferior a la de otras profesiones sanitarias, destacando una mayor Realización Personal de los farmacéuticos.
- Es necesario, desarrollar por las autoridades competentes un marco donde se regule específicamente el ejercicio del farmacéutico comunitario de oficina de farmacia rural en España, que permita mejorar sus condiciones de trabajo, mayor remuneración del mismo, sobre todo para los de pueblos con menor número de habitantes, y facilitar sus posibilidades de promoción. Entre tanto, una medida importante para paliar el síndrome de *burnout* es fomentar la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que permitan reforzar el optimismo y la autoestima, así como las habilidades de comunicación con el paciente.

### **7.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**

- Estudiar la prevalencia del síndrome de *burnout* en España para todos los farmacéuticos que ejercen en oficina de farmacia tomando una mayor muestra por comunidades autónomas.
- Particularizar el índice de ruralidad IGROFE para las diferentes zonas territoriales de España, obteniendo una familia de índices IGROFE para toda España, que además, contemplen las zonas rurales sin oficina de farmacia.
- Estudiar el grado de satisfacción de los pacientes con los farmacéuticos de oficina de farmacia en España discriminando entre ejercicio en medio rural y urbano.

**CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFÍA**

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

- Abramovay, R. Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo, Texto para Discussão nº 702, Ministério Do Planejamento, Orçamento E Gestão. Rio de Janeiro; Instituto de Pesquisa Económica Aplicada; 2000.
- Albro W. Enjoying "small town" pharmacy practice. *Am Pharm* 1992; NS32 (4): 33-36.
- Anderson C. Health promotion in community pharmacy: the UK situation. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 285–291.
- Arvey Rd, Bouchard TJ, Segal NL, Abraham LM. Job satisfaction: environmental and genetic components. *J Appl Psychol* 1989; 74: 187-192.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Public* 1997; 71: 293-303.
- Auditoria Salud. El síndrome de burnout. En: *Master Prevención de Riesgos Laborales, Especialidad de Ergonomía y Psicología Aplicada. Auditoría Salud*, 2006. pp 532-538.
- Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's Health*. Canberra: AIHW, 2002
- Australian Institute of Health and Welfare. *Health in Rural and Remote Australia*. AIHW Cat, no. PHE 6. Canberra: AIHW, 1998.
- Aveni M, Albani F. The burnout syndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area. En *Via, J. y Portella, E. La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía*. Barcelona: S. G. Editores, 1992.
- Baena MI, Martínez-Olmos J, Faus FJ, Fajardo P, Martínez-Martínez F. El seguimiento farmacoterapéutico: un componente de la calidad en la atención al paciente. *Ars Pharm* 2005; 46 (3): 213-232.

- Bamford EJ, Dunne L, Taylor DS, Symon BG, Hugo GJ, Wilkinson D. Accessibility to general practitioners in rural South Australia. *Med J Australia* 1999; 171: 614-616.
- Bannister D. Transport mobility and deprivation in inter-urban areas. Farnborough, Hants: Teakfield, 1980.
- Barry, PD. Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. Philadelphia: J.B. Lippincott Company: 1984.
- Beale C. Poughkeepsie's complaint or defining metropolitan areas. *American Demographics* 1984; 6: 2-3, 46-48.
- Beemsterboer J, Baum BH. "Burnout": definitions and health care management. *Soc Work Health Care* 1984; 10 (1): 97-109.
- Best RH. Land use and living space. London: Methuen. 1981.
- Bigbee JL, Abood R, Landau SC, Maderas NM, Foster DG, Ravnan S. Pharmacy Access to Emergency Contraception in Rural and Frontier Communities. *J Rural Health* 2007; 23 (4): 294-298.
- Blenkinsopp A, Panton R, Anderson C. Health Promotion for Pharmacists, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Blenkiron P. The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. *Postgrad Med J* 1996; 72(853): 671-676.
- Blunden J, Pryce W, Dreyer P. The classification of rural areas in the European context: an exploration of a typology using neural network applications. *Reg Stud* 1998; 32(2): 149-161.
- BOA. Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón 2/2001, de 8 de marzo, de modificación de la Ley 4/1999, de 25 de marzo, de ordenación Farmacéutica de Aragón. Boletín Oficial de Aragón Núm. 33 de 19 de marzo 2001.
- BOCM. Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en Castilla la Mancha. Boletín Oficial de Castilla La Mancha Núm. 191 de 15 de septiembre 2006.

- BOE. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Boletín Oficial del Estado Núm. 100 de 26 de abril 1997.
- BOE. Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. Boletín Oficial del Estado Núm. 299 de 14 de diciembre 2007.
- BOE. Ley 7/2006, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica de la comunidad autónoma de Galicia. Boletín Oficial del Estado Núm. 10 de 11 de enero 2006.
- BOE. Real Decreto-Ley 11/1996, de 17 de junio, de ampliación del Servicio Farmacéutico a la población. Boletín Oficial del Estado Núm. 160 de 3 de julio 1996.
- BOJA. Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía Núm. 254 de 28 de diciembre 2007.
- Britt H, Miles DA, Bridges-Webb C et al. A comparison of country and metropolitan general practice. Med J Australia 1993; 159 (Suppl.) S9–S64.
- Burns N, Carney K, Slinkman C. Development of the Rural-Urban Demand Indicator (RUDI). Res Nurs Health 1998; 21: 453-466.
- Bustelo MF. La botica se “busca la vida” ante la falta de sustitutos en meses estivales. [www.correofarmaceutico.com/edicion/correo\\_farmaceutico/profesion/es/desarrollo/1147426.html](http://www.correofarmaceutico.com/edicion/correo_farmaceutico/profesion/es/desarrollo/1147426.html) (21/07/2008).
- Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, De Lucas N, Panadero E. Situación de *burnout* de los pediatras intensivistas españoles. An Esp Pediatr 2000; 52 (5): 418-423.
- Calgan Z, Yegenoglu S, Aslan D, Geyik PO. Community pharmacists' burnout levels and influencing factors in Ankara, Turkey: Preliminary findings of a community based study. Eur J Pharm Sci 2007; 32S: S15.
- Carrie AG, Grymonpre RE, Blandford AA. Impact of residence on prevalence and intensity of prescription drug use among older adults. Ann Pharmacother 2006; 40(11): 1932-1938.

- Casey MM, Klingner J, Moscovice I. Pharmacy services in rural areas: is the problem geographic access or financial access? *J Rural Health* 2002; 18: 467-477.
- Castro H, Reboratti C. Revisión del concepto de ruralidad en la Argentina y alternativas posibles para su redefinición. Buenos Aires; Serie estudios e investigaciones nº 15 del Ministerio de Economía y Producción; 2008.
- Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17(6): 483-489.
- CEREM. Consecuencias negativas psicosociales. En: Master Prevención de Riesgos Laborales, Especialidad de Ergonomía y Psicología Aplicada. CEREM, 2006. pp 44-47.
- CGCOF. La distribución de la farmacia en España. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe Mayo 2008.
- Chan D, Hui EK. Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Bri J Educ Psychol* 1995; 65: 15-25.
- Chang CH, Shank LD. Availability of emergency contraception at rural and urban pharmacies in Pennsylvania. *Contraception* 2006; 73: 382-385.
- Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout working college students: stress as a mediator. *Pers Individ Dif* 2000; 29: 255-263.
- Chyka PA, Conner HG. Availability of antidotes in rural and urban hospitals in Tennessee. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51: 1346-1348.
- Clarke LL, Coward RT. A multivariate assessment of the effects of residence on infant mortality. *J Rural Health* 1991; 7: 246-265.
- Cleland CL, Mushlitz B. Measuring rurality: connections. Presented at the meeting of the Rural Sociological Society, Columbus, Ohio, August 1991.
- Cloke PJ, Edwards G. Rurality in England and Wales 1981: a replication of the 1971 index. *Reg Stud* 1986; 20: 289-306.

- D’Plesse P. Redefining remoteness in the post industrial society. *Education in Rural Australia* 1993; 2: 1–6.
- De Ferranti D, Perry G, Foster W, Lederman D, Valdés A. *Beyond the city. The rural contribution to development*. Washington; World Bank; 2005.
- Dellasega C, Orwig D, Ahern F, Lenz E. Postdischarge medication use of elderly cardiac patients from urban and rural locations. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54(10): M514-M520.
- Dempsey P, Wilson D, Taylor A, Wilkinson D. Self-reported patterns of health services utilisation: An urban-rural comparison in south Australia. *Aust J Rural Health* 2003; 11: 81-88.
- Díaz RI, Hidalgo I. El síndrome de burnout en los médicos del sistema sanitario público de un área de salud. *Clin Esp* 1994; 194: 670-676.
- Dignam JT, Barrera M, West SG. Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *Am J Commun Psychol* 1986; 14 (2): 177–193.
- Dirven M. El empleo rural no agrícola y la diversidad rural en América Latina. *Revista de la CEPAL* 2004; 83: 50-69.
- DOCV. Decreto 187/1997, de 17 de junio, del Gobierno Valenciano, sobre horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana. *Diario Oficial Comunidad Valenciana* Núm. 3020 de 24 de junio de 1997.
- Duxbury ML, Armstrong GD, Drew DJ, Henly SJ. Head nurse leadershipstyle with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nurs Res* 1984; 33 (2): 97–101.
- Echeverri P, Ribero MP. *Nueva ruralidad. Visión del territorio en América Latina y el Caribe*. San José, Costa Rica; IICA; 2002.
- Emener W, Luck R. *Emener-Luck Burnout Scale*. Nueva York: Elbos, 1980.
- Emerson L. *Literature Review: Recruitment and Retention of Pharmacists in Rural and Remote Areas*. Canberra: The Pharmacy Guild of Australia. 1998.

- Emerson L. Working with rural and remote area pharmacists. How do you do it? In: Rural and Remote Australia: Health for all by the Year 2000. 4th National Rural Health Conference. Perth: NRHA. 1997.
- Epstein D. Can rural pharmacy survive? *Drug Topics* 1996; 140 (14): 58.
- Faiguenbaum S, Namdar-Iraní M. Definiciones oficiales de “rural y/o urbano” en el mundo, Documento de Trabajo Interno efectuado para la Unidad de Desarrollo Agrícola. Santiago de Chile; CEPAL; 2005. (inédito).
- Farmer FL, Clarke LL, Miller MK. Consequences of differential residence designations for rural health policy research: the case of infant mortality. *J Rural Health* 1993; 9: 17–26.
- Faulkner HW, French S. Geographic Remoteness: Conceptual and Measurement Problems. Canberra: Bureau of Transport Economics, 1983; 54.
- Faus MJ, García E, Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Machuca M, Bibiana M. Proyecto de Atención Farmacéutica. En: III curso de postgrado de capacitación en atención farmacéutica. Grupo Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y Bayvit, 2003. pp. 26.
- Faus MJ, Martínez-Romero F. PROGRAMA DADER de Implantación del Tratamiento Farmacológico. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, 1999.
- Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO et al. Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23:1425-1429.
- Freudenberg M. Staff Burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-166.
- Friedman I. Measuring school principal-experienced burnout. *Educ Psychol Meas* 1995; 55 (4): 641-651.
- Fuguitt GV. The city and the countryside. *Rural Sociol* 1963; 28: 246-261.
- Gangness DE. Pharmaceutical care for rural patients: Ominous trends. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37 (1): 62-65, 84.

- García Izquierdo M. Una escala para la evaluación del burnout profesional en las organizaciones. Santiago de Compostela: III Congreso Nacional de Psicología Social, 1990.
- García JM, Herrero S, León JL. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología* 2007; 25 (2): 157-174.
- Garden A. Despersonalization: A valid dimension of burnout? *Hum Relat* 1987; 40 (9): 545-560.
- Gilg AW. Population and employment. *Progress in rural geography*. London: Croom Helm. 1983. pp 74-105.
- Gillespie D. Correlates for active and passives Burnout, types of Burnout. *J Soc Serv Res* 1980; 4 (2): 1-16.
- Gil-Monte PR, Marucco MA. Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 450-6.
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. *Síntesis*, 1997.
- Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Pirámide*, 2005a.
- Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1): 1-8.
- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135(7-8): 101-108.
- Golembiewski RT, Munzenrider RF, Stevenson JG. *Stress in Organizations*. New York: Praeger, 1986.
- Golembiewski, TR, Munzenrider, RF. *Phases of Burnout: Developments in Concepts and Applications*. Greenwood Press, 1989.

- González P, Suberviola JF. Prevalencia del syndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22 (9): 580-584.
- Griffith DA. The development of a spatial model to quantify access to services in rural and remote areas of Australia. PhD Thesis. Darwin: Northern Territory University, 1996.
- Grymonpre RE, Hawranik PG. Rural Residence and Prescription Medication Use by Community-Dwelling Older Adults: A Review of the Literature. *J Rural Health* 2008; 24(2): 203-209.
- Gupchup GV, Lively BT, Holiday-Goodman M, Siganga WW, Black CD. Maslach Burnout Inventory: factor structures for pharmacists in health maintenance organizations and comparison with normative data for USA pharmacists. *Psychol Rep* 1994; 74: 891-95.
- Gupchup GV, Lively BT, Holiday-Goodman M, Siganga WW, Black CD. Maslach Burnout Inventory: factor structures for pharmacists in health maintenance organizations and comparison with normative data for USA pharmacists. *Psychol Rep* 1994; 74: 891-95.
- Gupchup GV, Singhal PK, Dole EJ, Lively BT. Burnout in a sample of HMO pharmacists using the Maslach Burnout Inventory. *J Managed Care Pharm* 1998; 4 (5): 495-503.
- Gupchup GV, Singhal PK, Dole EJ, Lively BT. Burnout in a sample of HMO pharmacists using the Maslach Burnout Inventory. *J Managed Care Pharm* 1998; 4 (5): 495-503.
- Hair J, Anderson T, Tatham R, Black W. Análisis multivariante. Madrid: 5ª ed. Prentice Hall, 1999.
- Halfacree KH. Locality and social representation: space, discourse and alternative definitions of the rural. *J Rural Stud* 1993; 9 (1): 23-37.
- Harding A, Whitehead P, Aslani P, Chen T. Factors affecting the recruitment and retention of pharmacists to practice sites in rural and remote

areas of New South Wales: A qualitative study. *Aust. J. Rural Health* 2006; 14: 214-218.

- Harding A, Whitehead P, Aslani P, Chen T. Factors affecting the recruitment and retention of pharmacists to practice sites in rural and remote areas of New South Wales: A qualitative study. *Aust J Rural Health* 2006; 14: 214–218.
- Harrington V, O’Donoghue D. Rurality in England and Wales 1991: a replication and extension of the 1981 rurality index. *Sociol Ruralis* 1998; 38(2): 178-203.
- Hays RB, Craig ML, Wise AL et al. A sampling framework for rural and remote doctors. *Aust J Public Health* 1994; 18: 273–276.
- Health Services Research Group. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 1727-1731.
- Hernández LG, Olmedo E, Ibáñez I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology* 2004; 4 (2): 323-336.
- Herradón J. La farmacia rural: garantía de atención farmacéutica a la población del medio rural en Castilla y León. *El farmacéutico* 2008; extra: 72-74.
- Herzberg F. *The motivation to work*. 2nd ed. New York, NY: John Wiley and Sons: 1959.
- Hidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout”. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2008.
- Hodge K, Whitby M. *Rural employment: trends, options, choices*. London: Methuen. 1981.
- Holland P, Michael W. The concurrent validity of the Holland Burnout Assessment Survey for a sample of middle school teachers. *Educ Psychol Meas* 1993; 53: 1067-1077.

- Hourihan F, Krass I, Chen TC. Rural Community Pharmacy: A Feasible Site for a Health Promotion and Screening Service for Cardiovascular Risk Factors. *Aust J Rural Health* 2003; 11: 28-35.
- Humphreys J, Rolley F. Health and Health Care in Rural Australia: a Literature Review. Armidale; University of New England; 1991.
- Humphreys JS. Delimiting “rural”: Implications of an agreed “rurality” index for healthcare planning and resource allocation. *Aust J Rural Health* 1998; 6: 212-216.
- Hurrell JJ. Occupational stress: issues and developments in research. New York: Taylor and Francis, 1988.
- Jackson JK, Sweidan M, Spinks JM, Snell B, Duncan GJ. Public health—recognising the role of Australian pharmacists. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 2004; 34: 290–292.
- Jones JW. The Staff burnout scale for health professionals. Park Ridge: London house, 1980.
- Knapp KK, Paavola FG, Maine LL, Sorofman B, Politzer RM. Availability of primary care providers and pharmacists in the United States. *J Am Pharm Assoc* 1999; NS39: 127-135.
- Kremer L, Hofman J. Teachers’ professional identity and burn-out. *Res Educ* 1985; 34: 89-95.
- Lacadena C. Atención Farmacéutica y Farmacia Rural. Granada: III Congreso Nacional Farmacéutico, 2002.
- Lahoz MR, Mason HL. Burnout among pharmacists. *Am Pharm* 1990; NS30: 460-64.
- Lahoz MR, Mason HL. Maslach Burnout Inventory: factor structures and norms for USA pharmacists. *Psychol Rep* 1989; 64: 1059-63.
- Larson EH, Johnson KE, Norris TF, Lishner DM, Rosenblatt RA, Hart LG. Rural health workforce: context, trends and issues. In: *State of the Health Workforce in Rural America: Profiles and Comparisons*. Seattle, Wash: WWAMI Rural Health Research Center 2003; 7-14.

- Larson, S. Achieving pharmaceutical care in a hospital setting. *Wisconsin Pharmacist* 1997; 62 (2): 13-14.
- Lassila HC, Stoehr GP, Ganguli M, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES Project. *Ann Pharmacother* 1996; 30(6): 589-595.
- Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Leduc E. Defining rurality: A General Practice Rurality Index for Canada. *Can J Rural Med* 1997; 2(2): 125-31.
- Lee RT, Ashford BE. A Longitudinal Study Among Supervisor and Managers: Comparisons Between the Leiter and Maslach. *Organizational and Human Decision Processes* 1993; 54: 369-398.
- Leversha A, Strasser R, Teed A. Training and support program for pharmacists in rural Victoria. *Aust J Rural Health* 2001; 9: 7-11.
- Llana FJ. *Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*, 10ª edición. Valladolid, España: Editorial Lex Nova: 2008.
- London M. Rural health care in New Zealand: Poised for renaissance? *Aust J Rural Health* 2002; 10 (2): 117-124.
- March Cerdá JC, Puche Herrero MT, Ramos R, Arroyo L, Romero M. La atención farmacéutica: Médicos, farmacéuticos y pacientes. *Gac Sanit* 2008; 22(Supl 2): 42.
- Martín J, Gómez T, Martínez C, Del Cura MI, Cabezas MC, García S. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Aten Primaria* 2008; 40(7): 327-336.
- Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria* 2003; 32: 343-8.

- Martínez M, Centeno C, Sanz-Rubiales A, Del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Rev Med Univ Navarra* 2009; 53 (1): 3-8.
- Maslach C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual* 1984; 5: 133–135.
- Maslach C, Jackson SE. *Manual Maslach Burnout Inventory, 2nd Edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press: 1981; 1-17.
- Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. *The Burnout syndrome*. California: Berkely University of California: 1981.
- Maslach C. Burned out. *Hum behaviour* 1976; 59: 16-22.
- Matía AC, Cordero J, Mediavilla J, Pereda MJ. Prevalence of burnout and linked variables in primary care doctors in Burgos. *Aten Primaria* 2006; 38(1): 58-59.
- Matthews D. A comparison of burnout in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*; 1990; 38 (3): 230-239.
- Mayer ML, Stearns SC, Norton EC, Rozier G. The Effects of Medicaid Expansions and Reimbursement Increases on Dentists' Participation. *Inquiry* 2000, 37(1), forthcoming.
- McCormick E. Local students shadow a small-town pharmacist. *Pharmacy Times* 1998; 64(3): 70-73.
- Medeiros MI. El concepto de ambiente rural en cuestión. *Terra Livre* 2002; 19.
- Metge C, Grymonpre RE, Dahl M, Yogendran M. Pharmaceutical use among older adults: using administrative data to examine medication-related issues. *Can J Aging*. 2004; 24(Suppl. 1): 81-95.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Consenso sobre atención farmacéutica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. pp. 27.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Foro de atención farmacéutica. 2008. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>. Disponible el 29/01/2010.
- Moreno B, Oliver C. El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación a nuevas versiones. En Porns, M. y Anguera, M. (Comp.). Aportaciones a la evaluación psicológica. Barcelona: P.P.U., 1993. pp 161-174.
- Moseley MJ. Accessibility: the rural challenge. London: Methuen. 1979.
- Murray G, Judd F, Jackson H, Fraser C, Komiti A, Hodgins G, Pattinson P, Humphreys J, Robins G. Rurality and mental health: the role of accessibility. Aust Nz J Psychiat 2004; 38: 629-634.
- Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. Stress Med 1991; 7 (4): 201-205.
- Ngorsuraches S, Lerkiatbundit S, Li SC, Treesak C, Sirithorn R. Development and validation of the patient trust in community pharmacists (TRUST-Ph) scale: Results from a study conducted in Thailand. Res Soc Adm Pharm 2008; 4: 272-283.
- Office of Rural Health and Primary Care. Profile of pharmacies in rural Minnesota. St. Paul: Minnesota Department of Health, 2003.
- OMS. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. Manual. Organización Mundial de la Salud. 2006. pp. 111.
- OMS. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la Organización Mundial de la salud. Tokio, Japón: Organización Mundial de la Salud, 1993.
- Pacione M. Rural geography. London: Harper and Row. 1984.
- Parkes DN, Burnley IH, Walker SR. Arid Zone Settlement in Australia: a Focus on Alice Springs. Tokyo: The United Nations University, 1985.
- Pera G, Serra-Prat M. Burnout syndrome: prevalence and associated factors among workers in a district hospital. Gac Sanit 2002; 16 (6): 480-486.

- Pérez T, Díaz C. Prevalencia del burnout en farmacéuticos de atención primaria. *Farmacia de atención primaria* 2007; 5 (1): 2-7.
- Philips D, Willians A. *Rural Britain: A social geography*. Oxford: Basil Black-well. 1984.
- Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. En Cherniss, C. (Ed). *Staff burnout: Job stress in the human services*. NuevaYork: The Free Press, 1981.
- Pitblado R. The validity of the GPRI. *Can J Rural Med* 2007; 12 (4): 247.
- Pratt AC. Discourse of rurality: loose talk or social struggle? *J Rural Stud* 1996; 12 (1): 69-78.
- Prieto L, Roble E, Salzar LM, Daniel E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002; 29: 294-302.
- Quiñones S, Martínez A, Torres P, Saez M, Aspizua P. Valoración de la atención farmacéutica desarrollada en una farmacia rural. Valencia: IV Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, 2010.
- Radford A, Slifkin R, Fraser R, Mason M, Mueller K. The Experience of Rural Independent Pharmacies With Medicare Part D: Reports From the Field. *J Rural Health* 2007; 23(4): 286-293.
- RAE. *Diccionario de la Lengua Española*. 22<sup>a</sup> ed. Madrid: Real Academia Española; 2001.
- Ranelli PL, Coward RT. Residential differences in the use of pharmacies by older adults and their communication experiences with pharmacists. *J Rural Health* 1996; 12 (1): 19-32.
- Redfield R. *The Fol. Culture of Yucatan*. Chicago; University of Chicago Press; 1941.
- Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19(2): 153-157.

- Ricketts TC, Johnson-Webb KD, Taylor P. Definitions of Rural: A Handbook for Health Policy Makers and Researchers. A technical issues paper prepared for the Federal Office of Rural Health Policy Health Resources and services Administration US DH.
- Rodríguez A, Saborío M. Lo rural es diverso, evidencia para el caso de Costa Rica. San José, Costa Rica; IICA; 2008.
- Rodríguez FJ, Blanco MA, Issa S, Romero L, Ganoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(8): 442-447.
- Rodríguez FJ, Blanco MA, Issa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el *burnout* en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36 (8): 442-7.
- Rosenblatt RA, Hart G. Physicians and rural America. In Ricketts, TC III (Ed.), *Rural Health in the United States*. Nueva York: Oxford University Press, 1999.
- Rosswurm M. Nursing perspectives on the health care of rural elders. *Geriatr Nurs* 2001; 22: 231-233.
- Rourke J. In search of a definition of “rural”. *Can J Rural Med* 1997; 2(3): 113-117.
- Seidman S, Zager J. The Teacher Burnout Scale. *Educ Res Quart* 1986; 11 (1): 26-33.
- Shaw JM. Rural deprivation and social planning: an overview. *Rural deprivation and social planning*. Norwich: Geobooks. 1984. pp 175-207.
- Sheldon TA. Formula fever: Allocations resources in the NHS (comment). *Brit Med J* 1997; 315: 964.
- Slifkin R. Developing policies responsive to barriers to health care among rural residents: What do we need to know? *J Rural Health* 2002; 18: 233-241.
- Smith BJ, Parvin D. Defining and measuring rurality. *Southern Journal of Agricultural Economics* 1973; 109-113.

- Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 227-233.
- Soledad M. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermedades de unidades de terapia intensiva. *Interdisciplinaria* 2008; 25 (1): 5-27.
- Stearns C, Slifkin RT, Edin HM. Access to Care for Rural Medicare Beneficiaries. *J Rural Health* 2000; 16 (1): 31-42.
- Strasser R. Rural general practice: is it a distinct discipline? *Aust Fam Physician* 1995; 24: 870–876.
- Straub LA, Straub SA. Consumer and Provider Evaluation of Rural Pharmacy Services. *J Rural Health* 1999; 15(4): 403-412.
- Sunderland B, Burrows S, Joyce A, McManus A, Maycock B. Rural pharmacy not delivering on its health promotion potential. *Aust J Rural Health* 2006; 14: 116-119.
- Thompson JM, McNair NL. Health care reform and emergency outpatient use of rural hospitals in Alberta, Canada. *J Emerg Med* 1995; 13 (3): 415-21.
- Tickamyer AR. Rural-urban influences on legislative power and decision-making. *Rural Sociol* 1983; 48: 133-147.
- Timothy P. The Economic Realities of Rural Pharmacy Practice. *J Rural Health* 2001; 17 (2): 77-81.
- Torrible SJ, Hogan DB. Medication use and rural seniors. Who really knows what they are taking? *Can Fam Physician* 1997; 43: 893-898.
- Traynor AP, Sorensen TD. Assessing Risk for Loss of Rural Pharmacy Services in Minnesota. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45: 684-693.
- Vanderboom C, Madigan E. Federal Definitions of Rurality and the Impact on Nursing Research. *Res Nurs Health* 2007; 30: 175-184.

- Varela-Centelles PI, Fontao LF, Martínez AM, Pita A, Valin MC. Professional burnout in dentists and stomatologists of the Galician Health Service. *Aten Primaria* 2005; 35(6): 301-305.
- Venturi P, Dell'Erba G, Rizzo F. Disagio mentale, uso di psicofarmacie malattie psicomatice in due gruppi di soggetti a rischio per la sindrome del burnout. *Minerva Psichiatrica* 1994; 35: 155-167.
- Wakerman J. Defining remote health. *Aust J Rural Health* 2004; 12: 210-214.
- Warchivker I, Tjapangati T, Wakerman J. The turmoil of Aboriginal enumeration: mobility and service population analysis in a central Australian community. *Aust Nz J Publ Heal* 2000; 24: 444-449.
- Weinert C, Boik RJ. MSU Rurality Index: Development and Evaluation. *Res Nurs Health* 1995; 18: 453-464.
- Wilkinson D, Ryan P, Hiller J. Variation in mortality rates in Australia: correlation with Indigenous status, remoteness and socio-economic deprivation. *J Public Health Med* 2001; 23: 74-77.
- Williamson, GR. Pharmacy public relations at a small rural hospital. *Am J Hosp Pharm* 1998; 45: 1893-1896.
- Wolfgang AP, Kirk KW, Shepherd MD. Job stress in pharmacy practice: implications for managers. *Am Pharm* 1985; NS25: 446-449.
- Xu KT, Smith SR, Borders TF. Access to prescription drugs among noninstitutionalized elderly people in west Texas. *Am J Health Syst Pharm* 2003; 60(7): 675-682.



**ANEXO: CUESTIONARIO**

## CUESTIONARIO:

Código:

Fecha en que rellenas la encuesta:

Día de la semana:

***a) A continuación te vamos a hacer unas preguntas relacionadas con variables sociodemográficas del farmacéutico***

1. Sexo (señala con una X a la izquierda):

Varón

Mujer

2. Edad:

3. Relaciones personales (señala con una X a la izquierda):

Vives solo (soltero, divorciado, viudo,..)

Vives en pareja

4. Número de hijos/as:

***b) A continuación te vamos a hacer unas preguntas relacionadas con la infraestructura sanitaria del municipio donde se emplaza la oficina de farmacia***

5. En el municipio hay (señala con una X a la izquierda):

Un centro de salud

Un consultorio médico

Un dispensario

Otro (especificar)

6. Número de médicos/as:

7. Número de enfermeros/as:

8. ¿Hay pediatra?:

9. Número de días a la semana con consulta médica:

10. Número de horas por día de visita médica:
11. Número de pacientes (media) por día de visita:
12. En tu municipio hay servicio de Urgencias 24 horas:
13. En caso negativo, ¿qué distancia hay al Dispositivo de Urgencias más cercano (km/minutos)?:
14. Distancia a la farmacia más cercana (km/minutos):
15. Distancia el Centro de Salud/Ambulatorio más cercano (km/minutos):
16. Distancia al Hospital más cercano (km/minutos):

*c) El siguiente bloque de preguntas está relacionado con la **estructura y funcionamiento de la oficina de farmacia y la atención farmacéutica***

17. ¿En qué año obtuviste la licenciatura?:
18. ¿Desde que año estás trabajando en esta farmacia?:
19. ¿Tienes auxiliares?:
  - ¿Cuántos a tiempo total?:
  - ¿Cuántos a tiempo parcial?:
20. ¿Tienes farmacéuticos adjuntos?:
  - ¿Cuántos a tiempo parcial?:
  - ¿Cuántos a tiempo total?:
21. ¿Cuál es la superficie de tu farmacia?:
22. ¿Cuál es la superficie del espacio de atención al público?:
23. ¿Prestas el servicio de medida de la presión arterial?:
  - ¿Es gratuito?:
24. ¿Prestas el servicio de medida de la glucemia?:
  - ¿Es gratuito?:
25. ¿Prestas el servicio de medida del colesterol?:
  - ¿Es gratuito?:
26. ¿Prestas algún otro servicio de determinaciones biológicas?:
  - ¿Cuales?:

27. ¿Cuál es tu horario habitual?:

Mañanas: De      a

Tardes: De      a

Sábados:

28. ¿Cuántos sábados al mes abres?:

29. ¿Cuántas guardias realizas al año?:

30. ¿Las guardias son presenciales o localizadas?:

31. ¿Cuántas dispensaciones realizas al cabo de un día de guardia?:

Con receta:

Sin receta:

De medicamentos:

De parafarmacia:

32. ¿Cuánto dura cada guardia? (señala con una **X** a la izquierda):

1 Día

1 Semana

1 Mes

33. Entonces haces 1 guardia cada.....

34. ¿Con cuantas farmacias de alrededor se cubre el ciclo de 1 año de guardias?:

35. ¿Cómo organizas tus vacaciones? (señala con una **X** a la izquierda):

- a) No tomo vacaciones
- b) Cierras la farmacia durante el periodo vacacional
- c) Contratas a un farmacéutico sustituto durante el periodo vacacional
- d) Se queda de sustituto un farmacéutico adjunto de la plantilla
- e) Dejas solo al personal auxiliar durante el periodo vacacional
- f) Te organizas con farmacéuticos de alrededor para cubriros los unos a los otros en dichos periodos vacacionales
- g) Otro (especificar)

36. Tus vacaciones son habitualmente de: ..... días

37. Esta pregunta es opcional, ¿podrías señalar con una **X** a la izquierda en qué escala de facturación total (venta libre más seguridad social) se encuentra tu farmacia?:

- Menos de 100.000 euros al año.
- Entre 100.001-200.000.
- Entre 200.001-300.000.
- Entre 300.001-400.000.
- Entre 400.001-500.000.
- Más de 500.000 euros al año.

38. Además de la Dispensación y la Indicación Farmacéutica, prestas algún otro servicio de Atención Farmacéutica:

	<b>Cuántos pacientes al cabo de un año</b>	<b>Llevas registros (sí/no)</b>	<b>En formato papel o informático</b>	<b>Es remunerado (sí/no)</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Ayuda al cumplimiento</b>					
<b>Seguimiento farmacoterapéutico</b>					
<b>Atención domiciliaria</b>					
<b>Peso y talla de los bebés</b>					
<b>Confección de dietas</b>					
<b>Programa de deshabituación tabáquica</b>					
<b>Otros (especificar)</b>					

39. ¿Cuántas dispensaciones de medicamentos realizas como media al día?:

40. ¿Cuántos productos de parafarmacia vendes como media al día?:

41. *En la última semana* ¿Cuántas consultas de indicación (del tipo ¿qué me da para...?) recibiste?:

42. *En la última semana* ¿Cuántas consultas sobre medicamentos (si existe incompatibilidad, si sienta mal para un problema crónico...) recibiste?:

43. *En la última semana* ¿Cuántas consultas relacionadas con la salud de los pacientes recibiste? (interpretación de análisis, a qué especialista acudir...):

*d) A continuación pasemos a hablar de tus relaciones profesionales con el Sistema Sanitario*

44. Tus relaciones profesionales con el (la) médico del municipio, pueden calificarse de (señala con una X a la izquierda):

- Cordiales
- No cordiales
- No existen
- Hay una relación familiar

45. Cuando tienes que resolver alguna cuestión sobre la terapia de los pacientes con el (la) médico del municipio (señala con una X a la izquierda):

Si es en horario en que el (la) médico está en el municipio.....

- a) Voy personalmente
- b) Va mi auxiliar
- c) Mando al paciente
- d) Contacto con el CIM del Colegio
- e) Otros (especificar)

Si es en horario en que el (la) médico no está en el municipio.....

- a) Contacto telefónicamente con el médico
- b) Remito al paciente al Centro de Salud más cercano
- c) Contacto con el CIM del Colegio
- d) Otras (especificar)

46. El (la) farmacéutico del Distrito Sanitario que corresponde a tu municipio te presta alguna ayuda en relación con tu servicio de atención farmacéutica:

- No
- Sí (especificar)

47. ¿Sabes quien es el (la) farmacéutico de tu Distrito Sanitario?:

- No
- Sí

48. Puntúa de 0 a 10 la ayuda que se te presta en tu labor de Atención Farmacéutica:

Colegio Provincial de Farmacéuticos  
CIM  
Vocal de Oficinas de Farmacia  
Vocal de Farmacéuticos Rurales (si no existe, indícalo así)

CGCOG  
Vocal de Oficinas de Farmacia  
Vocal de Farmacéuticos Rurales (si no existe, indícalo así)  
Asociación de Farmacéuticos Rurales

Sistema Público de Salud  
Farmacéutico de Distrito  
Farmacéutico de Hospital  
Otro (Especificar)

Universidad

CAF Stada

Otro (especificar)

***e) Pasemos a continuación a hablar de la formación continuada realizada por el farmacéutico en el último año***

49. ¿Has realizado alguna actividad de formación *a distancia*?:

50. En caso afirmativo:

Cuántos (cursos, seminarios,...):  
El último de ellos:  
Organizado por:  
Tema:

51. ¿Has realizado alguna actividad de formación *presencial*?:

52. En caso afirmativo:

Cuántos (cursos, seminarios,...):  
El último de ellos:  
Organizado por:  
Tema:

53. Habitualmente, qué oferta de formación continuada crees que se ajusta más a tus necesidades (puntuación de 0 a 10, siendo 0 la que menos se ajusta y 10 la que más se ajusta):

La organizada por el CGCOF

La organizada por el Colegio

La organizada por la Cooperativa Farmacéutica

La organizada por la Universidad de...

La organizada por....

54. Describe brevemente como mejorarías la formación continuada ofertada a los farmacéuticos rurales:

**f) Cuestionario MBI:**

*A continuación encontrarás una serie de enunciados acerca de tu trabajo y de tus sentimientos en él. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa realmente tu propia existencia. A cada una de las frases debes responder expresando la frecuencia con que tienes ese sentimiento de la siguiente forma:*

Nunca: 0

Pocas veces al año o menos: 1

Pocas veces al mes o menos: 2

Algunas veces al mes: 3

Una vez a la semana: 4

Algunas veces a la semana: 5

Diariamente: 6

Por favor, señala el número que consideres más adecuado:

55. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

56. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

57. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.

58. Siento que puedo entender fácilmente las personas que tengo que atender.

59. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

60. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

61. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

62. Siento que mi trabajo me está desgastando.

63. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
64. Siento que me he hecho más duro con la gente.
65. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
66. Me siento muy enérgico en mi trabajo.
67. Me siento frustrado por el trabajo.
68. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
69. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
70. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
71. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
72. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
73. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
74. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
75. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
76. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

***g) Finalmente, te vamos a hacer unas preguntas sobre peculiaridades del farmacéutico rural***

***77. Los principales problemas de los farmacéuticos rurales son (puntuación de 0 a 10):***

Despoblación

Falta de infraestructuras.

Baja rentabilidad.

Sobrecarga de horas inútiles.

Falta de personal para sustituciones.

Guardias poco racionalizadas.

Organización de periodo vacacional

Baja perspectiva de supervivencia.

La no existencia de una vocalía nacional en el CGCOF

Otros (especificar y puntuar)

**78. *Quien mejor defiende los intereses de los Farmacéuticos Rurales es (puntuá de 0 a 10):***

El Colegio Provincial de Farmacéuticos

El Consejo Autonómico de Farmacéuticos

El CGCOF

La Administración Sanitaria

La Asociación de Farmacéuticos Rurales

La Plataforma Nacional de Farmacéuticos Rurales

Otro (Especificar y puntuar)

**79. *¿Te sientes farmacéutico rural?***

**80. *Añade lo que consideres oportuno:***

*¡Muchas gracias por tu colaboración!*