



Universidad de Granada

Facultad de Farmacia

PRIORIZACIÓN DE FACILITADORES
PARA LA IMPLANTACIÓN DEL
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

Tesis Doctoral

Modesta Inmaculada Gil García

Granada, 2013



Universidad de Granada

Facultad de Farmacia

Memoria presentada por la licenciada

Modesta Inmaculada Gil García

para aspirar al título de

Doctor en Farmacia

Esta tesis doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

Dr. D. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Modesta Inmaculada Gil García
D.L.: GR 709-2014
ISBN: 978-84-9028-898-6

El doctorando Modesta Inmaculada Gil García y los directores de la tesis Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda y Dr. Fernando Martínez Martínez, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, Septiembre de 2013

Director/es de la Tesis

Dr. D. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda



Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez

Doctorando

Modesta I Gil García



Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda. Doctor en Farmacia. Miembro del grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Fernando Martínez Martínez. Doctor en Farmacia. Profesor titular de Físico-Química. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Responsable del grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Certifican

Que el trabajo titulado **“PRIORIZACIÓN DE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS”** ha sido realizado por la licenciada en Farmacia D.^a Modesta Inmaculada Gil García bajo nuestra dirección para la obtención del Grado de Doctor y, considerando que se haya concluido y reúne los requisitos oportunos, autorizamos su presentación para que pueda ser juzgado por el tribunal correspondiente.

Y para que conste, se expide el presente certificado, en Granada, Septiembre de 2013.

Dr. D. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez



Farmacia Gil Librilla (Murcia)

“El cambio en la profesión farmacéutica es imparable, porque el mundo del conocimiento y su evolución también lo son.”¹

¹ Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. [Tesis doctoral] .Universidad de Granada;2005

A mis Facilitadores ausentes, siempre presentes.

A mi Caballero Andante.

Agradecimientos

A TANTOS FACILITADORES QUE A LO LARGO DE MI VIDA HABÉIS HECHO QUE LAS BARRERAS NO SEAN OBSTÁCULO PARA SEGUIR ADELANTE Y QUE ADEMÁS ME LLENÁIS DE ILUSIÓN Y ENTUSIASMO. GRACIAS A TODOS.

A mi padre, que tanto me quería y al que tanto quiero, que tan orgulloso estaba de mí.

A mi madre, mi compañera, mi fortaleza, mi defensa. Conmigo siempre.

A mis tíos Juan y Pepita, mis maestros y ejemplo. Esta tesis es vuestra.

A mi abuela Modesta, que estudió Magisterio en Granada, todo un logro en su época. Leo la tesis en Granada en tu memoria.

A José Luis, siempre.

A mi hermana, tan fuerte a mi lado, mi familia.

A mis nenicos, a los que tanto quiero: Marina (que me apremiaba para que acabáramos “los deberes” y así poder estar más tiempo juntas, que tanto me ha ayudado en la elección de la maquetación), Enrique y Paula que ya saben lo duro que es estudiar, y a los que aún no lo saben Nuria, María, Lucía y Jaime.

A mis Betas, tan cerca de mi, de su madrina, con todos sus mimos y apoyo incondicional.

A mis amigas, siempre pendientes de mi con un cariño inagotable: Basi, Carmen, Luisa, M^a Cruz, Puri.

A mi amigo Salvador Zamora, siempre dispuesto a ayudar desde mis primeros intentos de realizar la tesis doctoral hasta su lectura.

A Juan Antonio, Leonor y Lola, motores de mi farmacia, por estar siempre a mi lado, que por fin se aprendieron que ese señor que llamaba de nombre tan complicado “Gastelu....?” era mi director de tesis.

Agradecimientos

A mi facilitador principal y director de tesis, Miguel Ángel Gastelurrutia. Para ti no hay palabras suficientes, no hace falta realizar un AFE para priorizar tu presencia en esta tesis (hay que leer la tesis para saber qué significa esto). Siempre disponible. Sin ti, sin tu apoyo incondicional, sin tu entusiasmo esta tesis no hubiera sido posible.

A Fernando Martínez, mi también director de tesis, tan amable, facilitándolo todo. Gracias por tu empuje e interés con la Atención Farmacéutica.

A Manuel Cardero, mi facilitador estadístico todoterreno. Simpático, rápido, apoyando siempre. La luz de Sevilla en todos mis momentos de oscuridad.

A Charlie Benrimoj, que desde las antípodas o desde Granada, siempre ha estado tan cercano ayudándome.

A Eleonora Feletto tan importante con el análisis factorial.

A mi magnífico Comité de Expertos: José Pedro, Dani, Loreto, Narjis... Paqui y mi Magda (que tanto ha hecho por facilitar las cosas a los doctorandos de Murcia).

A Ana que tanto me ha ayudado en las tareas burocráticas desde Granada.

A mi Grupo Focal, un lujo contar con Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Magníficos compañeros y excelentes profesionales.

A todos los farmacéuticos, que con tanto compañerismo, han invertido sus conocimientos y tiempo en el CATI.

Al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia y a la Facultad de Farmacia de Granada (muchísimas gracias otra vez, Fernando y a ti M^a José) por facilitarnos tanto la realización de la tesis a los farmacéuticos murcianos.

Índices

Índice de contenidos

Glosario de Términos _____	17
Índice de tablas _____	19
Índice de figuras _____	21
Índice de Anexos _____	23
1.- Introducción _____	27
1.1 Historia _____	29
1.2 Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF). _____	39
1.3 Foro de Atención Farmacéutica _____	42
1.4 Seguimiento Farmacoterapéutico _____	46
1.4.1 Barreras _____	50
1.4.2 Facilitadores _____	57
1.4.3 Facilitadores Situación Actual _____	68
1.5 Justificación del estudio. _____	103
2.- Hipótesis _____	105
3.- Objetivos _____	109
3.1 Objetivo general _____	111
3.2 Objetivos específicos _____	111
4.- Método _____	113
4.1 Población de estudio: _____	115
4.2 Diseño y tamaño muestral _____	115
4.3 Ámbito del estudio: _____	116
4.4 Variables: _____	116
4.4.1 Variables dependientes _____	116
4.4.2 Variables independientes _____	117
4.5 Consideraciones éticas _____	117

4.6 Procedimiento	117
4.6.1 Resumen de la metodología utilizada:	117
4.6.2 Diseño del cuestionario	118
4.6.3 Entrevista telefónica (CATI)	139
4.6.4 Análisis de los resultados del cuestionario	140
4.6.5 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)	140
4.6.6 Grupo Focal	143
5.- Resultados	151
5.1. Características socio demográficas y profesionales de la muestra	153
5.2. Resultados de las preguntas del cuestionario	153
5.2.1 Preguntas con mayor porcentaje de desacuerdo	161
5.2.2 Preguntas con mayor porcentaje de acuerdo	162
5.2.3 Preguntas con mayor porcentaje de ni acuerdo ni desacuerdo	163
5.2.4 Resultados de la pregunta abierta del cuestionario	163
5.3 Resultados por dimensiones	164
5.3.1 Resultados por dimensiones de la variable independiente sexo	166
5.3.2 Resultados por dimensiones de la variable categoría profesional	169
5.4. Análisis de Correlaciones múltiples	172
5.5 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)	175
5.6 GRUPO FOCAL	178
6.- Discusión	197
Factor 1: Incentivos	206
A-Incentivos económicos	206
B-Reconocimiento profesional	213
Factor 2: Campañas externas.	214
Factor 3: Experto en SFT	219
Factor 4: Profesionalidad del farmacéutico	228
7.- Conclusiones	235
8.- Bibliografía	239
9.- Anexos	281

Glosario de Términos

AF	Atención Farmacéutica
ASE	Actitud, influencia social y auto eficacia
CATI	Computer Assited Telephone Interviewing
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
DFU	Danish University of Pharmaceutical Sciences
FIP	Federación Internacional Farmacéutica
GIAF-UGR	Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada
GF	Grupo Focal
MUR	Revisión de medicación en el Reino Unido
OMS-WHO	Organización Mundial de la Salud
PBMI	Instituto de Administración de Beneficios de Farmacia
PFP	Partner for Promotion
Pharmakon	Danish College of Pharmacy Practice
PRM	Problema Relacionado con los Medicamentos
PS	Problema de salud
QUM	Programa de mejora de Calidad en las Farmacias
RAM	Reacción Adversa a Medicamentos
RNM	Resultados Negativos de la Medicación
SFT	Seguimiento Farmacoterapéutico
SEFAC	Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SSP	Section for Social Pharmacy
SPD	Servicios Personalizados de Dosificación
ZAP	Zona de Atención Personalizada

Índice de tablas

Tabla 1	Comparación de las características de los diferentes métodos de obtención de consenso.	63
Tabla 2	Muestra población de estudio por comunidades autónomas	115
Tabla 3.	Metodología utilizada para el abordaje de los diferentes objetivos planteados	118
Tabla 4	Facilitadores identificados agrupados por dimensiones.	119
Tabla 5	Clasificación de Adecuado, Inadecuado o Dudoso del método RAND.	121
Tabla 6	Preguntas surgidas de la búsqueda bibliográfica y de la aportación de los miembros del equipo investigador validado por el panel de expertos.	123
Tabla 7	Resumen del Consenso de facilitadores.	133
Tabla 8	Nº de preguntas del cuestionario definitivo por categorías y dimensiones.	136
Tabla 9	Encuesta para detectar facilitadores para la implantación del SFT en las farmacias comunitarias españolas.	137
Tabla 10	Test de Kaiser (KMO) y Bartlett.	141
Tabla 11	Varianza total explicada.	142
Tabla 12	Descripción de la muestra.	153
Tabla 13	Frecuencias, media, mediana y desviación típica.	154

Tabla 14	Porcentaje de distribución de respuestas con porcentajes acumulados.	158
Tabla 15	Preguntas con mayor porcentaje de DESACUERDO.	161
Tabla 16	Preguntas con mayor porcentaje de ACUERDO.	162
Tabla 17	Preguntas con mayor porcentaje de Ni Acuerdo ni Desacuerdo.	163
Tabla 18	Resultados por dimensiones.	165
Tabla 19	Resultados por dimensiones de la variable sexo.	166
Tabla 20	Prueba de muestras independientes para la variable sexo.	168
Tabla 21	Resultados por dimensiones de la variable Categoría Profesional.	169
Tabla 22	Prueba de muestras independientes para la variable. Categoría Profesional.	171
Tabla 23	Correlaciones múltiples.	173
Tabla 24	Matriz de componentes.	175
Tabla 25	Matriz de la estructura factorial.	176
Tabla 26	Factores resultantes del AFE.	177

Índice de figuras

Figura 1	Innovación en la Farmacia Comunitaria. Orientación desde el producto hacia el paciente.	36
Figura 2	Esquema del proceso de SFT según Sáez-Benito L, et al.[i]	48
Figura 3	Etapas del modelo de cambio de etapas de Prochaska y Di Clemente	86
Figura 4	Proceso de innovación/decisión de Rogers.	88
Figura 5	Lugar de interacción de los Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica en el I-change model.	89
Figura 6	Pantalla principal de la aplicación informática diseñada para el consenso.	121
Figura 7	Ejemplo de una de las hojas del cuestionario para la primera ronda del método RAND/UCLA.	129
Figura 8	Ejemplo de hoja del cuestionario para la realización de Ronda 2.	131
Figura 9	Ejemplo de los Resultados del panel de expertos para las siete primeras preguntas valoradas.	132
Figura 10	Gráfico de sedimentación de Cattell (Scree Plot).	143
Figura 11	Invitación a participar en el trabajo de tesis doctoral, que lleva por título Priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.	145

Figura 12	Guía de la entrevista del Grupo Focal para determinar la importancia y factibilidad de los incentivos en la implantación del SFT. Septiembre 2011.	147
Figura 13	Documento de consentimiento informado.	149
Figura 14	Promedio de acuerdo en cada dimensión según categoría sexo.	167
Figura 15	Promedio de acuerdo en cada dimensión según categoría contrato profesional.	170

Índice de Anexos

Anexo 1	Plantilla de votaciones Ronda 1 del método RAND/UCLA	283
Anexo 2	Plantilla de votaciones Ronda 2 del método RAND/UCLA	297
Anexo 3	Matriz de correlaciones; inversa de matriz de correlaciones; matriz anti-imagen; Anti-Image Matrices	313
Anexo 4	Publicaciones relacionadas	315
Anexo 4.1	Artículos revistas	315
ANEXO 4.1.A	Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio	317
ANEXO 4.1.B	Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas	325
ANEXO 4.1.C	Propuesta de la SEFAC sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria	333
ANEXO 4.1.D	Percepción del paciente mayor polimedicado sobre el rol del farmacéutico comunitario	365
ANEXO 4.1.E	Integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en las Farmacias Comunitarias Españolas.	375
Anexo 4.2	Comunicaciones a Congresos	387
ANEXO 4.2.A	Posters	387
ANEXO 4.2.B	Comunicaciones orales	388
Anexo 5	Resumen Tesis	389

“Los cuentos de hadas son bien ciertos, pero no porque nos digan que los dragones existen, sino porque nos dicen que podemos vencerlos.”

(Gilbert Keith Chesterton)

1.- Introducción

*"Cada uno seguimos un camino,
cada uno vivimos nuestra propia aventura
encontrándonos con todo tipo de desafíos,
y las decisiones que tomamos nos hacen ser lo que somos.
Esas decisiones nos pondrán a prueba y nos llevarán al límite.
Al final, nos harán más fuertes de lo que nunca imaginamos."
(J.Campbell)*

1.1 Historia

La historia del progreso de la humanidad va intrínsecamente ligada a un constante deseo de preservar la salud y de disfrutar de una buena calidad de vida. Como consecuencia de ello podríamos afirmar que la historia de la farmacia es paralela a la historia de la humanidad.

Este hecho se ha puesto de manifiesto a lo largo de todas las grandes civilizaciones, y a través de sus distintas manifestaciones culturales.

De los egipcios procede el primer tratado de medicina que se conserva, el Papiro de Ebers, elaborado en torno al año 1500 a.C. que constituiría el primer "vademécum" y que recopilaba la farmacopea usada por este pueblo, con más de 700 sustancias, extraídas en su mayor parte del reino vegetal, tales como mirra, aloe, hojas de ricino, extracto de lirio y cáñamo.

En otra cultura milenaria, la china, también disponían de tratamientos farmacológicos, como los recogidos en las célebres *pen tschao*, una recopilación de hasta 2000 sustancias de origen vegetal, animal y mineral. Los encargados de administrar los remedios en la cultura china se clasificaban, según su misión, en médicos, alquimistas, acupuntores, masajistas, maestros de encantamientos y tabúes, preparadores de medicamentos, e incluso, adivinos, que durante la dinastía Sui se integraron en la estructura sanitaria del Estado¹.

En España ya en el periodo íbero existen indicios que nos permiten pensar ya, en el conocimiento y uso de las plantas medicinales.

Alrededor del siglo VIII se produjo la separación real de la actividad de farmacéuticos y médicos, debido a la creciente complejidad de la preparación de los medicamentos ya que, hasta entonces, ambas profesiones habían estado solapadas^{2,3}. Como Holland y Nimmo afirmaron, en 1999, la historia de la Farmacia, es, en realidad, la historia de diferentes profesiones que se han ido sucediendo, unidas por un nombre común, Farmacia, y asociadas a un producto común, el medicamento⁴.

La evolución de los farmacéuticos europeos continentales les llevó a un afianzamiento de su papel como profesionales del medicamento. Los

farmacéuticos elaboraban los remedios que el médico prescribía. Así se fue creando una estructura profesional en la que el farmacéutico adquiría, conservaba, preparaba y elaboraba los medicamentos, siendo el último paso del proceso la dispensación de los mismos al paciente.

La Revolución industrial tuvo como consecuencia más espectacular la aparición de los específicos, las futuras Especialidades Farmacéuticas, que iban a modificar toda esa estructura profesional que marcaba el papel social del farmacéutico. Esta etapa se caracteriza por el cambio en el ejercicio profesional, pasando el farmacéutico de elaborador, mayoritariamente, a mero dispensador⁵.

El farmacéutico con funciones de salud pública, el Farmacéutico Titular, aparece regulado por vez primera en el Real Decreto de 5 de abril de 1854, “mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares”⁶.

Posteriormente, en 1860, se publicaron las Ordenanzas de Farmacia que regulaban el ejercicio profesional de farmacéuticos, drogueros y herbolarios (con el objetivo de evitar el intrusismo profesional), y sentaban las bases para la publicación de la Farmacopea Española, la Tarifa Oficial y el Petitorio, que se produjo por Real Orden de 1864 (RO de 26 de marzo «aprobando la Farmacopea Española», y RO de 4 de mayo “aprobando la tarifa y el petitorio de la Farmacopea Española”). Esta regulación supuso la modernización de la práctica farmacéutica⁶.

En el transcurso de 1960, algunos farmacéuticos comienzan a plantearse que, a pesar de la importancia que tiene el que los medicamentos sean accesibles a toda la población a través de las farmacias, su profesionalidad, como sanitarios, se basa en que el uso de dichos medicamentos sea efectivo y seguro⁷. Surgió así la Farmacia Clínica y se comienza a hablar de conceptos, hoy tan importantes como el uso seguro de los medicamentos y el *Pharmaceutical Care*, citado por primera vez por Mikeal en 1975⁸. Este autor considera que el paciente es el objetivo de la actuación del farmacéutico y se refiere a los servicios farmacéuticos como:

“Los cuidados que un paciente concreto requiere y recibe y que aseguran un uso seguro y racional de la medicación”.

Brodie⁹, por su parte, describía como a lo largo del siglo XX, existe un cambio desde una situación de orientación al producto a una situación de orientación al paciente y ya establece que el farmacéutico debe ser el responsable del resultado de la farmacoterapia, como había dicho ya en 1976⁷:

“El objetivo final de los servicios farmacéuticos debe ser el uso seguro de los medicamentos por el público. En este contexto, la función principal de la farmacia es de naturaleza clínica, función que puede asimilarse con exactitud al concepto de control del uso del medicamento”.

En 1980 introdujo el término *Pharmaceutical Care* con su sentido actual y ese mismo año publicó con Parish y Poston un artículo¹⁰ en el que señalaban que el *Pharmaceutical Care* “incluye la valoración de las necesidades relacionadas con la medicación de un individuo concreto y la provisión no sólo de los medicamentos solicitados sino también de los servicios necesarios para garantizar una terapia lo más segura y efectiva posible”.

Hepler, en 1985, expuso que era necesario aceptar mayores responsabilidades en el resultado de la terapéutica prescrita y dispensada a los pacientes, resaltando que había que pasar a “cuidar” de los pacientes que usan medicamentos¹¹. Fue Hepler quien creó el primer cuerpo filosófico en torno al concepto de *Pharmaceutical Care*, describiéndolo como:

“un acuerdo entre un paciente y un farmacéutico en el que el farmacéutico realiza funciones de control del uso de la medicación (con suficientes habilidades y conocimientos) dirigidas por el conocimiento del paciente y con el compromiso del interés del mismo”¹².

Existe unanimidad en que a partir de la publicación, en 1990, del texto de Hepler y Strand “Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica”¹³, el término Atención Farmacéutica (AF) se consolidó y alcanzó el

significado con el que lo conocemos actualmente. Se considera que dicho artículo es el inicio “oficial” del *Pharmaceutical Care*¹⁴ a nivel internacional^{15,16}.

En este artículo se define la actividad del farmacéutico como la de realizar la provisión responsable de los medicamentos con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente. Se añade que estos resultados consisten en (1) curación de la enfermedad, (2) eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, (3) interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y (4) prevención de una enfermedad o de una sintomatología.

Es decir, para estos autores la Atención Farmacéutica consiste en la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente^{13,17,18}.

Hepler y Strand siguieron caminos diferentes dando lugar a dos formas de práctica de la Atención Farmacéutica: La Atención Farmacéutica orientada a enfermedades crónicas de Hepler¹⁹, y la Atención Farmacéutica Global de Strand²⁰. La primera, centrada en procesos crónicos, se materializó en los denominados proyectos TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring*)²¹ habiéndose realizado varios estudios sobre asma y enfermedades cardiovasculares²². En Minnesota se apostó por un abordaje más generalista del farmacéutico comunitario (*Comprehensive Pharmaceutical Care*) realizándose un ambicioso proyecto de investigación denominado *Minnesota Pharmaceutical Care Project*²³.

En Septiembre de 1993 se celebró en Tokio el Congreso anual de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP); previamente al congreso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó un seminario sobre el papel del farmacéutico en la sociedad, tal como se había celebrado anteriormente en Nueva Delhi (1985) y Madrid (1989). En este informe se examinaron las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el término de Atención Farmacéutica²⁴. La OMS establece que el farmacéutico, en el marco de la Atención Farmacéutica, debe cumplir funciones orientadas al paciente, como es

el control de farmacoterapia y a la comunidad, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad²⁴.

Existe acuerdo en que la fecha oficial de inicio de la Atención Farmacéutica en España es el 15 de noviembre de 1995 durante el V Congreso de Ciencias Farmacéuticas que tuvo lugar en la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid). En dicho Congreso se celebró un Simposio de Oficina de Farmacia cuyo título era: Atención Farmacéutica, y contó con la importante presencia del profesor Hepler^{25,26,27}.

En 1998 se creó la Fundación Pharmaceutical Care España cuya acta fundacional se firmó en Barcelona el 27 de mayo de 1998²⁶. La Fundación Pharmaceutical Care España²⁸, es una organización privada sin ánimo de lucro que tiene como objetivos “implantar, promover y desarrollar la Atención Farmacéutica, apoyar a las instituciones sanitarias correspondientes y a los investigadores en el tema, procurando que todos los estudios se realicen dentro del más alto nivel cualitativo, promover la investigación científica en Atención Farmacéutica, ofrecer formación y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la Atención Farmacéutica y otras tendencias actuales y futuras en esta misma línea de actuación y difundir los resultados de los trabajos de investigación y facilitar el conocimiento de los avances en los diferentes campos de la investigación del *Pharmaceutical Care*, organizando congresos, cursos, simposios y realizando publicaciones”.

En Diciembre del mismo año se reunieron en Granada²⁹, un grupo de farmacéuticos con el fin de consensuar la definición y clasificación de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)^{30,31,32,33,34}.

En abril de 1999, en Minnesota, un grupo de farmacéuticos comunitarios españoles realizó el curso “*Comprehensive Pharmaceutical Care Programme for Pharmacists*”. A raíz de ello, surgió la idea de organizar un sistema similar al utilizado en la Universidad de Minnesota, pero adaptado a las ideas que sobre la Atención Farmacéutica existían en nuestro país. Surge así la idea de lo que sería más adelante el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico³⁵.

En San Sebastián, durante el I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica que se celebró en octubre de ese año, su Presidente, Miguel Ángel Gastelurrutia, a su vez presidente del COF Guipúzcoa, escribió: “Aunque quizás suene pretencioso, a los miembros del Comité Organizador nos gustaría que se pueda decir que en la Farmacia española hubo un antes y un después del Congreso de San Sebastián”³⁶.

Fue en este congreso donde la profesora Faus, directora del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR), presentó el Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico^{37,38}.

El Método Dáder^{35,39} es un método para la realización del SFT que se basa en la obtención de información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para a partir de ahí ir elaborando la historia farmacoterapéutica del mismo^{40,41,42}. A partir de la información obtenida se elaboran los estados de situación, que permiten conocer el estado de salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos en el tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia. Es entonces cuando se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedan enmarcadas las intervenciones farmacéuticas que se consideren oportunas para mejorar su estado de salud.

El programa Dáder surgió como un programa docente cuyo fin era proporcionar a los profesionales farmacéuticos un proceso de aprendizaje de la práctica del *Pharmaceutical Care*, mediante la utilización de una metodología sencilla y rigurosa que permitiera al farmacéutico asistencial ayudar a los pacientes a obtener el máximo beneficio de sus medicamentos^{43,44,45}.

El 20 de diciembre de 2000 nace oficialmente la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) ya que en esta fecha es inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio de Industria, en Madrid y el 21 de marzo de 2001, se presenta en la Real Academia de Farmacia⁴⁶. Hasta ese momento, existía la Asociación Española de Farmacia Hospitalaria (AEFH), desde 1988 y la Asociación Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) desde 1995.

Los objetivos con que nace la SEFAC son desarrollar unas líneas de trabajo que enmarquen la práctica científico-profesional del farmacéutico comunitario.

La filosofía de SEFAC, como única sociedad científica y profesional creada en España por y para el farmacéutico que ejerce en farmacia comunitaria, es provocar y liderar “el cambio de orientación de la farmacia comunitaria desde la gestión del medicamento a la prestación de servicios profesionales al paciente que toma medicamentos”⁴⁷.

La presentación del Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica^{48,49} tuvo lugar en la Real Academia de Farmacia, el 12 de diciembre de 2001. Allí se define la Atención Farmacéutica como *“la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”*.

El documento define también el Seguimiento Farmacoterapéutico personalizado como *“la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*⁴⁹.

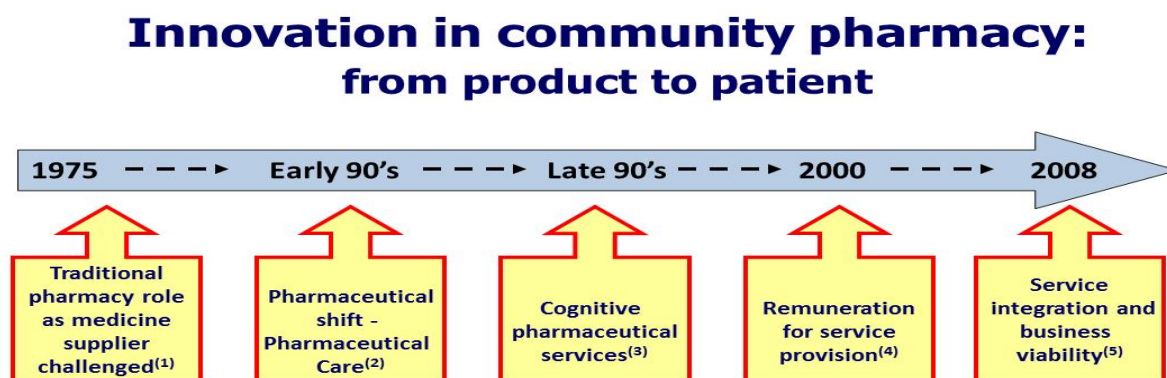
La necesidad de cambio se concretaba en el paso de orientar la actividad del farmacéutico desde el medicamento hacia el paciente, es decir, en evaluar los resultados de la farmacoterapia. *“Los farmacéuticos deben salir de detrás de la caja registradora y empezar a servir al público, proporcionándoles cuidados en vez de, solamente, fármacos. No hay futuro en el mero acto de la dispensación. Esa actividad puede hacerse, y se hará, por internet, por máquinas expendedoras y/o por técnicos entrenados para ello. El hecho de que los farmacéuticos tengan una formación académica y actúen como profesionales de la salud les ofrece la oportunidad para servir mejor a la sociedad, de lo que lo hacen hoy en día”*⁵⁰.

El farmacéutico como profesional experto en el medicamento, además de garantizar el acceso a los mismos y ofrecer toda la información, consejo y educación para la salud, necesaria para mejorar el su uso, debe implicarse en los resultados de la farmacoterapia y colaborar con el paciente y el resto del equipo de salud en la mejora de los mismos^{51,52,53,54,55,56}

Es por ello que, desde hace años, la farmacia va evolucionando, a distinto ritmo según los países, hacia la atención al paciente dado el serio problema de salud pública que supone la morbi-mortalidad relacionada con el uso de medicamentos^{57,58,59,60,61,62}

Se afirma que la colaboración médico-farmacéutico en relación con la farmacoterapia maximiza la calidad de vida del paciente, reduce la frecuencia de PRM evitables y mejora los beneficios sociales de los medicamentos^{63,64}. Para ello es necesario que el farmacéutico tenga acceso al paciente y a su historia clínica, además de que adquiera los conocimientos y habilidades necesarias y sea remunerado por esta actividad⁶⁵. También se afirma que la ampliación del papel del farmacéutico no debe realizarse sólo pensando en el posible ahorro que este profesional puede conseguir, sino en los beneficios que se pueden derivar para el paciente^{45,50,66,67,68}

Figura 1. Innovación en la Farmacia Comunitaria.
Orientación desde el producto hacia el paciente.



- (1) Mikeal RL et al. Am J Hosp Farm 1975;32:567 - 574
- (2) Hepler C, Strand LM Am J Hosp Farm 1990;47:533 - 543
- (3) Cipolle RJ et al. Pharmaceutical Care Practice. 1995 New York. Mc Graw Hill
- (4) Benrimoj SI, Robert AS. Ann Pharmacother 2005;39:1911-7
- (5) Feletto E. et al. FIP 2008 Congress. Basel. Abstract # 147

Figura cedida por Benrimoj SI

En febrero de 2004, la Organización Farmacéutica Colegial impulsó la formación de un grupo de debate constructivo formado por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos de interés relacionados con Atención Farmacéutica, y con el compromiso de implicación en el proyecto, que pasó a denominarse Foro de Atención Farmacéutica (Foro)⁶⁹.

En 2006 tuvo lugar el tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), donde se asume la entidad de los PRM como elementos de proceso y como causas de RNM. Se definen los PRM y RNM, se propone un listado de PRM y una clasificación de RNM. Finalmente se adapta la definición de Seguimiento Farmacoterapéutico del Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, publicado en 2001⁴⁹ utilizando los nuevos conceptos de PRM y RNM^{70,71}.

Foro de Atención Farmacéutica es un grupo de trabajo formado por los ocho interlocutores más importantes en la materia en España (el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, las sociedades científicas de farmacia comunitaria (SEFAC), de atención primaria (SEFAP) y de farmacia hospitalaria (SEFH), la Fundación Pharmaceutical Care España, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y la Real Academia Nacional de Farmacia). En febrero de 2008 presentó un nuevo documento de consenso⁶⁹ cuyo objetivo es universalizar la práctica asistencial centrada en el paciente entre el colectivo farmacéutico en todos sus ámbitos de actuación. El texto profundiza en todos aquellos aspectos que pueden potenciar el desarrollo práctico de la Atención Farmacéutica, consensuar términos y metodologías, estimular la participación del farmacéutico, facilitar los medios, identificar las necesidades de actualización de conocimientos y difundir todos estos propósitos.

El documento pretende ser un instrumento para facilitar el trabajo en Atención Farmacéutica, conforme a la evidencia científica, adaptando la práctica del día a día a cada paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.

Entonces cabría preguntarse ¿por qué sigue sin implantarse la Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias

después de tantos años de intentos? ¿Por qué se han obtenido tan pocos resultados?

Comentaba Hepler en su artículo *"A dream deferred"*⁷² que, desde 1985, tiene el sueño de que la Atención Farmacéutica sea la función central, el propósito y la responsabilidad de los farmacéuticos, y explicaba el peligro de tener un sueño relegado durante tanto tiempo como recuerda el poema de Langston Hughes que da título al artículo:

*"¿Qué sucede con un sueño aplazado?.....
.....Es posible que simplemente se hunda
como una carga pesada..."*

El sueño de la farmacia como una profesión clínica se ha aplazado ya durante demasiado tiempo. Como decía Hepler: "Los farmacéuticos tenemos muchos sueños. Nuestro mayor sueño es convertirnos en una profesión totalmente clínica"⁷².

Es necesario que el profesional farmacéutico oriente su futuro hacia lo que es su razón de ser: el paciente^{50,73,74}. Este es el motivo por el que la implantación del SFT sea tan importante. Los medicamentos producen efectos adversos, es decir, producen resultados clínicos negativos, que hacen que no se alcanzan los objetivos para los que fueron prescritos o indicados^{75,76} y esto puede ser evitado por un profesional como el farmacéutico^{77,78,79,80,81}.

El farmacéutico es el profesional responsable de abordar estos servicios y así evitar problemas de este tipo, que constituyen un problema de salud pública de gran prevalencia. Sin embargo, se trata de un problema no reconocido ni por las administraciones, ni por otros colectivos sanitarios, ni por los propios pacientes a pesar de que Foro define el Seguimiento Farmacoterapéutico como una "necesidad asistencial de los pacientes"⁶⁹.

Es, a su vez, necesario mejorar la coordinación de los farmacéuticos con el resto de profesionales sanitarios^{82,83,84,85}, lo que conllevaría la incorporación del farmacéutico al equipo de salud ya que el SFT 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.

Sin embargo, el Seguimiento Farmacoterapéutico tiene una implantación minoritaria en las farmacias comunitarias españolas porque su implantación exige un cambio en el comportamiento de los farmacéuticos, muy difícil de alcanzar. Este hecho se confirma en un reciente estudio en el que se pretende categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers⁸⁶ en relación a la provisión del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Se concluye que, a pesar de los esfuerzos realizados por diferentes organizaciones e instituciones para impulsar la implantación y sostenibilidad del SFT, de acuerdo con los datos obtenidos es posible afirmar que este servicio se encuentra muy poco implantado en España^{87,88}.

Se han identificado facilitadores que, además de contribuir a superar las barreras que dificultan su implantación, actúan como moduladores independientes del cambio. Parece interesante priorizarlos para poder diseñar estrategias que permitan la implantación generalizada del SFT y su sostenibilidad^{73,89,90}.

1.2 Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF).

Los Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF), también llamados servicios cognitivos de la farmacia comunitaria⁹¹, constituyen el conjunto de servicios profesionales que la farmacia puede ofrecer a la sociedad, como consecuencia del cambio de orientación del medicamento hacia el paciente⁹², que se reflejaría en la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico.

En España se ha logrado consensuar los servicios básicos que definen la práctica de la Atención Farmacéutica (AF) concretándolos en tres servicios: Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)^{49,69}. El SFT probablemente sea el servicio más efectivo de los tres citados aunque, como ocurre en otros lugares⁹³ todavía no se encuentra implantado en España^{94,95}.

Siendo importante la formación para la realización de estos nuevos SPF, es posible afirmar que “la formación, por sí sola, no se transforma en práctica”⁹⁶. La confirmación de esta afirmación se encuentra en la cantidad de farmacéuticos españoles que han participado en diferentes cursos de formación en Atención Farmacéutica en general y, más concretamente, en Seguimiento Farmacoterapéutico.

Es preciso “algo más” que la oferta de formación porque, en la práctica, ha quedado demostrado el poco éxito de las intervenciones formativas⁹⁷, exclusivamente, como elemento facilitador para la implantación y sobre todo para la sostenibilidad de los SPF. El objetivo de la formación debería ser la obtención del suficiente conocimiento clínico para iniciar la práctica del SFT, e incluso de la actitud necesaria para hacerlo^{98,99}. Posteriormente, será fundamental que el farmacéutico decida empezar a ofrecer este servicio y, una vez implantado, continúe con su práctica hasta consolidar su implantación.

Una vez implantado el SFT, debería existir apoyo por parte de los Colegios Profesionales, con coordinación de grupos de trabajo^{98,100}, o mediante formación in situ, en el lugar de trabajo^{100,101}.

Cuando se pregunta la opinión sobre los servicios que actualmente presta la farmacia, la sociedad suele manifestar que está satisfecha. De la farmacia se espera accesibilidad, que tengan el medicamento en stock, un entorno agradable y no tener que esperar mucho tiempo a que le atiendan^{102,103}.

En España, en el estudio realizado por Sigma Dos, junto a la valoración global positiva que hacen los españoles de la oficina de farmacia a la que acuden habitualmente, es de reseñar “el alto grado de satisfacción con el servicio que se dispensa en las farmacias españolas”¹⁰².

Este tipo de estudios puede llevar a conclusiones equivocadas. La satisfacción ante un servicio está totalmente condicionada por las expectativas que se tienen sobre el servicio en cuestión¹⁰⁴. De hecho la satisfacción hace referencia al juicio del consumidor sobre cómo le ha sido ofrecido un determinado servicio. Por tanto, el nivel de satisfacción es el resultado de la

comparación del consumidor entre sus expectativas sobre el servicio y el servicio recibido^{105,106,107,108,109}.

La evaluación de la satisfacción de los servicios distributivos debe realizarse utilizando herramientas de medida distintas a las usadas para medir la satisfacción de los SPF^{110,111,112}. De ahí que comiencen a diseñarse instrumentos validados para evaluar la satisfacción de diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos^{113,114,115,116,117}.

Los usuarios desconocen que existe un problema de salud pública, muy prevalente, que puede ser evitable en un elevado porcentaje por el farmacéutico; y que éste además de proporcionarles el medicamento y aportarles información sobre la utilización del mismo^{118,119,120,121}, puede ayudarles a que el medicamento sea efectivo y seguro^{122,123,124,125,126}.

En este sentido, difícilmente los pacientes que acuden a una farmacia podrán sentir la “necesidad” de solicitar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico si ignoran su existencia.

Se ha comprobado que el SFT es muy valorado por los pacientes que se benefician de este servicio y que el boca a boca, por parte de los propios pacientes que lo reciben puede ser un buen método de difusión del mismo^{127,128,129}.

Armour, Brillant y Krass¹³⁰ realizaron un estudio en el que pusieron de manifiesto que para que la asistencia farmacéutica continúe evolucionando, es esencial la investigación en Práctica Farmacéutica sobre nuevos servicios lo que requiere la participación activa de los farmacéuticos comunitarios. Actualmente, el nivel de participación de los farmacéuticos comunitarios es mínimo⁸⁸.

En referencia al mundo de la farmacia comunitaria, Benrimoj¹⁰¹ definió la diseminación como “el acto de garantizar que los conceptos que subyacen en el servicio de la farmacia son difundidos y aceptados en todas las áreas de la profesión, con la consecuencia de un grado de implantación del servicio óptimo”.

Para Roberts et al¹³¹, Servicios Profesionales Farmacéuticos son aquellos servicios ofrecidos por farmacéuticos, en los que utilizan su conocimiento y

pericia para mejorar la farmacoterapia y la gestión de la enfermedad, mediante la interacción con el paciente o con otro profesional sanitario cuando ello sea necesario.

La implantación consiste en el establecimiento, en la práctica, de un servicio profesional incluyendo protocolos, procesos, sistemas de documentación y evaluación de resultados, en su caso. La sostenibilidad hace referencia al mantenimiento de un servicio a lo largo del tiempo, incluyendo sus sistemas de documentación e indicadores de control, y es un elemento fundamental para confirmar que un servicio puede considerarse implantado¹⁰⁴.

En la actualidad hay suficiente experiencia para afirmar que implantar servicios del tipo que sean, no sólo en el ámbito de la farmacia, consiste en un proceso de gran complejidad^{132,133}.

1.3 Foro de Atención Farmacéutica

Según Foro, los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos⁶⁹.

En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico ha de aportar conocimientos y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes en relación con la farmacoterapia y sus objetivos.

El reto actual del farmacéutico consiste en satisfacer las nuevas necesidades de los pacientes en consonancia con los requerimientos del Sistema Sanitario, que cada vez precisa atender a un número más elevado de pacientes.

El Foro de Atención Farmacéutica (Foro) es un grupo de debate en torno al futuro de la Atención Farmacéutica, que nace con el propósito de establecer los medios y estrategias para su difusión y desarrollo y que está constituido por las siguientes entidades: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo; Consejo General de Colegios Oficiales de

Farmacéuticos (CGCOF); Real Academia Nacional de Farmacia; Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP); Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC); Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); Fundación Pharmaceutical Care España; Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Foro inició su andadura en el año 2004 con el objetivo de trabajar en la elaboración de un documento en el que se intentó profundizar en todos aquellos aspectos que pudieran potenciar el desarrollo práctico de la Atención Farmacéutica, estimular la participación del profesional farmacéutico, facilitarle los medios, identificar las necesidades de actualización de los conocimientos y difundir todos estos propósitos.

En diciembre de 2005 las instituciones participantes en Foro decidieron publicar y difundir entre todo el colectivo de farmacéuticos un documento, en el que se reflejara el compromiso global de la profesión con el desarrollo de la Atención Farmacéutica como modelo de práctica profesional¹³⁴. En él realizaron una Declaración institucional de compromisos que resumían en 10 puntos⁶⁹:

1. La Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades de prevención de enfermedades.
2. Considerar que el paciente es el eje fundamental de la actividad.
3. Favorecer la aplicación sistemática y universal de la Atención Farmacéutica.
4. Desarrollar la Atención Farmacéutica para que el paciente obtenga el máximo beneficio de los medicamentos y para limitar los riesgos que conllevan.
5. El farmacéutico es el profesional sanitario que por su formación universitaria y por su accesibilidad y proximidad a la población, constituye una figura

fundamental en la asistencia sanitaria al paciente, dentro del equipo de salud. Los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos. En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico ha de aportar conocimientos y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes en relación con la farmacoterapia y sus objetivos.

6. Optimizar el potencial sanitario del farmacéutico a través de la Atención Farmacéutica.
7. Utilizar procedimientos normalizados de Atención Farmacéutica.
8. Emplear la evidencia científica disponible como base para la aplicación práctica de la Atención Farmacéutica.
9. Organizar los recursos humanos y materiales necesarios para la práctica de la Atención Farmacéutica.
10. Conseguir la implicación de todos para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. La Organización Colegial y las Administraciones Sanitarias, al aglutinar a la totalidad de los farmacéuticos colegiados, es la mejor vía para consolidar la Atención Farmacéutica⁶⁹.

La OMS (Tokio 1993)²⁴, el Consejo de Europa (2001)¹³⁵ o la Federación Internacional Farmacéutica (1993)¹³⁶ abogan por la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico como una “necesidad asistencial de los pacientes”, hecho que queda recogido como obligación en la legislación española de 1997¹³⁷ y confirmado en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en cuyo artículo 84.1 se establece que “*en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de Atención Farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia*”

y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente’.

El farmacéutico tiene la formación adecuada para relacionar los problemas de salud con los efectos de los medicamentos que recibe el paciente, detectar problemas asociados y prevenir y resolver resultados negativos asociados a la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos. Por otra parte, su mayor accesibilidad y cercanía a la población, y su conocimiento de la farmacoterapia que utiliza el paciente, hace que sea un profesional idóneo para desarrollar el Seguimiento Farmacoterapéutico^{138,139,140,141,142}.

La morbi-mortalidad relacionada con el uso de medicamentos, supone un problema de salud pública por su gran prevalencia, con el consiguiente coste económico^{143,144,145}. Más del 35% de las consultas a los servicios de urgencia y hasta un 6% de los ingresos hospitalarios, se relacionan con problemas relacionados con medicamentos. Más del 70% de estos problemas podrían haber sido evitados con un Seguimiento Farmacoterapéutico adecuado^{62,146,147,148}.

La Ley16/1997, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, define a las oficinas de farmacia como “establecimientos sanitarios privados de interés público”, en los que se dispensan los medicamentos a los pacientes aconsejando e informando sobre su utilización, se elaboran las fórmulas magistrales y los preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las Administraciones públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general.

Esta Ley recoge, en su artículo 1, el amplio abanico de funciones que desde la oficina de farmacia se desarrolla por la evolución de la actuación profesional.

1. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
2. La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.

3. La garantía de la Atención Farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.
4. La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.
5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.
6. La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
7. La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones Sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
8. La colaboración con la Administración Sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
9. La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
10. La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.

1.4 Seguimiento Farmacoterapéutico

Seguimiento Farmacoterapéutico es el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para

la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM)⁶⁹.

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 paciente¹⁴⁹.

Para poder ofrecer el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico el farmacéutico ha de tener una sistemática de trabajo que le permita conocer una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente. Para ello el farmacéutico realizará una secuencia de entrevistas personales, con el fin de conocer la farmacoterapia y los problemas de salud referidos por el paciente, para conseguir unos resultados óptimos y, en caso contrario, intervenir para corregir PRM o RNM detectados o en riesgo de aparición¹⁵⁰.

En definitiva, los objetivos del Seguimiento Farmacoterapéutico son⁶⁹:

- a) Detectar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM).
- b) Maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de los medicamentos.
- c) Contribuir a la racionalización de los medicamentos, mejorando el proceso de uso de los mismos.
- d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- e) Registrar y documentar la intervención profesional.

El esquema básico para llevar a la práctica el Seguimiento Farmacoterapéutico siempre debe considerar los siguientes aspectos:

1. Oferta del servicio.
2. Entrevista.

3. Elaboración del estado de situación.
4. Fase de estudio.
5. Fase de evaluación para la identificación de los posibles PRM/RNM.
6. Intervención farmacéutica.
7. Evaluación de los resultados de la intervención.

En la figura 2 se muestra un esquema del proceso global del servicio de SFT.

Figura 2. Esquema del proceso de SFT según Sáez-Benito L, et al.¹⁵¹



En cada entrevista con el paciente, las fases descritas se inician y repiten con el objetivo de asegurar un resultado óptimo de la farmacoterapia a través de la identificación y resolución de RNM¹⁰⁰.

Los PRM son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM (Foro 2008)⁴⁸. Constituyen problemas de salud del

paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.

Foro propone el siguiente Listado de PRM, que pueden ser causas de RNM: Administración errónea del medicamento; Características personales; Conservación inadecuada; Contraindicación; Dosis, pauta y/o duración no adecuada; Duplicidad; Errores en la dispensación; Errores en la prescripción; Incumplimiento; Interacciones; Otros problemas de salud que afectan al tratamiento; Probabilidad de efectos adversos; Problema de salud insuficientemente tratado; Otros⁶⁹.

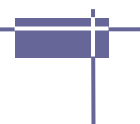
Foro divide los RNM en tres categorías⁶⁹: Necesidad, Efectividad y Seguridad.

A su vez, cada una de estas categorías se desdobra en dos:

- Una necesidad de medicamento (problema de salud no tratado)
- Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario)
- Una inefectividad no cuantitativa
- Una inefectividad cuantitativa
- Una inseguridad no cuantitativa
- Una inseguridad cuantitativa

Igualmente, Foro propone el siguiente listado de posibles intervenciones:

- Facilitar información (IPM).
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar al médico comunicando el PRM/RNM.
- Derivar al médico proponiendo modificación en el tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo con la legislación vigente.



1.4.1 Barreras

Se define como barrera cualquier tipo de obstáculo, material o inmaterial, que dificulte o impida la diseminación, implantación y/o la sostenibilidad de servicios profesionales en la farmacia comunitaria. Un facilitador sería cualquier tipo de elemento, material o inmaterial, que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar la implantación y/o sostenibilidad de nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) de forma que los propios facilitadores, además de ayudar a salvar estas barreras, son moduladores independientes del cambio⁵².

Bell et al.¹⁵², en 1998, realizaron un estudio en el que analizaron estas barreras en Irlanda del Norte. Entre los resultados destacaron:

1. Formación inadecuada.
2. Orientación excesivamente comercial de los farmacéuticos.
3. Aislamiento de los farmacéuticos.
4. Falta de entusiasmo.
5. Falta de contacto con los pacientes.

Así mismo, Penna¹⁵³, en Estados Unidos, describió una serie de barreras para la implantación de la Atención Farmacéutica:

1. Excesiva orientación comercial hacia el producto.
2. Falta de orientación hacia la oferta de servicios.
3. Entorno desfavorable que no facilita la oferta de servicios.
4. Falta de cooperación con otros profesionales de la salud.
5. Falta de incentivos.
6. Barreras logísticas.
7. Falta de dinero para el desarrollo e ignorancia del farmacéutico.

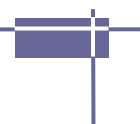
También en Estados Unidos, Odedina⁹⁷ trabajó sobre los procesos de cambio y, analizó las barreras obteniendo las siguientes conclusiones:

1. Aspecto físico de la farmacia.
2. Cualificación (formación) del personal.
3. Orientación comercial de su ejercicio profesional.
4. Expectativas del paciente.
5. Falta de cooperación con los médicos.
6. Falta de herramientas informáticas adecuadas.
7. Falta de competencia en el sector.

Por su parte, Van Mil et al¹⁵⁴ analizaron las barreras percibidas para la implantación de servicios de Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria en once países europeos, incluido España.

Las 10 barreras más importantes para la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos, según Van Mil, en Europa fueron¹⁵⁴:

1. Dinero.
2. Tiempo.
3. Actitud/opinión de otros profesionales.
4. Habilidad de comunicación.
5. Estructura del Sistema de Salud, en general.
6. Falta de formación clínica.
7. Actitud/opinión del farmacéutico.
8. Falta de formación en comunicación.
9. Falta de habilidades en gestión.



10. Falta de visión sobre el futuro profesional.

Roberts et al¹⁰¹ comentaban al respecto que, según la experiencia australiana, el pago por servicios, por sí solo, no genera ni acelera el cambio.

Las 12 barreras más importantes para la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos en España, según Van Mil et al¹⁵⁴ fueron:

1. Actitud/opinión de otros profesionales.
2. Actitud del titular.
3. Estructura del sistema de salud, en general.
4. Falta de tiempo.
5. Falta de programas informáticos.
6. Falta de demanda por los pacientes.
7. Falta de habilidades en comunicación.
8. Orientación de los farmacéuticos hacia el producto.
9. Falta de formación clínica.
10. Falta de habilidades en gestión.
11. Actitud del personal de la farmacia.
12. Falta de formación en comunicación.

Resulta curioso que, mientras en Europa la falta de pago por servicios es la principal barrera para la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos, según esta revisión, en España no está ni siquiera contemplada dentro de las 12 barreras que dificultan la realización de SPF.

Plaza y Díez¹⁵⁵ resumieron en tres apartados las barreras, que encontraban los farmacéuticos comunitarios para implantar nuevos servicios:

1. Reticencias de los propios farmacéuticos: miedo a asumir nuevas responsabilidades, limitación de la estructura física de la farmacia y necesidad de formación más específica.
2. Dificultades de comunicación con el resto de los profesionales sanitarios: distinguían entre las barreras corporativas, más difíciles de superar, según estos autores, y las barreras individuales, en las que es más fácil llegar a un entendimiento.
3. Dificultades con los consumidores.

Por su parte, Plaza y Herrera¹⁵⁶ publicaron en 2003 los resultados de un estudio Delphi realizado a dos grupos de farmacéuticos, uno de ellos de expertos en Atención Farmacéutica y otro, de farmacéuticos sevillanos elegidos de manera aleatoria y estratificada.

Todos los entrevistados coincidieron en que una de las barreras que dificultaba más la implantación de SPF es la ausencia de una formación más clínica, adecuada a la realización de esta nueva actividad.

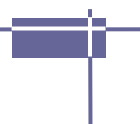
Las barreras descritas por los expertos fueron:

1. Cambio de mentalidad en el modo de trabajar.
2. Formación deficiente.
3. Actitud negativa de los propios farmacéuticos, por miedo a una mayor responsabilidad o por falta de ganas.

Estos expertos no incluyeron como barreras la falta de tiempo y la falta de espacio en la farmacia. Por su parte, el grupo de farmacéuticos sevillanos incidieron más en las barreras relacionadas con la estructura.

En este grupo, las barreras fueron:

1. Sobrecarga de trabajo.
2. Falta de tiempo.



3. Estructura insuficiente.
4. Formación deficiente.
5. Falta de motivación personal y económica.
6. Absentismo ligado a la edad.
7. Falta de autonomía de los adjuntos que, generalmente, son quienes están más motivados.
8. El aislamiento en la farmacia rural.
9. El paciente y el médico como barreras.
10. El propio personal de la farmacia.

Plaza y Herrera¹⁵⁶ analizaron las barreras en función del grado de experiencia de los farmacéuticos en la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos. En este sentido, planteaban que:

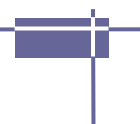
- a) Los farmacéuticos que ya han implantado servicios, están preocupados por los temas de formación y comunicación con los médicos.
- b) Los que se iniciarán en breve, por la falta de tiempo, formación y remuneración.
- c) Los que han abandonado esta práctica lo han hecho por falta de tiempo, de espacio en la farmacia, de remuneración, de falta de consenso en los procedimientos de trabajo y de falta de colaboración del equipo de la farmacia, de los pacientes y de los médicos; además, señalan problemas en la formación.
- d) Los que ven inviable la Atención Farmacéutica aducen problemas estructurales (falta de personal, de formación, de dinero, de espacio, de tiempo), falta de reconocimiento por parte de la Administración y falta de apoyo de las estructuras colegiales.

En 2005, Hidalgo et al¹⁵⁷ analizaron el grado de conocimiento de los farmacéuticos comunitarios de Granada sobre el SFT, y las barreras que según ellos, entorpecían su implantación. Previamente a la realización del estudio un grupo nominal elaboró una lista de barreras para el desarrollo del Seguimiento Farmacoterapéutico:

1. Falta de tiempo.
2. Falta de formación en Seguimiento Farmacoterapéutico.
3. Desconocimiento de la magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos y sociedad.
4. No se sabe bien qué es el Seguimiento Farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos y, sin embargo, creen que lo hacen.
5. La dispensación como prioridad.
6. Miedo a responsabilizarse y al compromiso.
7. Farmacia como empresa y no como lugar sanitario.
8. Miedo y vergüenza del farmacéutico a comunicarse con el médico y con los pacientes.

Sin embargo, las barreras para la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos descritas por los farmacéuticos participantes en el estudio, que conocían en qué consistía el Seguimiento Farmacoterapéutico fueron:

1. Falta de formación en Seguimiento Farmacoterapéutico.
2. No se sabe bien qué es el Seguimiento Farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos y, sin embargo, creen que lo hacen.
3. Desconocimiento de la magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos, y sociedad.
4. Falta de tiempo.
5. La dispensación como prioridad.



6. Miedo a responsabilizarse y al compromiso.
7. Farmacia como empresa y no como lugar sanitario.
8. Miedo del farmacéutico a comunicarse con el médico y con los pacientes.

Martín Calero et al⁹⁴, también analizaron las barreras para la implantación de servicios de Atención Farmacéutica, y concluyeron que *“como toda práctica innovadora, origina un cierto rechazo entre los profesionales, lo que se agrava por la falta de reconocimiento y por la falta de pago por los servicios.”*

Estos autores señalaron como una de las principales barreras, que justificaba la lenta implantación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos en la farmacia comunitaria española, la falta de pago por servicios, que contradecía los trabajos de van Mil et al¹⁵⁴, Plaza y Herrera¹⁵⁶ y el de Hidalgo¹⁵⁷.

Según Mahtani¹⁵⁸, en un estudio realizado por Gastelurrutia et al¹⁵⁹ se reflejaban las dificultades para el desarrollo de los SPF en el contexto de las farmacias comunitarias en España desde la perspectiva de los farmacéuticos. El uso de una metodología de investigación cualitativa ofrecía la posibilidad de profundizar en las barreras reales, las cuales, una vez conocidas, constituían el primer paso para intentar mejorar. Entre ellas detectamos la falta de una orientación más clínica de la formación universitaria, la falta de actitud ante el cambio y la incertidumbre sobre el futuro profesional, como barreras del farmacéutico individual. Para la farmacia como empresa, se identificaron como barreras la falta de pago por los servicios, la ausencia de mensajes claros y el reducido volumen de la farmacia española. En la categoría profesión farmacéutica, el actual sistema de remuneración, la falta de formación universitaria clínica y la falta de liderazgo de las instituciones representantes, fueron las barreras encontradas. En cuanto a los otros colectivos, se encontró que la falta de apoyo real de las administraciones sanitarias, el desconocimiento de los médicos de los objetivos de los Servicios Profesionales Farmacéuticos, y la falta de demanda de estos servicios por los pacientes fueron las principales barreras identificadas.

Desde la perspectiva de los farmacéuticos, otros estudios reflejan dificultades similares para la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos^{157,160,161}.

El estudio de Gastelurrutia et al¹⁵⁹ aportaba una perspectiva concreta desde el punto de vista de los profesionales farmacéuticos que se amplía con otro posterior sobre la percepción de los pacientes sobre en qué consiste el SFT¹²⁸.

Según Westerlund et al¹⁶² las barreras para la implantación de los SPF en las farmacias suecas son la falta de recursos humanos, los recortes presupuestarios y la necesidad de cambios organizativos, así como la adaptación que tendrían que realizar las universidades en los aspectos formativos.

Sigue siendo un reto para los farmacéuticos establecer el valor de los servicios que pueden ofrecer. El conocimiento de las barreras para implantar los SPF en la farmacia comunitaria permite identificar posibles soluciones que se deberían abordar desde diferentes frentes.

Sería necesario llevar a cabo estudios de investigación que informaran no sólo de las barreras que afectan a la implantación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos en las farmacias comunitarias, sino también de su rentabilidad.

1.4.2 Facilitadores

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

Un **facilitador** es cualquier tipo de elemento, material o inmaterial, que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar la implantación y/o sostenibilidad de Servicios Profesionales Farmacéuticos en la farmacia comunitaria, de forma que los propios facilitadores, además de ayudar a salvar estas barreras, son moduladores independientes del cambio⁵².

Roberts et al¹⁰¹ realizaron una revisión bibliográfica sobre facilitadores que fueron agrupados en:

- a) Aquellos que habían sido experimentados por los participantes en el estudio durante la modificación de sus prácticas profesionales (facilitadores experimentales).
- b) Otros que se proponían como posibles factores que podrían ayudar a superar las barreras existentes para la implantación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria pero que, sin embargo, no se había puesto en práctica (facilitadores potenciales).

Encontraron 25 diferentes facilitadores en el primer grupo, mientras que el segundo, además de los anteriores, contenía 19 más. los distintos facilitadores descritos se muestran a continuación:

A. Facilitadores experimentales :

(Los Facilitadores con (*) sólo se identificaron en la literatura en relación con factores experimentales. El resto también lo fueron como facilitadores potenciales.)

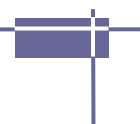
- Entorno de la farmacia. Ej.: espacio adecuado/privacidad.
- Entrenamiento de los farmacéuticos y técnicos en servicios específicos.
- Remuneración^(*).
- Formación continuada.
- Personal.
- Historial del paciente en la farmacia^(*).
- Utilización de los técnicos.
- Atención a grupos de pacientes especiales.
- Delegación de tareas.
- Motivación.
- Mejor utilización del personal existente.
- Utilización de protocolos^(*).
- Práctica orientada al servicio.
- Interacción con otros farmacéuticos.

- Expectativas/demandas de los pacientes.
- Apoyo en la gestión.
- Relación con los médicos.
- Participación en proyectos.
- Interacción con otros profesionales sanitarios.
- Relación farmacéutico/paciente.
- Equipamiento. Ej.: ordenadores.
- Interacción con grupos de pacientes^(*).
- Acceso a la historia/información sobre el paciente.
- Apoyo de las organizaciones profesionales y del gobierno.
- Competencia del farmacéutico.

B. Facilitadores potenciales:

(Sólo se incluyen como facilitadores potenciales los que no han sido incluidos en facilitadores experimentales, para evitar repeticiones).

- Publicidad.
- Habilidades de comunicación.
- Beneficios (probados) del servicio.
- Fuentes bibliográficas.
- Legislación exigiendo la provisión de los servicios.
- Reconocimiento profesional.
- Trabajo en equipo.
- Autonomía.
- Sistema de documentación.
- Redes interprofesionales de comunicación.
- Sistema de prescripción electrónica entre el médico y la farmacia.
- Bajo volumen de recetas de la farmacia.
- Conocimiento del farmacéutico de los servicios cognitivos.
- Actitud/percepción de los médicos.
- Experiencia del farmacéutico en servicios cognitivos.
- Actitud/percepción de los pacientes.



- Actitud del farmacéutico sobre los servicios profesionales.
- Orientación emprendedora.
- Confianza de su capacidad para proveer servicios cognitivos.

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

En un estudio cualitativo posterior, realizado por estos mismos autores, identificaron 6 facilitadores del proceso de cambio¹⁶³:

1. Remuneración por la implantación y/o por el servicio.
2. Apoyo externo o asistencia.
3. Reorganización de la estructura de la farmacia y sus funciones.
4. Comunicación.
5. Liderazgo interno.
6. Delegación de tareas.

Además, identificaron lo que han denominado “motivadores para el cambio en la práctica” como, por ejemplo, deseo de satisfacción profesional, ofrecer cuidados sanitarios al paciente, o temor a las amenazas contra el modelo de negocio.

Plaza y Herrera¹⁵⁶ no utilizan la terminología de facilitador, pero en su estudio mencionaban aspectos facilitadores como: 1) el desarrollo de procedimientos consensuados, 2) el desarrollo de sistemas adecuados de colaboración y comunicación con los médicos, 3) necesidad de formación adecuada a las necesidades del proceso, 4) dar a conocer el servicio a los pacientes y a la sociedad, 5) dar a conocer el servicio a los médicos, 6) fundamentar los procesos, buscando modos de implantación, sistemática de trabajo, etc., 7) que sea un servicio viable para todas las farmacias (carácter universal del servicio), y 8) financiación del servicio.

Hidalgo et al¹⁵⁷ citaban como posibles facilitadores, la formación y el pago por servicios.

Respecto a este último, pago por servicios, Vázquez afirmó que si la Administración remunerase los Servicios Profesionales Farmacéuticos en lugar de remunerar los distributivos, se transformaría el pago por servicios en el facilitador definitivo¹⁶⁴.

Es una realidad que la resistencia individual al cambio es un fenómeno común en el ámbito de los SPF, aunque exista evidencia de sus beneficios clínicos y económicos^{100,165,166,167} pero aun así no se explica que el cambio se esté produciendo a un ritmo tan excesivamente lento^{93,168,169}.

Aunque en la literatura se han identificado una serie de facilitadores, parece que se ha prestado escasa atención a cómo pueden ser utilizados en la práctica para acelerar la implantación de los SPF.

Es importante la identificación de los facilitadores, tanto a nivel individual como de organización, pero las investigaciones futuras deberían centrarse en cómo deben ser incorporados en los programas de implantación de SPF, considerando los SPF como los Servicios Profesionales prestados por los farmacéuticos que utilizan sus habilidades y conocimientos para asumir un papel activo en la salud del paciente, a través de una interacción eficaz con los pacientes y otros profesionales de la salud¹⁷⁰.

Existen distintos métodos de obtención de consenso para seleccionar los indicadores específicos útiles que puedan ser percibidos y utilizados como facilitadores para la implantación del SFT en las farmacias comunitarias españolas:

La Técnica de Grupo Nominal^{171,172} es una técnica creativa empleada para facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas. Este análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado, permitiendo que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas.

El método Delphi¹⁷³ pretende extraer y maximizar las ventajas que presentan los métodos basados en grupos de expertos y minimizar sus inconvenientes. Para ello se aprovecha la sinergia del debate en el grupo y se

eliminan las interacciones sociales indeseables que existen dentro de todo grupo. De esta forma se espera obtener un consenso lo más fiable posible del grupo de expertos.

Este método presenta tres características fundamentales:

1. Anonimato: Ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de debate. Esto tiene una serie de aspectos positivos, como son:
 - a) Impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro de los miembros o por el peso que supone oponerse a la mayoría. La única influencia posible es la de la congruencia de los argumentos.
 - b) Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen.
 - c) El experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.
2. Iteración y realimentación controlada: La iteración se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario. Como, además, se van presentando los resultados obtenidos con los cuestionarios anteriores, se consigue que los expertos vayan conociendo los distintos puntos de vista y puedan ir modificando su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.
3. Respuesta del grupo en forma estadística: La información que se presenta a los expertos no es sólo el punto de vista de la mayoría, sino que se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.

En su realización aparece una terminología específica:

- **Circulación o Ronda:** Es cada uno de los sucesivos cuestionarios que se presenta al grupo de expertos.
- **Cuestionario:** El cuestionario es el documento que se envía a los expertos. No es sólo un documento que contiene una lista de preguntas, sino que es el documento con el que se consigue que los expertos interactúen, ya que en él se presentarán los resultados de anteriores circulaciones.
- **Panel:** Es el conjunto de expertos que toma parte en el método.
- **Moderador:** Es la persona responsable de recoger las respuestas del panel y preparar los cuestionarios.

El método RAND¹⁷⁴ se considera un método más explícito y reproducible que el Delphi¹⁷⁵, por lo que fue el que se eligió para nuestro estudio^{174,175,176}. El método RAND/UCLA utiliza una técnica de consenso que es una modificación del método Delphi^{173,177}, al que incorpora elementos de la técnica de grupo nominal. Resulta importante destacar la reproductibilidad del método RAND/UCLA¹⁷⁸.

En la siguiente tabla se comparan los distintos métodos de obtención de consenso con el método empleado¹⁷⁹:

Tabla 1- Comparación de las características de los diferentes métodos de obtención de consenso.

Método	Envío de cuestionarios	Votaciones privadas	Feedback formal de las elecciones del grupo	Contacto cara a cara	Interacción estructurada	Método de agregación
Informal o no estructurado	NO	NO	NO	SI	NO	Implícito
Delphi	SI	SI	SI	NO	SI	Explícito
Técnica de grupo nominal	NO	SI	SI	SI	SI	Explícito
Conferencia de consenso	NO	NO	NO	SI	NO	Implícito
RAND	SI	SI	SI	SI	SI	Explícito

Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, Marteau T. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technology Assessment 1998;Vol 2:No 3

Dentro de las ventajas del método RAND se destaca que: (a) Es sencillo, (b) Evita el poder del liderazgo o los posibles conflictos de intereses, (c) Permite expresar libremente el criterio personal, (d) Permite combinar el conocimiento científico con la experiencia y opinión de los expertos.

Las etapas del Método RAND/UCLA son las siguientes :

- Propuesta de preguntas/Revisión.
- Desarrollo de la lista de preguntas.
- Ronda 0: Aclaración de términos.
- Ronda 1: Puntuación de preguntas individualmente.
Puesta en común y discusión de puntuaciones
- Ronda 2: Reevaluación de preguntas.
- Clasificación final de las preguntas:
(a) Adecuada; (b) Dudosa; (c) Inadecuada

Una vez obtenido el cuestionario definitivo existen diferentes opciones para su utilización entre las que probablemente la más eficiente sea la realización de un CATI (*Computer Assited Telephone Interviewing*) que consiste en una entrevista telefónica asistida por ordenador^{180,181}.

En este tipo de entrevista, el entrevistador hace las preguntas por teléfono¹⁸² y registra las respuestas en un ordenador, es decir, emplea un sistema interactivo mediante ordenador. Este sistema reduce la variabilidad entre entrevistadores y evita los fallos de registro debidos a filtros entre preguntas.

Debido a que un ordenador controla el cuestionario, las modalidades de salto de una llamada a otra se ejecutan exactamente como estaba previsto, las respuestas se encuentran dentro de los límites, y no hay datos que falten. Y, dado que las respuestas entran directamente en el ordenador, el análisis de datos puede empezar de inmediato.

El CATI exige que los PCs estén vinculados a través de una red a un ordenador principal (servidor) que funciona como una central de ubicación de almacenamiento de los datos.

Otros beneficios del CATI son el aumento del control de la calidad investigadora, el calendario, y los costos. Estos beneficios incluyen:

- Mayor calidad de datos: No hay datos que falten o fuera de la gama de respuestas, y las respuestas pueden ser automáticamente controladas de forma cruzada en aras de la coherencia.
- Resultados más rápidos: De modo que puede comenzar el análisis tan pronto como la última entrevista se ha completado.
- El aumento de la productividad: Son necesarias menos horas para completar estudios, el equipo administrativo se encarga de las funciones mecánicas a fin de que puedan revisar los supervisores y entrevistadores las entrevistas.

El CATI establece automáticamente las llamadas, realiza recordatorios en caso de ausencia de la persona que debe responder y controla las cuotas de respuesta exigidas.

- Ventajas: (a)Rápido; (b)No hay restricciones geográficas: el CATI se adapta bien a extensas zonas geográficas; (c) Fiabilidad técnica.
- Límites: Algunos objetivos están fuera del alcance del CATI. No hay ninguna posibilidad de visualización del interlocutor.

Una vez identificado el facilitador principal pareció interesante la realización de un Grupo Focal para ver la percepción que tenía un grupo de expertos en farmacia comunitaria sobre el mismo así como sobre el resto de facilitadores seleccionados como más importantes en el estudio.

La técnica del Grupo Focal^{183,184} consiste en una reunión formada por un número reducido de personas que, guiados por un moderador y un observador, permite obtener una gran cantidad de información sobre el tema objeto de estudio en muy poco tiempo.

Es un método de obtención de información propio de la investigación cualitativa. Como en cualquier proyecto de investigación cuantitativa, también en la investigación cualitativa tiene una gran importancia definir con la mayor concreción y precisión posible los objetivos del estudio.

En este tipo de investigación no es importante ni el tamaño de muestra, ni la definición de las variables, ni la generabilidad de los resultados. Es el investigador quien se implica personalmente en la investigación, y selecciona los informantes que participarán en el Grupo Focal (participantes), utilizando técnicas de “selección de conveniencia”¹⁸⁵, bien por el conocimiento del equipo investigador o utilizando informantes claves externos que proporcionan pistas sobre a quién incluir en el estudio. En general el grupo un grupo focal consiste en una reunión de entre 8 y 12 personas que se reúnen con el moderador de la reunión y un secretario u observador.

Antes de realizar el Grupo Focal y teniendo en cuenta el marco teórico, la revisión bibliográfica previa sobre el tema de investigación y los objetivos perseguidos, se realiza un guión de la entrevista, que es el eje por el que circulará la reunión y en la que se basará el moderador del grupo¹⁸⁶.

El grupo focal suele durar entre una y dos horas y si se prolonga más, es mejor finalizar la reunión y continuar otro día con el mismo grupo. También es posible realizar diferentes grupos focales sobre el mismo asunto de investigación para después agregar los resultados.

La reunión se graba íntegramente y se transcribe en su totalidad. Posteriormente el investigador deberá realizar el análisis de la información obtenida y redactar las conclusiones.

Existen varias posibilidades de análisis pero la más frecuente suele ser el análisis de contenido. Para ello se pueden utilizar diferentes programas informáticos como el Nudist Vivo®¹⁸⁷, que simplifican el trabajo aunque el análisis sigue siendo una tarea compleja que debe realizar el equipo investigador quien posteriormente redactará los resultados y las conclusiones.

Se debe garantizar en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes que deben firmar un documento de consentimiento informado.

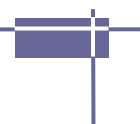
Las limitaciones del Grupo Focal vienen derivadas de su propia estructura, organización y funcionamiento:

1. No puede ser utilizado cuando se necesita información cuantitativa.
2. Dado que el número de participantes es reducido y van a expresar sus propias opiniones, la información no proporciona validez estadística.
3. Difícil de convocar y la formación de un grupo homogéneo puede resultar dificultosa
4. Requiere experiencia del moderador para no introducir sesgos.
5. Limitado a preguntas abiertas. Por su propia naturaleza el Grupo Focal es “abierto”, y no puede predeterminarse, siendo reflejo de las opiniones de los participantes.
6. Algunos participantes pueden dominar la discusión.
7. No se puede asegurar que los individuos expresen sus propias visiones individuales y definitivas. Hablan en un contexto específico (grupo), dentro de un entorno cultural específico.
8. No es totalmente confidencial o anónimo: los participantes conocen las aportaciones que realizan los otros participantes.

No obstante el grupo focal aporta grandes ventajas, ya que permite la interacción en grupo, lo que estimula la generación de ideas; se obtiene información cualitativa de varios informantes a la vez; es muy útil cuando el tema es complejo; y sobre todo, aporta información de forma rápida.

Las principales utilidades de un Grupo Focal son:

1. Antes de un estudio: en los estadios preliminares o exploratorios.
2. Durante el estudio: para evaluar o desarrollar programas particulares de actividades.
3. Tras un estudio: para evaluar el impacto de los resultados o para generar nuevas líneas de investigación.
4. Puede considerarse un método independiente de investigación o un complemento a otros métodos, sobre todo, para realizar triangulación o chequear la validez.
5. Puede ayudar a explorar o a generar hipótesis y a desarrollar cuestiones o conceptos para cuestionarios o guías de entrevistas.



1.4.3 Facilitadores Situación Actual

Para abordar la situación actual de los facilitadores se ha tomado como base la revisión que Roberts¹³¹ realizó hasta junio de 2005 y que consistió en una revisión de toda la literatura publicada en inglés en bases de datos on line sin límite de fecha, textos y actas de congresos, cuyo objetivo era investigar los facilitadores para el cambio en la práctica farmacéutica y la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF). Como ya hemos expuesto con anterioridad, los SPF pueden definirse como servicios profesionales prestados por farmacéuticos que emplean sus habilidades y conocimientos para adoptar un papel activo en la asistencia sanitaria del paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud²⁰. Algunos de los estudios identificados eran conceptuales, y aun siendo seleccionados del mismo modo que los estudios de investigación empírica, no pudieron ser examinados mediante una revisión crítica equivalente. En su lugar, se consideró más apropiada una revisión narrativa, en lugar de sistemática.

Dentro de un trabajo más amplio de búsqueda de facilitadores que permitan una implantación más rápida de cambio en la práctica farmacéutica se llevó a cabo una actualización hasta febrero de 2010. Se realizó la revisión bibliográfica de toda la literatura publicada en inglés y en español, en bases de datos on line, con fechas comprendidas entre 2005 y 2010, de textos y actas de congresos.

Las bases de datos utilizadas fueron Medline, Embase, International Pharmaceutical Abstracts, ABI Inform y Cochrane Library.

Los términos de búsqueda utilizados en las bases de datos fueron: [*Extended services; Professional service; Service; Pharmaceutical care; CPS; Change; Change Management; Practice change; Driver; Faclitator; Motivator; Community pharmacy; Framework; Model; Factor; Strategy; Barrier; Implementation*]

Se hicieron nueve consultas a las bases de datos referidas utilizando los anteriores términos asociados de la siguiente manera:

1. [*Extended services OR Professional services OR Services OR Pharmaceutical care OR CPS*]. Se obtuvieron 430.203 resultados.
2. [*Change OR Change Management OR Practice change*]. Se obtuvieron 538.792 resultados.
3. [*Driver OR Facilitator OR Motivator*]. Se obtuvieron 8.893 artículos.
4. [*Community pharmacy*]. Se obtuvieron 2.493 artículos.
5. [*Framework OR Model*]. Se obtuvieron 857.402 resultados.
6. [*Factor*]. Se obtuvieron 955.643 artículos.
7. [*Strategy*]. Se obtuvieron 149.769 artículos.
8. [*Barrier*]. Se obtuvieron 71.237 artículos.
9. [*Implementation*]. Se obtuvieron 64.834 artículos

Posteriormente se realizó un cribaje de los resultados obtenidos al introducir el intervalo de fechas (2005 – 2010). Las palabras utilizadas se unieron mediante el término “AND” y se realizó una nueva búsqueda de la que se obtuvieron 147 artículos. De ellos, 38 cumplían los criterios de inclusión, por estar relacionados con facilitadores y barreras para el cambio en la práctica farmacéutica y la implantación de servicios como el Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias. Posteriormente se buscaron los documentos completos en las bases de datos correspondientes o bien se solicitaron a la institución adecuada.

Roberts¹³¹, utilizó como marco conceptual la división de los facilitadores en dos grandes dominios: (a) conceptual, artículos que contenían discusiones sobre facilitadores potenciales, que aún no habían sido experimentados por farmacéuticos en la práctica ni sometidos a pruebas empíricas, y (b) empírico, facilitadores que habían sido propuestos tras poner a prueba un determinado servicio o evaluados en un escenario experimental.

Gastelurrutia¹⁷¹ clasificó los facilitadores identificados en su estudio como facilitadores internos y externos. (a) Los facilitadores internos son aquellos bajo el control de los farmacéuticos y las farmacias, y son facilitadores que pueden modificarse hasta cierto punto para ajustarse a las necesidades locales¹⁸⁸. Algunos ejemplos son la organización de tareas, la distribución de la farmacia con zonas de atención privadas (ZAP) y la selección del software adecuado. (b) Los facilitadores externos son aquellos que se sitúan en el nivel organizativo y van más allá del control directo de farmacias individuales. Ejemplos de esto son el cambio de los programas de estudios universitarios, la coordinación de los mensajes de los líderes profesionales y la modificación del sistema de remuneración.

Ha habido una creciente tendencia internacional hacia la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) en las farmacias comunitarias. Los SPF han sido desarrollados y diseminados de forma individual, sin un marco de referencia para su implantación y con un conocimiento limitado de los factores que podrían ayudar a un cambio de práctica farmacéutica¹⁸⁹.

Según Roberts et al¹³¹, en la literatura, el tema de la identificación de barreras para la implantación de SPF está muy desarrollado; lo que no está desarrollado es el concepto de facilitar el cambio más allá de soluciones individuales a los problemas.

Estudios actuales refieren que los facilitadores difieren de las barreras, ya que los propios facilitadores, además de ayudar a salvar estas barreras actúan como moduladores independientes del cambio en sí mismos^{159,170}.

Gastelurrutia¹⁵⁹ llevó a cabo un estudio sobre barreras por medio de entrevistas semiestructuradas realizadas a dos conjuntos de expertos: ejercientes y estrategas o líderes profesionales. La población se seleccionó mediante un muestreo teórico basado en el ámbito de trabajo (todos los participantes debían ser licenciados en farmacia y residentes en el territorio español) y, además, para los estrategas, según el tipo de actividad. Definió a los ejercientes como profesionales farmacéuticos comunitarios españoles que tienen la experiencia de haber implantado o haber participado en programas que incluyan la práctica de

distintos servicios cognitivos. Los pertenecientes al grupo de estrategias eran personas provenientes de distintas áreas, en las que se definen 6 perfiles: Administración sanitaria (A1), sociedades científicas (A2), corporación profesional (C1), mundo de la comunicación (C2), asociaciones empresariales (E) y Universidad (U).

Los entrevistados del grupo «ejercientes» se eligieron entre farmacéuticos que habían destacado en la implantación de servicios profesionales en España. Los «estrategas» tenían, en el momento de la entrevista o con anterioridad, responsabilidades y capacidad de decisión para poder diseñar, impulsar y tratar de implantar diferentes SPF o programas que incluyeran dichos servicios en distintas organizaciones o instituciones.

En conclusión, estrategias y ejercientes identificaron 12 barreras para la implantación y sostenibilidad de servicios profesionales en las farmacias comunitarias españolas, que pudieron ser agrupadas en 6 categorías: farmacéutico (falta de formación adecuada, poco orientada a atender las necesidades de los pacientes; necesidad de cambio de actitud: miedo al cambio, actividad más empresarial que profesional; incertidumbre sobre el futuro profesional), farmacia (falta de pago por los servicios profesionales que se ofrecen; ausencia de mensajes claros e inequívocos; estructura de las farmacias: demasiado pequeñas, fundamentalmente orientadas al proceso distributivo y de venta de productos, sin zonas de atención personalizada, con exceso de tareas administrativas, con poco tiempo), profesión farmacéutica (el actual sistema de remuneración de la farmacia no facilita la implantación de nuevos servicios; falta de liderazgo claro en la organización colegial; falta de preparación de la Universidad para dar respuesta a la enseñanza de materias clínico-asistenciales que demanda la profesión), Administración sanitaria (falta de apoyo decidido de las autoridades sanitarias), médicos (mala relación con los médicos, que desconocen estos servicios y que, debido a ese desconocimiento, temen que el farmacéutico incurra en el intrusismo profesional) y pacientes (falta de demanda de los servicios). Gastelurrutia afirmaba que las barreras identificadas en España no se diferencian en lo fundamental de las descritas en otros países, lo que refuerza la idea de que los problemas de la farmacia son similares,

independientemente del modelo de farmacia y de la situación socioeconómica del país que se estudie.

En este sentido, otro estudio¹⁹⁰ reflejaba que en la India existían importantes barreras para la prestación de servicios de Atención Farmacéutica entre las que señalaron como más importantes la falta de reconocimiento de la farmacia como profesión sanitaria por parte de otros profesionales de la salud, y la falta de una formación adecuada, más clínica, de los farmacéuticos. Esta última barrera también ha sido identificada por otros autores en diferentes países como Argentina y Japón^{191,192}. También en Brasil, de Castro et al¹⁹³ señalan que la falta de formación es la barrera principal para que no se realicen servicios de Atención Farmacéutica en las farmacias comunitarias de dicho país, aunque esta barrera ya había sido descrita ampliamente con anterioridad. Estos autores¹⁹³ añaden además dos nuevas barreras: el excesivo objetivo comercial de la mayoría de las farmacias, cuya actividad es casi exclusivamente la de vender productos (entre ellos, los medicamentos) y la carencia de farmacéuticos suficientes para implantar nuevos servicios. A esto se suma, en la farmacia comunitaria canadiense¹⁹⁴, la falta de sistemas de remuneración de los servicios prestados.

Herborg et al¹⁹⁵, afirmaban que era baja la tasa de implantación de los SPF en las farmacias comunitarias danesas. Constataron que la realización de cursos y elaboración de manuales de calidad protocolizados no habían sido lo suficientemente motivadores para facilitar su realización. Identificaron varios obstáculos a la implantación como por ejemplo: la falta de colaboración interprofesional en el sector de la salud, que también se había puesto de manifiesto en otros estudios¹⁹⁶; la existencia de un entorno físico no adaptado a la provisión de servicios¹⁹⁷; la falta de tecnología suficiente; las percepciones de los clientes; las actitudes de las personas; la organización interna en la farmacia; conocimientos y habilidades prácticas; las percepciones personales; la legislación, la sociedad, y las finanzas y recursos así como la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación del farmacéutico (este último aspecto aparece también en otros estudios¹⁹¹).

Latif et al¹⁹⁸ por su parte, añadían la preocupación de los farmacéuticos por la opinión de los médicos sobre la realización de nuevos servicios en la

farmacia, y se quejaban de la falta de tiempo para realizarlos. Esta falta de tiempo también es puesta de manifiesto en otros muchos estudios^{170,191,196,199,200}, así como la necesidad de más personal de apoyo para llevar a cabo las revisiones de la medicación (MURs). Además se identificó la necesidad de disponer de unas áreas de consulta adecuadas (ZAP). Al respecto, otro estudio de Zardain et al¹⁹⁹ corroboraba lo expuesto anteriormente y concluía que las barreras potenciales incluían las vinculadas a la propia farmacia (falta de personal, de ZAP, etc.).

Junto a estos estudios que casi exclusivamente analizan barreras para la implantación de SPF, en la actualidad los estudios van dirigidos más a la búsqueda de facilitadores, entendidos como motivadores del cambio en sí mismos¹⁷⁰ o como elementos capaces de ayudar a salvar las barreras existentes que impiden que el cambio en la práctica farmacéutica se realice.

Se observó que una de las formas más útiles de identificar facilitadores para el cambio de práctica era partir de farmacéuticos con distinto grado de implicación en la implantación de nuevos SPF¹³¹. En los casos en que se requería información especializada, una muestra aleatoria podría ser imposible o indeseable debido a la baja realización de SFT en las farmacias comunitarias. Por otro lado, el conocimiento sobre facilitadores por parte de aquellos que realmente han completado o desean completar el proceso de cambio era muy valioso, y en este sentido, una selección intencionada de la muestra era más apropiada. El problema era la limitación a la hora de poder generalizar los resultados.

La importancia de la identificación de facilitadores para favorecer la implantación de nuevos servicios profesionales queda reflejada en un estudio cuantitativo¹⁸⁹ realizado dentro de un marco de teoría organizativa. En él se observa que la implantación de SPF requiere apoyo no sólo en los aspectos clínicos de la prestación del servicio, sino también en el propio proceso de implantación siendo preciso establecer modelos de remuneración de los mismos. Los facilitadores identificados deberían usarse en estrategias, a distintos niveles, para integrar los servicios profesionales en las farmacias comunitarias, involucrando a farmacéuticos y miembros de su equipo, responsables políticos educadores e investigadores. Este estudio reafirmaba lo expuesto en un estudio

cualitativo anterior que Roberts et al²⁰¹ habían realizado para comprender el cambio en la práctica de la farmacia comunitaria en Australia.

En este sentido, Hatting et al²⁰², también en Australia, trataron en su estudio sobre el reparto de tareas entre los miembros del staff (Este reparto de tareas ya se había considerado como un facilitador por Pronk et al²⁰³). Observaron que la mayoría de farmacéuticos no consideraba la dispensación de medicamentos sin receta como una función inmediata del farmacéutico, sino que éste confiaba en que sus colaboradores, técnicos o auxiliares, supieran identificar cuándo se requería su intervención en el servicio de Indicación Farmacéutica. Aunque todos los participantes tenían ayudantes para la dispensación, variaba la forma en que los farmacéuticos delegaban en ellos. La mayoría de encuestados no diferenciaba claramente entre las actividades del farmacéutico y las del auxiliar o técnico. Se observó que en el acto de dispensación, variaba la implicación de los farmacéuticos en la prestación de asesoramiento al paciente por lo que se concluyó que los farmacéuticos necesitaban reevaluar la delegación de tareas a la luz de nuevas funciones y responsabilidades.

Gran parte de la investigación sobre Servicios Profesionales Farmacéuticos se ha centrado en el cambio de comportamiento del farmacéutico comunitario. Sin embargo, existen pocos estudios centrados en la farmacia como unidad de análisis o en toda la profesión como organización.

Por ello es interesante el estudio de Willink et al²⁰⁴ cuyo objetivo fue describir las características comunes de diferentes prácticas innovadoras aplicadas con éxito en farmacias comunitarias. Para la realización del estudio preseleccionaron cuatro farmacias que estaban aplicando con éxito servicios de Atención Farmacéutica. Entre los facilitadores que contribuían a la implantación encontraron cuatro que eran comunes en las cuatro farmacias: la existencia de una filosofía de la práctica orientada al paciente, la atención al paciente, la existencia de un sistema de gestión de la farmacia y una mayor formación clínica. Se presentó una herramienta que básicamente era un checklist para su uso en conjunción con los cuatro facilitadores que habían hallado.

La prestación de servicios avanzados en la farmacia podría constituir una oportunidad de éxito del negocio (comercial) para las farmacias comunitarias. Los farmacéuticos comunitarios con ganas de desarrollar una práctica innovadora y prestar servicios de Atención Farmacéutica podrían hacer uso de este checklist para la implantación de nuevos servicios.

De Herramienta de Negocio trataba también un artículo²⁰⁵ basado en el proyecto de “Crear flexibilidad organizativa para promover la implantación de servicios de atención primaria en la farmacia comunitaria”. Este proyecto pretendía desarrollar herramientas que ayudaran, a los farmacéuticos y al personal de la farmacia (staff), a optimizar su viabilidad empresarial mediante la implantación de nuevos servicios.

Argumentaban que la investigación sugiere que una de las maneras de conseguir que el negocio de la farmacia sea sostenible es a través del desarrollo de la capacidad para implantar cambios en la práctica e introducir más servicios profesionales. Sin embargo, encontraron que los objetivos de las farmacias comunitarias españolas y portuguesas se centraban, principalmente, en mantener su viabilidad a través de la oferta de productos, no de servicios.

Esta tendencia también puede observarse en Australia ya que la implantación de cambios en la práctica mediante la implantación de servicios puede constituir un proceso desalentador y difícil de manejar, sobre todo si al mismo tiempo hay que gestionar las operaciones diarias de la farmacia^{170,199}, tales como dispensación de recetas, informar al paciente y mantener una empresa rentable.

El proyecto analizaba esferas como la estructuración del personal, la formación y la educación, la capacidad tecnológica, la toma de decisiones y la planificación, con el fin de identificar los medios por los cuales las farmacias pueden aumentar niveles de flexibilidad en su organización.

La investigación, desde fuera del área de la farmacia, sugiere que el marco de la flexibilidad organizativa puede proporcionar una plataforma viable para propiciar el cambio. La diferencia entre el cambio y la flexibilidad no siempre está clara. Cambio organizativo se refiere a los cambios, en su sentido literal, que

experimenta una organización en respuesta a un evento específico. Por otra parte, la flexibilidad se centra en aumentar la capacidad de la organización para que se produzca el cambio con mayor facilidad. Más concretamente, la flexibilidad se refiere a crear la capacidad para controlar las funciones internas de negocio de una manera oportuna²⁰⁶.

En otro estudio²⁰⁷, al respecto, los autores concluían que la realización de SPF a través de la red de farmacias comunitarias ayudaba a la sostenibilidad de la atención primaria debido a una mejora de la calidad, que además va asociada con una reducción en los costes sanitarios. Esto representó un cambio significativo en el enfoque a nivel político, de ver a la farmacia como un proveedor de productos sólo para ser un proveedor de servicios reconocidos, más allá del papel tradicional de dispensación.

El cambio, a nivel de farmacia comunitaria, puede haber sido impulsado por el hecho de que los márgenes del medicamento han ido disminuyendo de manera constante, lo que genera una necesidad de desarrollar otras fuentes de ingresos para garantizar la sostenibilidad. Para que la red de farmacias comunitarias en Australia siguiera siendo viable, era necesario que los SPF formaran una parte integral de la práctica farmacéutica, incluyendo la financiación de un número de SPF como parte de un programa de mejora de la calidad en las farmacias (Qum).

Sin embargo, referían Christensen et al²⁰⁸, la mayoría de farmacias en EE, UU. mantenían centrada la atención en la dispensación de recetas.

La necesidad de adoptar nuevos servicios continúa siendo un desafío para la farmacia comunitaria. Los factores que determinan la capacidad de la farmacia comunitaria para ofrecer nuevos servicios profesionales son complejos, e incluyen: elementos estratégicos, profesionales, económicos y estructurales¹⁹⁷. Además, existen pruebas que indican que la cultura organizativa podría afectar la efectividad de una organización. Para afrontar esto, es necesario entender las dimensiones de la cultura organizativa que conducen a la implantación del cambio necesario para que la farmacia comunitaria se convierta en una organización más eficaz de atención primaria.

De cultura organizativa, como un concepto importante para la investigación de la práctica de farmacia comunitaria, trataba el estudio de Scahill et al²⁰⁹ quienes afirmaban que en el mundo desarrollado, la farmacia comunitaria se encuentra bajo mucha presión para desempeñar un papel más amplio en la prestación de una atención primaria eficaz. Al respecto, en Dinamarca¹⁹⁵, el *Pharmakon (Danish College of Pharmacy Practice)* ha realizado investigaciones, desde el año 1993, sobre el cambio organizativo. El programa el “Consejo de la Farmacia” es un ejemplo de este abordaje. Durante la década de 1980, investigadores de la SSP (*Section for Social Pharmacy*) realizaron estudios para recabar las percepciones de la función del farmacéutico, y se llevó a cabo una investigación experimental para desarrollar nuevos métodos y actividades profesionales en la farmacia. Estos proyectos fueron realizados desde la perspectiva del farmacéutico y se centraron en el aprendizaje individual y organizativo.

Hoy en día, este trabajo se ha convertido en un cuerpo de investigación compuesto por investigación y estudio de los facilitadores para la aplicación de nuevos servicios en farmacia. Todo ello se ha realizado en colaboración con investigadores de Australia, Portugal y España en el liderazgo de proyectos de farmacia y, más recientemente, en la evaluación de la remuneración de los SPF.

En la farmacia danesa se realizó también el estudio de Hopp et al²¹⁰ quienes utilizando la teoría organizativa, emplearon una guía de entrevista que se basó en el análisis de percepciones de estrategias y farmacéuticos para implantar Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF).

El estudio tenía como objetivo entender cómo se perciben los proyectos para la implantación de SPF, como facilitadores del cambio desde el punto de vista de farmacéuticos y estrategias. Para ello se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas con farmacéuticos (staff y titulares de la farmacia) en farmacias con actividad profesional, y 8 entrevistas con estrategias, profesionales especializados en el ámbito de la práctica farmacéutica. Se preguntó a los encuestados sobre sus objetivos en la participación y desarrollo de proyectos relacionados con la implantación de SPF, y sobre estrategias de cambio utilizadas

para la implantación. Se empleó una guía de entrevista basada en la teoría organizativa.

Ambos grupos compartían 4 categorías de objetivos en relación con: desarrollo de competencias; implantación de SPF; marketing de la farmacia; y mejora en el uso y resultados de la medicación por parte de los pacientes.

Los demás objetivos procedentes de sendas perspectivas eran distintos entre sí. Se elaboraron dos metáforas que simbolizan las dos maneras de percibir los proyectos para la implantación de SPF. Los estrategas desarrollaron proyectos como "menús cerrados", mientras que los farmacéuticos eligieron proyectos en los que participar como si fueran platos de un "buffet". Existía una clara diferencia entre la perspectiva de estrategas y farmacéuticos en cuanto al desarrollo de proyectos para la implantación de SPF y participación en los mismos. La metáfora del "menú" y el "buffet" muestra las dos formas de entender la implantación. Si estas metáforas se aceptan como premisa en el ámbito de la práctica farmacéutica, los esfuerzos futuros para la implantación de SPF deberían tener en cuenta estas diferencias.

En el estudio también se identificaron estrategias para el cambio. La estrategia del cambio humano predominó en ambos grupos.

En una Encuesta del Instituto de Administración de Beneficios de Farmacia (PBMI)²¹¹ a accionistas sobre tendencias emergentes sobre beneficios de medicamentos, el Presidente del PBMI afirmaba que la práctica de la farmacia comunitaria estaba cambiando, con servicios que iban desde el *high tech* (alta tecnología) hasta el *high touch* (trato personalizado). Si bien el ciclo de realización de consultas farmacéuticas, cara a cara, de atención al paciente y control de enfermedades estaba en su fase inicial, los accionistas reconocían el valor de los farmacéuticos como educadores de pacientes.

En un estudio descriptivo sobre el tipo y frecuencia de intervenciones en el tratamiento del asma²⁰⁰, se afirmaba que los farmacéuticos comunitarios intervenían, sobre todo, al inicio del tratamiento pero no solían realizar intervenciones de seguimiento lo que podría atribuirse a factores organizativos. Cerca del 99% de farmacéuticos estuvieron de acuerdo con la importancia de su

papel en el tratamiento del asma, mencionando la falta de tiempo como una importante barrera para el tipo y frecuencia de intervención, mientras que el interés mostrado por el paciente se presentó como un importante facilitador.

En la misma línea²¹² se realizó otro estudio para evaluar la implantación de un proyecto nacional, de 4 años de duración, para promover una estrategia profesional en farmacias comunitarias finlandesas. Sin embargo, se comprobó que muchas de las acciones no estaban implantadas al cabo de 2,5 años del inicio del proyecto; puede que se realizaran algunas acciones individuales, pero el proceso de desarrollo sistemático a largo plazo no se había iniciado en la mayoría de las farmacias. De esto se deduce que, los desafíos futuros para la implantación de nuevos servicios deben implicar un compromiso más firme, entre los propietarios de farmacias, con los objetivos de la estrategia profesional nacional.

A la necesidad de este compromiso se referían Basak et al¹⁹⁰ en su estudio refiriéndose a la situación de la farmacia comunitaria en la India, que solamente se ocupa de la dispensación de medicamentos y que tendría ahora la oportunidad de mejorar la asistencia sanitaria de la población, sobre todo del sector desfavorecido de la sociedad que no tiene recursos para ir a clínicas.

Deberían usarse estrategias a distintos niveles para integrar servicios profesionales en las farmacias comunitarias, de forma que se involucren farmacéuticos y miembros de su equipo, responsables políticos, educadores e investigadores¹⁸⁹.

El estudio de Kaae et al²¹³ trató de la relevancia de pre estudios políticos para los estudios de implantación de nuevos servicios profesionales en las farmacias comunitarias. Refería que los estudios de implantación de SPF, en el sector de la farmacia tradicional, se centraban en factores individuales y de organización que explicaban por qué unas farmacias tenían éxito en su implantación y otras no. El contexto social y político del origen de estos servicios rara vez forma parte del análisis. Investigadores y profesionales, en el campo de la investigación de la práctica farmacéutica, cada vez tienen más en cuenta el ámbito social y político concreto de las farmacias comunitarias, que a menudo juega un papel decisivo en el éxito o fracaso de la implantación de SPF.

Según van Mil et al²¹⁴ la Atención Farmacéutica se ha implantado en gran número de farmacias comunitarias de Holanda, debido en gran medida a las actividades de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP), a algunas empresas mayoristas, y a personas de gran influencia en Holanda que incitaron a las universidades y a la Real Sociedad Farmacéutica Holandesa para que promovieran su implantación.

Los pacientes holandeses, gracias a que se realiza de forma sistemática la revisión de su medicación, a que existe un asesoramiento farmacéutico estructurado y de gran calidad, y al hecho de que suelen acudir a la misma farmacia, se encuentran más protegidos frente a problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Sin embargo no todas las farmacias prestan Atención Farmacéutica al mismo nivel, si bien la vigilancia de la medicación forma parte de la práctica diaria. Como ocurre en otros países, los farmacéuticos holandeses se debaten entre el deseo de prestar servicios de Atención Farmacéutica y las cuestiones económicas. Las nuevas incorporaciones al mercado, tales como supermercados y cadenas de farmacias, dan poca importancia a la prestación de Atención Farmacéutica.

En las cadenas de farmacias, incluyendo las cadenas tradicionales, mayoristas y supermercados, que constituyen más del 50% de las farmacias comunitarias en los EE.UU., el enfoque principal sigue siendo la dispensación de medicamentos, aunque parece estar aumentando la incidencia de pacientes que recibe asesoramiento sobre su medicación²⁰⁸. Más del 25% de los propietarios de farmacias comunitarias independientes informa en algunos de los servicios de atención clínica al paciente, como son el asesoramiento y la gestión de la medicación en enfermedades crónicas. Aunque constataban que la mayoría de farmacias mantienen centrada la atención en la dispensación de recetas.

Los farmacéuticos siguen teniendo el reto de establecer el valor de los servicios relacionados con la prestación de Atención Farmacéutica en el sector privado. Dado que la implantación de SPF reduce el coste del tratamiento farmacológico, resulta evidente que la gestión de la terapia farmacológica, por parte de la farmacia, puede convertirse en un beneficio necesario tanto para la administración sanitaria¹⁰⁰ como para los seguros privados. Los planes de estudio

de Farmacia, así como las asociaciones nacionales y farmacias del estado, están trabajando para formar y estimular a los farmacéuticos comunitarios para este nuevo rol.

Las cadenas de farmacia podrían suponer un problema no sólo en lo que respecta a la implantación de la Atención Farmacéutica sino también en el acceso de los pacientes a la medicación, en zonas de baja densidad poblacional. Así lo refería Schommer²¹⁵, quien afirmaba que las cadenas de farmacias, para establecerse, atienden a los cambios de densidad de población dado que su visión comercial hace que se sitúen en las zonas con núcleos de población mayor. Los resultados sugerían que algunas farmacias independientes podrían estar cerrando debido a la competencia con farmacias pertenecientes a cadenas en zonas con alto crecimiento de densidad poblacional por lo que no se propicia la implantación de servicios de atención farmacéutica. Además, el estudio reflejaba que un descenso en la densidad de población podía ser un factor determinante en los cierres de farmacias independientes. En tales entornos, es poco probable que las cadenas de farmacia abran una farmacia nueva para sustituir a la farmacia independiente por lo que se pueden plantear problemas de acceso a los medicamentos para los residentes de estos condados al no poder asegurar los puntos de acceso a servicios farmacéuticos tales como consejos de medicación, control de terapias de medicación y control de enfermedades.

En contraposición a la dificultad de prestar SPF en las cadenas de farmacias, el estudio de Álvarez Risco et al²¹⁶ exponía que el desarrollo de la Atención Farmacéutica en Perú iba en aumento. Concluían en su estudio que la legislación apoyaba la prestación de este servicio. Algunas actividades del Ministerio de Sanidad, de las Facultades de farmacia, de las organizaciones de farmacia, y de los farmacéuticos en particular, por los cambios en la legislación, estaban potenciando el desarrollo de la práctica de la Atención Farmacéutica.

En 2004, los cambios legislativos en el Perú, en el ámbito de la reglamentación farmacéutica y el sistema de salud, potenciaron los servicios de Atención Farmacéutica a los pacientes. Para estimular esta prestación se ofertaron programas de formación continuada por parte de las universidades, pero como expresaba Álvarez Risco²¹⁶ deben participar en ellos un número

mayor de farmacéuticos. Además exponía que mientras que los farmacéuticos estén ausentes de sus oficinas de farmacia (su presencia es requerida por ley), poco se puede esperar de su implicación en la prestación de nuevos servicios. Así mismo, el estudio reflejaba la importancia del desarrollo de la colaboración interprofesional en el sistema de salud peruano ya que actualmente es inexistente. Para mejorar el rendimiento del sistema de Atención Farmacéutica deberían estimularse las relaciones entre los profesores y los profesionales. Estos vínculos son también esenciales para el desarrollo de la investigación sobre el impacto de la Atención Farmacéutica en los resultados clínicos, económicos y humanísticos de la atención al paciente.

En Japón, para frenar el enorme y creciente gasto en atención médica se han puesto en marcha muchas reformas estructurales. Los servicios de atención sanitaria en las farmacias comunitarias sufrirán reformas a fin de cubrir las necesidades sociales y cumplir los requisitos de los pacientes/clientes. Este estudio¹⁹² refleja que aunque los farmacéuticos japoneses no estén plenamente capacitados para proporcionar Atención Farmacéutica en este momento, en el futuro desempeñarán un papel crucial en asegurar la salud de sociedades cada vez más envejecidas, por lo que deberían contribuir al desarrollo de un sistema de atención sanitaria dirigido a una sociedad que tiene, cada vez, pacientes mayores (la proporción de personas con 65 años o mayores era del 19,9% en 2005 y se espera que alcance el 26,0% en 2015) con el consiguiente aumento del gasto sanitario. Dado que gran parte de las recetas se dispensan a través de farmacias comunitarias, los farmacéuticos tienen un mayor acceso al paciente para mejorar la atención sanitaria.

En 2006, el plan de estudios de Farmacia ofertado por las universidades incluyó 6 meses de prácticas en hospitales y farmacias comunitarias. Dicho cambio debería ofrecer una oportunidad para que los farmacéuticos y los académicos se comuniquen entre sí. Los programas de acreditación mejorarán así mismo el nivel de la atención sanitaria¹⁹².

Rodis et al²¹⁷ en su artículo, explicaban la implantación del programa "*Partner for Promotion*" (PFP) que ofrece un método innovador para que los profesores de la Facultad de Farmacia trabajen con estudiantes en el desarrollo

de servicios de atención al paciente, en farmacias comunitarias. El programa "*Partner for Promotion*" está diseñado para aumentar las habilidades y la seguridad de los estudiantes y profesores para ampliar los servicios de atención al paciente en farmacias comunitarias. Ofrece un enfoque innovador para la farmacia comunitaria, los miembros de la facultad trabajan con farmacias comunitarias para mejorar la prestación de servicios de atención farmacéutica a través de la capacitación y orientación de preceptores y estudiantes de farmacia, para a continuación, crear sus propios servicios. Este programa proporciona la oportunidad de que miembros de la Facultad de Farmacia lleguen a la farmacia comunitaria, para mejorar el desarrollo de la gestión de nuevos servicios, al mismo tiempo que, mejoran la educación y la experiencia de los estudiantes actuales y futuros.

Resulta de gran interés ya que los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar lo que aprenden sobre Atención Farmacéutica en las farmacias donde hacen las prácticas. Además, así pueden tener más probabilidades de poseer las habilidades y la confianza necesarias para desarrollar o prestar servicios avanzados de atención a pacientes en sus propias farmacias después de graduarse.

Sobre los estudios de farmacia en Dinamarca¹⁹⁵, el DFU (*Danish University of Pharmaceutical Sciences*) y Pharmakon (*Danish College of Pharmacy Practice*) preveían realizar cambios curriculares. La reforma de los estudios de farmacia ayudaría a cambiar los criterios de evaluación y proporcionaría un mayor énfasis en la comunicación y la Atención Farmacéutica.

La Facultad de Farmacia realizó un programa de tres años de duración utilizando la investigación como un aprendizaje para hacer frente a los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), en colaboración con investigadores, estudiantes y profesionales. Este proyecto contribuyó a la formación de una plataforma para la difusión de conocimientos sobre la Atención Farmacéutica entre los estudiantes y facultativos.

Mehta et al²¹⁸ describían el desarrollo, implantación y evaluación de resultados de una innovadora clínica administrada por farmacéuticos con práctica en farmacia comunitaria y tratamiento ambulatorio.

El programa “*Clinical Partners*” de la Universidad Estatal de Ohio (OSU) proporcionaba un entorno de aprendizaje activo para estudiantes y residentes y un modelo de consulta centrado en el paciente y basado en principios de Atención Farmacéutica. El programa ofrecía múltiples servicios, tales como el control de la anti coagulación, autocontrol de la diabetes, control del colesterol, educación sobre hepatitis C, consultas sobre plantas medicinales y suplementos dietéticos, control de la medicación y consejos para dejar de fumar. El programa “*Clinical Partners*” mejoró la atención al paciente y ha proporcionado mejoras en la educación y preparación de estudiantes de farmacia en el pregrado así como formación para la especialización en el postgrado.

La facultad estaba estudiando la implantación de servicios adicionales, para desarrollar la práctica clínica en la universidad, implantar servicios de atención al paciente en las consultas de los médicos, y prestar servicios de control de enfermedades para seguros privados.

Otro estudio²¹⁹ se basó en la revisión de los programas formativos de los estudiantes. El análisis de estos programas sugirió que el entorno de formación no brindaba a los estudiantes las oportunidades adecuadas para desarrollar competencias en Atención Farmacéutica. Kassam realizó un estudio posterior para validar un instrumento de encuesta que permitiera evaluar el aprendizaje de los estudiantes durante sus experiencias de práctica farmacéutica²²⁰.

La falta de formación^{190,191,204,221} y la necesidad de la reorientación^{193,222} hacia una educación más clínica, tanto en los niveles de pre como de postgrado así como la necesidad de que las universidades reduzcan el espacio entre la educación y la investigación era expuesta por Gastelurrutia et al¹⁷⁰ en un artículo en el que se reflejaba la gran importancia y prioridad que los dos grupos nominales de su estudio, farmacéuticos y estrategas, habían dado a la necesidad de una educación más amplia que incluyera lecciones orientadas al paciente y basadas en la práctica clínica. Sin embargo, afirmaba Gastelurrutia: “*el conservadurismo y la falta de cualificación clínica de los educadores actuales hacen muy difícil el cambio a corto plazo. Actualmente, las universidades españolas carecen de departamentos de Práctica Farmacéutica o Farmacia Social.*”

A nivel interno, el establecimiento de dichos departamentos estimularía un cambio en el programa de estudios y un incremento en la investigación”¹⁷⁰.

Sobre este tema, Christensen et al²⁰⁸ afirmaban que la investigación era impulsada principalmente por los académicos y, en menor medida, por las asociaciones de farmacia mientras que en Brasil fue el gobierno¹⁹³, quien proporcionó recursos para la investigación en Atención Farmacéutica.

En esta misma línea, diferentes artículos^{131,152,201} citaban la política del gobierno como uno de los impulsores del cambio.

Gastelurrutia et al¹⁷⁰ entre los facilitadores identificados en su estudio, citaban la necesidad de que el Consejo General de Farmacéuticos asumiera un papel de liderazgo en la implantación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos^{73,89} y el imprescindible apoyo de las autoridades sanitarias. En España, todas las instituciones relevantes trabajan juntas para alcanzar un consenso en la terminología y los procedimientos de Atención Farmacéutica a través del Foro de Atención Farmacéutica⁶⁹. También argumentaban la necesidad de que los colegios profesionales tomaran iniciativa para la implantación de SPF.

A su vez, el cambio de actitud de los farmacéuticos fue identificado como un importante facilitador para la implantación de SPF en las farmacias comunitarias españolas¹⁷⁰. La reorientación universitaria hacia el paciente supondría una mejora en el ejercicio futuro como farmacéuticos en la práctica y facilitaría la implantación de SPF^{170,217}.

La introducción del concepto de Atención Farmacéutica alienta a los farmacéuticos comunitarios para cambiar su práctica profesional desde un enfoque sobre el medicamento a un enfoque a la atención al paciente. Esta iniciativa tiene como objetivo promover el uso de medicamentos seguros y eficaces y facilitar una mayor información a los pacientes sobre su medicación.

La Atención Farmacéutica es apoyada por instituciones internacionales y nacionales en casi todos los países pero pocos de ellos han observado un cambio generalizado en los servicios prestados en las farmacias comunitarias²²³.

Se vio que la confianza y la actitud positiva del farmacéutico deberían actuar como facilitadores de la implantación^{73,196}.

Las investigaciones en muchos países, entre ellos España^{52,98}, han examinado las causas de la lenta y desigual implantación geográfica de los servicios de Atención Farmacéutica, y cómo cambiar esta situación. Estos estudios están destinados a identificar los factores psicosociales y de comportamiento que expliquen la lenta admisión de los conceptos fundamentales de la Atención Farmacéutica con el fin de desarrollar estrategias correctivas que puedan facilitar el cambio. Sin embargo, los resultados no son concluyentes.

En España, la Atención Farmacéutica se introdujo en 1995²⁵, pero se sabe relativamente poco sobre el grado en que los farmacéuticos comunitarios han adoptado el enfoque en la atención al paciente. Zardain et al¹⁹⁹ realizaron un estudio sobre los determinantes psicosociales y conductuales de la aplicación de la Atención Farmacéutica en España.

El objetivo del estudio fue obtener una mayor comprensión del proceso de implantación de la Atención Farmacéutica en España. Dicho estudio se sustentó en las etapas del modelo de cambio de Prochaska y Di Clemente (Figura 3)^{224,225}.

Figura 3. Etapas del modelo de cambio de etapas de Prochaska y Di Clemente



También utilizaron el modelo A.S.E. (Actitud, influencia social y auto eficacia)^{226,227,228,229}, para identificar los determinantes psicosociales de este comportamiento profesional.

Concluían diciendo que la mayor parte de los farmacéuticos estaban en precontemplación y sólo un 12% se encontraban en la etapa de acción o en la fase de mantenimiento. Los farmacéuticos que realizaban Atención Farmacéutica tenían más probabilidades de haber recibido la capacitación pertinente, percibían más ventajas que desventajas en el nuevo papel y, por tanto, tenían una actitud positiva, y una alta autoeficacia, probablemente debido a que habían adquirido las habilidades necesarias.

Exponían que las estrategias para aplicar la Atención Farmacéutica variaban según la fase, por lo que debían ser cuidadosamente seleccionadas teniendo en cuenta en qué etapa del proceso del cambio se encontraba el farmacéutico, con el fin de influir en la toma de decisiones en las fases primeras y facilitar la aplicación de la Atención Farmacéutica en las fases más avanzadas. Además añadían como conclusiones que:

El Sistema de Salud y los Colegios farmacéuticos podrían usar los resultados del estudio para desarrollar “programas a medida”, con objeto de facilitar la aplicación de la Atención Farmacéutica que se adapten a las necesidades del farmacéutico.

Conocer el perfil de los farmacéuticos que están dispuestos a implantar Atención Farmacéutica podría contribuir a una adecuada selección de los participantes para desarrollar programas de manera eficiente.

Establecer la distribución de los profesionales de acuerdo a la etapa de cambio podría facilitar el diseño de intervenciones adaptadas a cada etapa, lo que también contribuiría a una mayor eficacia de las estrategias desarrolladas

Respecto a la necesidad del cambio de actitud de los farmacéuticos españoles, otro estudio¹⁷⁰ concluía que los farmacéuticos comunitarios se encontrarían en los dos primeros niveles del modelo de cinco etapas (conocimiento, persuasión, decisión, implantación y mantenimiento) del proceso de innovación-decisión de Rogers (Figura 4)⁸⁶.

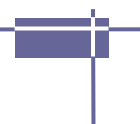
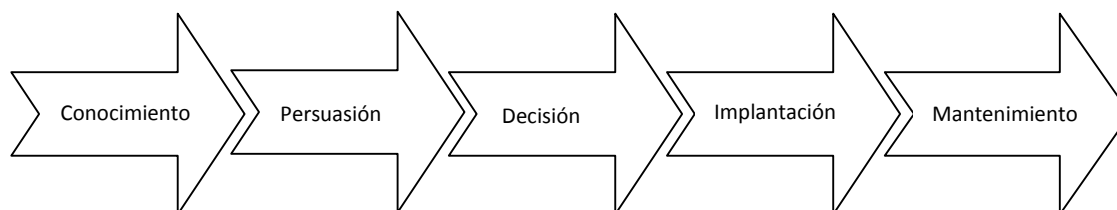


Figura 4. Proceso de innovación/decisión de Rogers.



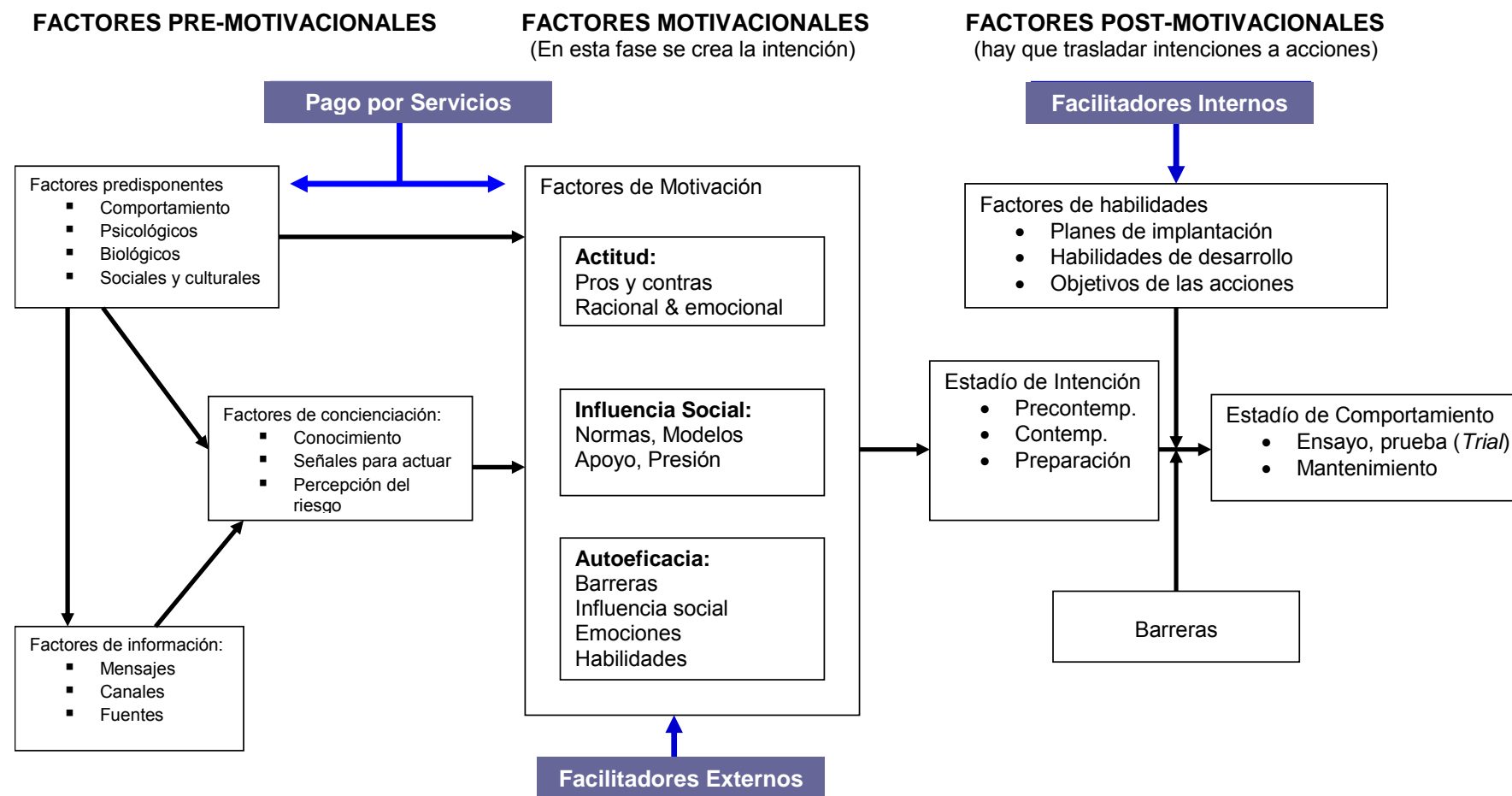
Es necesario la integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas^{87,88,230}.

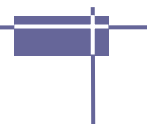
El *I-change model*^{231,232,233} consiste en un modelo que explica los diferentes estadios que conlleva el cambio de comportamiento de un individuo concreto. En nuestro caso se trata de cambiar el comportamiento del farmacéutico comunitario, fundamentalmente del titular, para que incorpore un servicio innovador en la rutina de unas organizaciones de pequeño tamaño como son las farmacias comunitarias⁸⁸.

Como hemos comentado anteriormente, Gastelurrutia clasificó los facilitadores para favorecer el cambio en la práctica de la farmacia en dos grandes dominios en función de la accesibilidad y posibilidad de intervención del farmacéutico comunitario: facilitadores internos y externos¹⁷⁰.

Los facilitadores externos podrían jugar un papel importante como elementos motivadores y por tanto tener una influencia a nivel de la columna central del *I-change model*, que se corresponde con el modelo ASE, antes citado. El lugar que ocupan en el *I-change model* se muestra en la figura 5⁸⁷.

Figura 5. Lugar de interacción de los Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica en el *I-change model*.





Es necesaria la cooperación de todas las organizaciones farmacéuticas para identificar y modificar las limitaciones percibidas por los farmacéuticos. Es muy importante que los líderes profesionales se dirijan a los farmacéuticos con un mensaje común, en el que quede claro que los farmacéuticos deben enseñar a los pacientes el uso adecuado de los medicamentos, proporcionándole la información necesaria para prevenir resultados clínicos negativos^{221,234}. Así mismo, los farmacéuticos comunitarios deben evaluar los resultados farmacoterapéuticos, mediante un seguimiento de la medicación del paciente^{170,189,201}.

Para ello resulta necesaria la documentación de servicios mediante la realización de protocolos. Álvarez Risco²¹⁶, en su estudio lo incluía como un factor que podría facilitar el proceso de implantación de SPF. Este hecho también se había observado en un estudio anterior, de Doucette y Koch²³⁵ quienes mediante un análisis multivariante establecieron correlaciones entre las características de la farmacia y del farmacéutico, y la prestación y documentación de los servicios

Montgomery et al²³⁶ realizaron un estudio que demostraba que el número total de pacientes registrados en un servicio de Atención Farmacéutica era mejor criterio que las características de los pacientes, a la hora de predecir si las evaluaciones de seguimiento tendrían o no lugar.

Se trataba de un estudio retrospectivo, no experimental, a partir de la base de datos nacional de historias clínicas de Suecia. Los pacientes que recibieron el servicio de seguimiento fueron comparados mediante regresión logística con aquellos que recibieron una sola consulta como parte del servicio. Los pacientes que recibieron Atención Farmacéutica en farmacias que habían registrado un número de pacientes superior a la media (13,7), tenían el doble de posibilidades de recibir seguimiento que aquellos registrados en farmacias con un número de pacientes menor (es decir, por debajo de la media).

Por su parte Hatting et al²⁰² realizaron una evaluación de la integración de parámetros y guías utilizadas en las farmacias comunitarias del Sureste de Queensland, en Australia. Participaron 17 farmacias comunitarias, que

representaban a un amplio porcentaje de población, distintos niveles de experiencia y tipos de farmacia. Se analizaron la utilidad de la integración de parámetros en la prestación de servicios esenciales de farmacia, la utilización de personal de apoyo y el mantenimiento de registros de incidencias, así como dos servicios esenciales: (1) el suministro de medicamentos sin receta y (2) la dispensación de recetas.

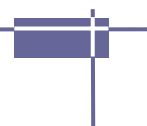
Se observó que, habitualmente, el farmacéutico no realizaba el registro de sus intervenciones y que ningún participante hacía el registro de "incidencias" de forma rutinaria. Se pensó en la necesidad de revisar la relevancia de estos parámetros e integrarlos en la práctica farmacéutica.

Sin embargo, en Dinamarca cada servicio profesional se regía por un protocolo sobre la forma de prestar el servicio¹⁹⁵. Algo similar ocurría en las farmacias comunitarias holandesas²¹⁴, donde existía un asesoramiento farmacéutico estructurado y de gran calidad.

Sobre el pago por prestación de servicios^{189,201,209,216} Christensen et al²⁰⁸ exponían que el sistema de remuneración a la farmacia seguía siendo poco frecuente y que sólo los programas de seguros pagaban a los farmacéuticos por la realización de servicios. Sin embargo, había un creciente número de iniciativas públicas y privadas para remunerar a los farmacéuticos por los nuevos servicios profesionales ya que se asociaban a la reducción del gasto sanitario.

En Australia, los farmacéuticos son socios clave en el Gobierno Nacional de Política Farmacéutica y contribuyen a sus objetivos mediante la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF). El Tercer Acuerdo de Farmacia Comunitaria incluía la financiación de los SPF en los que se realizaba la revisión de los medicamentos y se suministraba información de los mismos por escrito²⁰⁷.

En la financiación también estaba prevista una plataforma de garantía de calidad con la que se acreditara a la mayoría de las farmacias. A pesar de que representa el 10% de la remuneración de la farmacia comunitaria, la prestación de los SPF supone un cambio significativo en el enfoque para ver a la farmacia como un proveedor de servicios.



Algunos de los enfoques del Segundo y Tercer Acuerdo de la Farmacia Comunitaria abordaban un programa de mejora de calidad de las farmacias (Qum). El segundo acuerdo incluía la financiación de la revisión del manejo de la medicación en residencias (*Residential Medication Management Reviews*), mientras que el Tercer Acuerdo incluía financiación para un Programa de Desarrollo de Farmacia, cuyo objetivo era "promover la mayor participación de la farmacia comunitaria en la búsqueda de la calidad y la prestación de servicios costo-efectivos".

El objetivo de Kaae et al²¹³ en su artículo era abogar a favor de la inclusión de estudios previos de carácter político, como parte del diseño del estudio para implantar el pago por servicios en la farmacia comunitaria.

Por su parte, De Castro et al¹⁹³ argumentaban que aunque la práctica farmacéutica se centraba en la dispensación de medicamentos y en aspectos logísticos sobre su distribución, los profesionales estaban satisfechos con la confianza puesta por los pacientes en los consejos de los farmacéuticos y se mostraban interesados en desempeñar un papel mayor en la atención al paciente. Al principio, la mayoría de los clientes de las farmacias ignoraban el término "Atención Farmacéutica"; sin embargo, después de informarse, se mostraron interesados en este servicio. De hecho, más del 50% aseguró que pagaría por él.

En la misma línea de pago por servicios, Herborg et al¹⁹⁵, en su estudio, expresaban que son pocos los servicios que están remunerados y que sigue siendo un reto la implantación de SPF remunerados. Por ejemplo, el Ministerio del Interior y de Salud remuneraba uno de los servicios (asesoría inhalación) a través de un margen acordado así como cursos para dejar de fumar que se pagaban, parcialmente. Sin embargo, no se remuneraban otros servicios ofrecidos por las farmacias.

La Asociación de Farmacéuticos tenía una visión clara de cambiar el núcleo de los servicios de la farmacia comunitaria, de logístico a servicios profesionales y clínicos. La estrategia profesional consistía en el uso de las competencias de la farmacia para tomar corresponsabilidad en la medicación

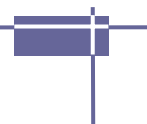
del paciente y en la seguridad de dicha medicación. La Asociación aspiraba a conseguir más apoyo del gobierno en el pago por servicios (por ejemplo, revisiones de la medicación).

En las farmacias comunitarias canadienses, la evidencia del valor de la Atención Farmacéutica quedaba patente en varios proyectos de investigación en la práctica farmacéutica y en la provisión, cada vez más frecuente, de Servicios profesionales por los farmacéuticos comunitarios. Sin embargo, en general, la mayoría de estos servicios eran proporcionados gratuitamente por el farmacéutico¹⁹⁴.

La Asociación de Farmacéuticos de Ontario creó una Guía de tarifas orientativas de Servicios de Farmacia, que fuera de utilidad para los farmacéuticos interesados en el pago de los SPF. Aunque no se realizó ninguna evaluación formal de su uso, la guía contenía una lista completa de los servicios profesionales que podían ser ofrecidos por las farmacias, una descripción detallada de cada servicio, y sugerían una tarifa por servicio. Se daban recomendaciones sobre los servicios que iban, desde el cumplimiento de las dosis prescrita a la gestión de la ayuda para dejar de fumar, o a la educación profesional sobre la salud.

En Francia existe una tendencia a propiciar un cambio en la remuneración del servicio farmacéutico en farmacia comunitaria, para pasar del pago por margen de medicamento vendido a un pago por servicio sanitario prestado²³⁷. La ministra de Sanidad, se mostraba favorable a un cambio de modelo de remuneración en las oficinas de farmacia, tras la aprobación de la nueva Ley de Hospital, Pacientes, Salud y Territorios (HPST), que otorga al farmacéutico nuevas atribuciones, como renovar periódicamente los tratamientos de crónicos, ajustar las dosis o hacer un balance de la posología para optimizar la eficacia de los tratamientos.

El nuevo modelo, inspirado en el inglés, constaría de tres niveles de servicios: esenciales (que se deberían proveer en todas las farmacias), avanzados y opcionales.



Los primeros estarían ligados a la dispensación del medicamento. Para los segundos, la patronal farmacéutica francesa demanda una remuneración extra. Mientras que los opcionales supondrían que los farmacéuticos puedan dar consejos y prestaciones destinadas a favorecer la mejora o el mantenimiento del estado de salud de personas que no suelen acudir a por medicamentos de prescripción a las farmacias, como nutrición o dietética²³⁷.

Por su parte, la remuneración en la farmacia comunitaria española se basa en un beneficio marginal por cada medicamento vendido. Para facilitar la implantación de SPF parece necesario modificar el sistema de remuneración a fin de que incluya un pago por servicios. En un estudio de tipo cualitativo en el que se identificaron doce facilitadores para el cambio de la práctica en la farmacia comunitaria española¹⁷⁰ se concluyó que los farmacéuticos comunitarios españoles consideraron el pago por servicios como el facilitador más importante para que este cambio de práctica se produzca.

El cambio en la estructura de la farmacia^{170,189} hacia farmacias más grandes se identificó también como un facilitador. Las farmacias comunitarias españolas tienen uno de los ratios de farmacias por habitantes más bajos de Europa frente a Dinamarca, por ejemplo, que cuenta con una farmacia por cada 16.700 habitantes¹⁹⁵.

En España, las leyes relativas a la farmacia deberían modificarse a fin de favorecer el establecimiento de farmacias más grandes, tanto en tamaño como en número de profesionales, con zonas de atención personalizada (ZAP)¹⁷⁰ y, al mismo tiempo, intentar reducir el exceso de carga administrativa^{89,199}. La importancia de la existencia de ZAP fue puesta también de manifiesto en otros artículos^{198,201}.

A pesar de lo anteriormente expuesto, Latif et al¹⁹⁸ no encontraron relación entre el tamaño de la farmacia y número de MURs (Revisión de medicamentos en el mostrador de unos 8 minutos de duración) realizados. Su estudio tuvo como objetivo investigar los factores que influían en el número de revisiones de los medicamentos realizadas por farmacéuticos comunitarios e investigar la actitud de los mismos hacia el servicio. La revisión del uso de

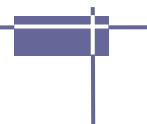
medicamentos, servicios MUR, era el primer servicio “avanzado” y consistía en una revisión estructurada (sistematizada) de la medicación que se realizaba por un farmacéutico con pacientes polimedicados.

Se constató que los farmacéuticos que tenían acceso a un área de consulta acreditada (ZAP) realizaron significativamente más revisiones de medicamentos a sus pacientes que aquellos que no disponían de la misma.

También la categoría profesional afectó al número de revisiones realizadas; los encuestados clasificados como farmacéuticos “*Store based*” (adjunto) realizaron significativamente más revisiones de medicación que los que trabajaban como “*Locums*” (farmacéutico que está cada día en una farmacia) pero no significativamente más que los farmacéuticos titulares, “*managing pharmacist*”. Los que trabajaban más de 20 horas por semana realizaron significativamente más revisiones que los que trabajaban menos.

Respecto a la opinión de los farmacéuticos adjuntos, en España, acerca de la Influencia de los factores organizativos internos en la farmacia comunitaria¹⁸⁷ para la implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, se prestó atención especial a los aspectos relacionados con la motivación de esos profesionales. Se discutió sobre varios facilitadores relacionados con la organización interna de la farmacia: trabajo por tareas; trabajo en equipo; necesidad de motivación del farmacéutico (titular y adjunto); necesidad de un espacio físico adecuado (ZAP) y presencia del titular en la farmacia. Los participantes afirmaron que siendo importante la motivación de los titulares, también lo era, de una manera similar, la de los farmacéuticos adjuntos.

La mayoría de los encuestados informó que el realizar este servicio daba al farmacéutico la oportunidad de utilizar sus conocimientos profesionales y que los pacientes se beneficiaran de los mismos. Sin embargo, se mostraron preocupados por la opinión de los médicos respecto a la prestación de dicho servicio.



Acerca de los médicos ya Roberts et al¹³¹, en su revisión bibliográfica, habían recogido una serie de artículos^{152,235,238,239,240,241} que trataban de la falta de relación con los mismos.

Actualmente, la falta de colaboración con los médicos afecta a la situación de la farmacia comunitaria en muchos países^{170,190,195,196,198,216}.

En la India, Basak et al¹⁹⁰ referían la falta de reconocimiento de la farmacia como profesión sanitaria por otros profesionales de la salud.

En Suecia, Montgomery et al¹⁹⁶ realizaron un estudio cuyo objetivo era identificar las percepciones y experiencias de farmacéuticos, médicos y de una figura denominada "prescriptionist" (técnicos que se dedican a dispensar) sobre la implantación de un servicio de Atención Farmacéutica que tenía acceso al historial de medicación del paciente. La mayoría de los médicos admitió no haber mostrado un interés activo en el proyecto.

Sin embargo, se demostró que cuando "prescriptionist" y farmacéuticos aplicaban el concepto de Atención Farmacéutica y trabajaban con los historiales de medicación, los pacientes estaban más motivados a interactuar con sus farmacias y recibir, no sólo medicinas, sino también información y ayuda en su tratamiento. Sin embargo, para que este servicio sea efectivo, es esencial una cooperación absoluta por parte de los médicos.

De la necesidad de establecer una relación de colaboración con los médicos otro estudio, el de Herborg et al¹⁹⁵ afirmaba que Pharmakon había realizado investigaciones sobre la seguridad de los medicamentos en atención primaria, en colaboración con la Sociedad para la Seguridad del Paciente y la Asociación Farmacéutica. Su investigación mostraba que las farmacias comunitarias habían ayudado a prevenir muchos errores de prescripción y evitar errores de dispensación.

Benrimoj et al²⁰⁷ constataron que se había realizado una revisión sistemática de los servicios profesionales de la farmacia comunitaria. Estos podían dividirse en seis categorías: Suministro de información sobre medicamentos; dispensación de medicamentos en general y de medicamentos

sin receta que sólo puede indicar el farmacéutico; intervenciones clínicas; servicios de administración de medicamentos (revisión de tratamientos de medicamentos); servicios de atención preventiva para los pacientes con enfermedades crónicas, que abarcan una amplia variedad de servicios tales como el screening de enfermedades, promoción de la salud, el suministro de información sobre medicamentos, las intervenciones clínicas, la gestión de medicamentos, control de la adherencia, y el tratamiento farmacológico y seguimiento de los resultados; y participación en las decisiones terapéuticas.

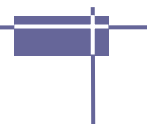
Respecto a la relación con los médicos, cabe destacar que la revisión de la medicación del paciente por el farmacéutico, se realizaba a través de un enlace con el médico del paciente. O el farmacéutico o el médico podían identificar pacientes de alto riesgo.

Así mismo las intervenciones clínicas se hacían generalmente en el momento de la dispensación, cuando el farmacéutico identificaba un problema relacionado con la medicación. La mayoría de las veces se resolvía a través de la comunicación con el prescriptor y el paciente.

Además, el farmacéutico participaba en las decisiones terapéuticas que se tomaban sobre el tratamiento del paciente, en consenso con otros profesionales de la salud, antes de prescribir una receta. Uno de estos modelos requiere que el farmacéutico se encuentre en la consulta del médico.

Los Acuerdos de la farmacia comunitaria, que se realizan cada cinco años, negociados con el gobierno de Australia por la Asociación Empresarial de Farmacia (Guild), en nombre de los propietarios de farmacias comunitarias, han sido guías importantes en el cambio de la práctica en la farmacia comunitaria australiana.

En España, la profesión médica, a nivel institucional, ha respondido negativamente ante el Seguimiento Farmacoterapéutico¹⁷⁰. Es posible que esto sea debido al desconocimiento de este nuevo servicio y a que se tema que sea un intrusismo por parte de los profesionales farmacéuticos. Sin embargo, a nivel individual, se ha observado una buena acogida por parte de los médicos y se ha



comprobado la aceptación de indicaciones dadas por los farmacéuticos comunitarios sobre problemas relacionados con la medicación de sus pacientes.

Para facilitar el conocimiento de este servicio debería desarrollarse un programa de marketing de los SPF a los médicos. Dicho marketing ayudaría a este colectivo a comprender que el objetivo de los SPF es ayudar a sus pacientes, y que requiere colaboración entre farmacéuticos y médicos⁸⁹.

Respecto al marketing^{73,170,191,210} de los SPF hay que comentar que los farmacéuticos comunitarios se han mostrado preocupados por el hecho de que el público general y otros profesionales de la salud no comprendan bien su papel, de ahí la necesidad de realizar campañas destinadas a comunicar los beneficios de la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) a la sociedad en general, a los médicos y a las autoridades sanitarias.

La necesidad del marketing como un facilitador para la implantación de SPF había sido también recogido en estudios anteriores^{238,239}. Además, distintos investigadores habían sugerido que el fomento del papel del farmacéutico comunitario como profesional sanitario debía estar dirigido al público en general a fin de generar una demanda que actúe a su vez como facilitador del cambio de práctica^{112,170,242,243}.

La importancia del marketing radica¹⁰⁴ en que los usuarios hoy desconocen lo que la farmacia puede ofrecerles, desconocen que la farmacia, además de proporcionarles los medicamentos y aportarles información sobre el proceso de uso de los mismos, puede ayudarles a que el medicamento sea efectivo y seguro.

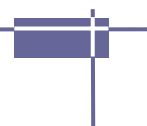
Así pues, los SPF que la farmacia comunitaria puede ofrecer van a tratar de abordar necesidades no sentidas y por tanto no expresadas, no demandadas. Por ello, es posible afirmar que son nuevos servicios asistenciales y, por desconocidos por la población, no existe demanda. Además son desconocidos por los médicos e incluso por la administración sanitaria.

Este desconocimiento fue expuesto en un estudio¹⁰³ en el que los clientes constataran un alto nivel de satisfacción en una farmacia donde no estaban

implantados los servicios profesionales. Sin embargo, esto no debería desalentar a los farmacéuticos sobre la aplicación de SPF, porque las expectativas de los pacientes sólo se basan en las experiencias con los actuales servicios de distribución, que cumplan con sus necesidades percibidas. La satisfacción ante un servicio está totalmente condicionada por las expectativas que se tienen sobre el servicio en cuestión¹⁰⁴. Este desconocimiento puede ser una de las barreras por las que el cambio en la práctica siga produciéndose a un ritmo tan lento.

Bell et al²²¹ sostenían que, en Finlandia, desde el año 2000, se había observado un notable progreso en el papel del farmacéutico como consejero en el uso efectivo de los medicamentos. La campaña “Pregunte sobre sus medicinas”, organizada por el Foro Europharm de la Organización Mundial de la Salud, fue el germen que propició el establecimiento de iniciativas duraderas a escala nacional. A esta campaña le siguió un proyecto de mayor envergadura titulado “Información personalizada para pacientes en las farmacias comunitarias”. Desde finales de la década de 1990, las farmacias finlandesas han participado activamente en programas nacionales de sanidad pública, inicialmente para servicios en asma y diabetes y para el tratamiento y prevención de cardiopatías. También se anunció la implantación de un proyecto multidisciplinar destinado a mejorar el uso de medicamentos en personas mayores, lo que generó el inicio de múltiples investigaciones en este campo.

Respecto al marketing, Herborg et al¹⁹⁵ habían constatado que desde 1999, la Asociación Farmacéutica se había dedicado cada año a un tema relacionado con la salud, por ejemplo, la diabetes, la artritis y el asma. La Asociación propone campañas y dispone de material educativo para las farmacias, y cada vez participan más farmacias activamente. En 2004 y 2005, el tema era la seguridad del paciente, que tenía como objetivo situar a la farmacia como un elemento clave para evitar errores y problemas relacionados con la medicación. El Año de la Seguridad del Paciente fue planteado como una campaña para llamar la atención a la población sobre la competencia de las farmacias en servicios relacionados con la seguridad del paciente.



De la revisión bibliográfica realizada se puede concluir como uno de los datos más significativos que los facilitadores identificados actualmente habían sido previamente descritos en la revisión de Roberts et al¹³¹. Se tratan de los mismos facilitadores que estudios tan pioneros como el de Nelson Jr²³⁹ habían recogido en 1984 (formación y educación; conocimientos y experiencia; publicidad; demanda; personal; generación de ingresos; mejora de actitudes y relaciones entre farmacéuticos y médicos; un ambiente favorable en la farmacia; habilidades en comunicación; acceso a la información del paciente; beneficios demostrados; legislación y herramientas informáticas) y que son superponibles a los descritos, en uno de los trabajos más actuales por Gastelurrutia et al¹⁷⁰.

Sigue sin entenderse por qué, a lo largo de estos años, el cambio en la práctica farmacéutica continúa produciéndose a un ritmo tan lento a pesar de que todos los estudios reflejan los beneficios clínicos y económicos de la implantación de SPF y, a su vez, existe una buena acogida por parte de los pacientes cuando conocen en qué consisten estos servicios.

Roberts¹³¹ recogía uno de los estudios más exhaustivos, el de Zelnio et al²⁴⁴, que identificaba barreras, motivadores y facilitadores potenciales de la “ampliación de servicios”, que fue publicado hace más de dos décadas. Dicho estudio, demostró que, si bien los farmacéuticos estaban dispuestos y capacitados para proporcionar un nivel más amplio de servicios, era poco probable que lo hicieran. Parece ser que las predicciones de Zelnio siguen teniendo vigor en la actualidad por la escasa implantación del cambio de práctica farmacéutica.

Respecto a las limitaciones de los estudios, en la mayoría de ellos, sigue existiendo una selección intencionada de la muestra. Pero aunque esta circunstancia pueda suponer un sesgo, tiene la ventaja de obtener información sobre facilitadores de farmacéuticos que ya están aplicando SPF, pudiendo dicha información utilizarse para el desarrollo de estrategias que ayuden a aquellos que aún no los hayan implantado. De este modo los farmacéuticos innovadores pueden utilizarse como facilitadores en sí mismos.

Respecto al pago por servicios, pocos servicios son remunerados y su implantación sigue siendo un reto a pesar de ser el pago por servicios el facilitador más valorado por los farmacéuticos^{73,170,245}.

Fité Novellas²⁴⁶ hablaba del reconocimiento de una nueva responsabilidad establecida y competencia profesional reconocible, exigible y evaluable, identificadora de la profesión, más allá de la entrega correcta de un medicamento, que dé respuesta a aspectos concretos del tratamiento de los pacientes y que no esté duplicada en el sistema. Los farmacéuticos, dice, *“aún debemos decidir nuestro cambio. Si bien es cierto que para muchos farmacéuticos el desarrollar algunos aspectos de la Atención Farmacéutica, en nuestra práctica diaria, ha modificado nuestra relación con los pacientes los cambios introducidos en la organización de nuestras farmacias no pueden considerarse como el cambio necesario para la implantación de la Atención Farmacéutica en su globalidad”*.

Comentaba al respecto: *“entiendo que debemos definir unas funciones no superpuestas a un proceso farmacoterapéutico, sino integradas en este proceso. Para ello se necesita además elementos de coordinación, de acceso a los datos necesarios y de autonomía en alguna decisión. Ha de ser una actividad universal (la situación del paciente es la que marca la actuación profesional, no la voluntad o posibilidad del farmacéutico de realizarla o no) y mantenida en el tiempo”*.

En cuanto a la remuneración decía que es preciso evaluar y valorar los resultados de la aportación del farmacéutico al sistema y establecer la compensación económica correspondiente.

“que los sucesivos recortes en el margen de los medicamentos no dan ya en este momento la posibilidad de realizar una actuación asistencial a expensas de este margen”.

De cualquier forma, en los momentos iniciales es indispensable un fuerte componente de decisión individual del farmacéutico y que esta actitud es la que debe ser impulsada, apoyada y desarrollada por sus instituciones, donde nadie debería tener dudas acerca de que²⁴⁶:

- Existe una necesidad clara en el sistema sanitario de un agente que finalice el proceso terapéutico, responsabilizándose de los aspectos de efectividad y seguridad de los tratamientos, evaluando e interviniendo.
- Partiendo de nuestra mejor posición actual con el paciente, podemos y debemos trabajar para él desde nuestras farmacias.
- El cambio se debe hacer para responder a una necesidad de los pacientes y no sólo para resolver una insatisfacción profesional del farmacéutico.
- El valor añadido que proporciona el cambio es la mejor defensa de nuestro modelo y que sin este valor añadido nuestro futuro profesional es dudoso.
- El cambio tiene un coste y unas consecuencias que los farmacéuticos hemos de estar dispuestos a asumir.
- Hay que invertir para romper los círculos en que nos perdemos: no hacemos porque no hay demanda ni pago, no hay demanda porque no hacemos. No enseñamos práctica clínica porque no sabemos, no sabemos porque no practicamos. Hay que implantar los servicios para ofertarlos con datos.
- El cambio requiere cambiar la organización de nuestras farmacias para que se nos reconozca como profesionales asistenciales en un entorno inequívoco, lo que puede comportar renunciar a cosas que ahora hacemos en ellas.
- Cualquier nueva responsabilidad requiere la capacidad de tomar decisiones y posiblemente se deben diferenciar farmacéuticos acreditados para un determinado servicio profesional de otros que no lo estén.

Debemos despegarnos ya de los aspectos teóricos para iniciar el proceso implantación-experiencia-mejora, porque una de las condiciones del cambio es que debe permitir alcanzar los objetivos de la Atención Farmacéutica con eficacia y eficiencia.

La Dispensación y el Seguimiento Farmacoterapéutico son dos servicios fundamentales si se pretende dar contenido real a la filosofía de la Atención Farmacéutica que no es otra que atender las necesidades de los pacientes en

relación a sus medicamentos. Cada uno de estos servicios tiene sus objetivos específicos y su metodología y procedimientos para alcanzarlos²⁴⁷.

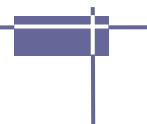
Es posible pasar de la Dispensación a la práctica del SFT^{119,248,249}. Para ello es importante que ante cualquier incidencia detectada en el proceso de Dispensación, se utilicen las herramientas del Seguimiento, básicamente el estado de situación. Por otra parte, resulta fácil a los farmacéuticos que realizan el Seguimiento en su práctica cotidiana realizar la Dispensación de acuerdo con los procedimientos de Foro de Atención Farmacéutica ya que están más habituados a evaluar las necesidades de los pacientes en el uso de los medicamentos.

A pesar de los beneficios del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), éste tiene una baja implantación ya que exige un cambio en el comportamiento de los farmacéuticos, muy difícil de alcanzar^{87,89}.

Actualmente, las instituciones y organismos profesionales, tanto nacionales como internacionales, se han manifestado a favor de que el farmacéutico tenga una actividad profesional clínica y asistencial⁹³. Por ello, estas organizaciones defienden que la profesión debe reorientar su actividad hacia el paciente que utiliza medicamentos, y, por tanto, hacia la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos^{48,50,250,251,252,253,254,255,256}. En esta línea, se han llevado a cabo distintos estudios y programas que ponen de manifiesto los beneficios de implantar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico^{100,250,252,257,258}.

1.5 Justificación del estudio.

El farmacéutico, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparte con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos⁶⁹.



En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico comunitario ha de aportar conocimientos y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes en relación con la farmacoterapia y sus objetivos.

La farmacia asistencial es el reto de la farmacia comunitaria, por ello debe cambiar su centro de atención del medicamento al paciente. Existe una filosofía de Atención Farmacéutica por la que el farmacéutico debe adelantarse a los cambios mediante la implantación de nuevos Servicios Profesionales^{91,259,260}.

A pesar de ello, el SFT tiene una implantación minoritaria en las farmacias comunitarias españolas⁹⁴. Se han identificado facilitadores que, además de contribuir a superar las barreras que dificultan su implantación, actúan como moduladores independientes del cambio^{163,170,189,191,261,262}.

Por ello, dado el necesario proceso de evolución y profesionalización del farmacéutico, es preciso centrarnos en la importancia de los facilitadores y en la priorización de los mismos para diseñar estrategias que ayuden a la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

2.- Hipótesis

“Los que permanecen, no son ni los más fuertes ni los más inteligentes, sino los que mejor se adaptan a los cambios.”

(Darwin; el origen de las especies)

Hipótesis

La implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas exige una modificación en el comportamiento de los farmacéuticos comunitarios, por lo que es preciso priorizar los facilitadores para el cambio identificados en estudios previos, para así poder intervenir en aquellos que tengan un mayor impacto sobre el cambio.

3.- Objetivos

*“No deliberamos sobre los fines, sino sobre los medios que conducen a los fines.
Pues ni el médico delibera sobre si curará, ni el orador sobre si persuadirá...ni
ninguno de los demás sobre el fin, sino que, puesto el fin, consideran cómo y
por qué medios pueden alcanzarlo.”*
(Aristóteles, Ética a Nicómaco)

3.1 Objetivo general

Priorizar los facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Elaborar un cuestionario que permita cuantificar los facilitadores para el cambio en la farmacia comunitaria española.
- 3.2.2 Analizar los facilitadores resultantes y agruparlos en función de su importancia.
- 3.3.3 Explorar la percepción de un grupo de expertos en farmacia comunitaria sobre los facilitadores priorizados y, en concreto, del facilitador más importante resultante del estudio.

4.- Método

*"En la vida, al contrario que en el ajedrez,
el juego continúa después del jaque mate."
(Isaac Asimov)*

4.1 Población de estudio:

Farmacéuticos titulares, o adjuntos cuando los titulares no estaban presentes, que se encuentren trabajando en farmacias comunitarias españolas.

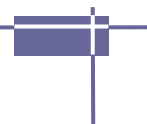
4.2 Diseño y tamaño muestral

Se calculó un tamaño de muestra representativa del total de las farmacias comunitarias españolas²⁶³ mediante Muestreo Aleatorio Simple con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria. El tamaño de la muestra se calculó de manera independiente, con una precisión absoluta de 0,2 unidades y un nivel de significación $\alpha=0.05$.

Dado que no se había realizado un pilotaje previo y por tanto no se conocía la desviación estándar de la población se decidió utilizar una muestra total de aproximadamente 200 profesionales de toda España (población: 20.537; fracción de muestreo: 0,97%). Como muestra la siguiente tabla:

Tabla 2. Muestra de la población de estudio por Comunidades Autónomas

Comunidad	Farmacias	Muestra	Fracción de muestreo
Andalucía	3509	32	0,91%
Aragón	678	5	0,74%
Asturias	465	5	1,08%
Cantabria	254	3	1,18%
Castilla y León	1493	18	1,21%
Castilla-La Mancha	1110	11	0,99%
Cataluña	2982	22	0,74%
Ceuta	23	1	4,35%
Extremadura	661	6	0,91%
Galicia	1257	17	1,35%
Islas Baleares	392	3	0,77%
Islas Canarias	694	7	1,01%
La Rioja	142	1	0,70%
Madrid	2774	23	0,83%
Melilla	23	0	0,00%
Murcia	554	7	1,26%
Navarra	555	4	0,72%
País Vasco	813	16	1,97%
Valencia	2158	19	0,88%
TOTAL	20537	200	0,97%



4.3 Ámbito del estudio:

Físico: España.

4.4 Variables:

4.4.1 Variables dependientes

Se consideran como variables dependientes los Facilitadores de la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico que identificó Gastelurrutia¹⁷⁰ siguiendo el modelo de Roberts¹⁰¹ y que una vez modificados agrupamos en cuatro dominios (D1: Farmacéutico; D2: Farmacia; D3: Profesión farmacéutica; D4: Miscelánea).

Los facilitadores identificados en D1 incluyen:

- la necesidad de una educación más clínica, tanto en los niveles de pregrado como de postgrado,
- la necesidad de mensajes claros e inequívocos de los líderes profesionales sobre el futuro de la práctica profesional, y
- la necesidad de un cambio en las actitudes de los farmacéuticos.

Los facilitadores en D2 son:

- la necesidad de cambiar el sistema de remuneración para dar cabida a la prestación de nuevos servicios profesionales farmacéuticos, y
- la necesidad de cambiar la apariencia de la farmacia, tamaño, creación de zonas de atención personalizada (ZAP), estructura y número de farmacéuticos implicados en el servicio.

Los facilitadores identificados en D3 son:

- necesidad del pago por servicios,
- necesidad de que el Consejo General de farmacéuticos asuma un papel de liderazgo en la implantación de los servicios profesionales farmacéuticos.
- necesidad de reducir la carga de trabajo administrativo

- necesidad de que las universidades reduzcan el espacio entre la educación y la investigación.

Otros facilitadores identificados en D4 incluyen:

- la necesidad de aumentar la demanda por los pacientes de los nuevos servicios en las farmacias,
- la necesidad de mejorar las relaciones médico-farmacéutico,
- la necesidad de apoyo de las autoridades sanitarias, y
- la necesidad de mejorar el marketing de los servicios profesionales farmacéuticos, y sus beneficios para la sociedad, incluyendo a los médicos y a las autoridades sanitarias

4.4.2 Variables independientes

Se evaluaron variables sociodemográficas y profesionales: se consideraron como variables independientes o explicativas el sexo y la categoría profesional (Titular/Adjunto/Sustituto).

4.5 Consideraciones éticas

En todo momento, el equipo de investigación garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos recogidos. El Equipo no tuvo en ningún momento acceso a datos de carácter personal de los participantes en el estudio.

4.6 Procedimiento

4.6.1 Resumen de la metodología utilizada:

En la tabla 3 se muestra un breve resumen de las distintas metodologías utilizadas para dar respuesta a los diferentes objetivos.

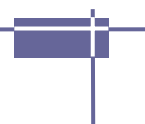


Tabla 3: Metodología utilizada para el abordaje de los objetivos planteados.

Objetivos	
Objetivos	Metodología
Objetivo 1:	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del cuestionario
Objetivo 2:	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista telefónica (CATI) • Análisis estadístico de los resultados del cuestionario • Análisis Factorial Exploratorio (AFE)
Objetivo 3:	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Focal

4.6.2 Diseño del cuestionario

Para proceder al diseño del cuestionario se realizó una revisión bibliográfica de toda la literatura publicada en inglés y en español, sobre identificación de facilitadores para la gestión del cambio en la farmacia comunitaria. Los resultados de esta revisión han sido descritos en la introducción de esta memoria. Entre los artículos analizados se seleccionó el estudio realizado por Gastelurrutia¹⁷⁰, que seguía el modelo de Roberts¹⁰¹ en Australia, por considerarlo el más exhaustivo, completo y adaptado a la realidad española sobre facilitadores para la gestión del cambio.

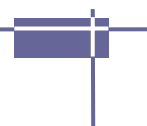
En la siguiente tabla se muestran los facilitadores, agrupados por dimensiones, que son una modificación de los identificados por Gastelurrutia⁵² en España (Tabla 4).

Tabla 4. Facilitadores identificados agrupados por dimensiones.

A.: FARMACÉUTICO	
1	Educación más clínica. (Tanto en el pregrado como en el postgrado)
2	Mensaje sobre el futuro
3	Actitud
B.: FARMACIA	
4	Sistema de remuneración
5	Estructura
6	Tamaño
7	Número de farmacéuticos
8	Áreas semiprivadas (ZAP)
9	Comunicación/ Equipo
10	Aspecto (Layout)
C.: PROFESION FARMACÉUTICA	
11	Pago por servicios
12	Liderazgo del Consejo General
13	Sobrecarga de tareas administrativas
14	Universidad
15	Investigación y práctica
D.: MISCELÁNEA	
16	Demanda por los pacientes
17	Expectativas de los pacientes
18	Relaciones con los médicos
19	Apoyo (legal) de la Administración Sanitaria
20	Marketing de los Servicios Cognitivos

De acuerdo a los resultados obtenidos, el equipo investigador redactó un pool de 102 preguntas relacionadas con cada uno de los facilitadores identificados.

Los investigadores, de acuerdo con la metodología RAND/UCLA^{175,178}, procedieron asimismo a la selección de un grupo de farmacéuticos concedores del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, con los que constituir un panel a cuya opinión se iba a someter el pool de preguntas.



La selección de los componentes de este panel de expertos se realizó entre miembros del grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) y farmacéuticos de la provincia de Murcia con experiencia en Seguimiento Farmacoterapéutico.

Quedó compuesto de la siguiente forma: nueve miembros del grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) y tres farmacéuticos de la región de Murcia, expertas en Seguimiento Farmacoterapéutico. Entre los miembros del grupo de investigación de la Universidad de Granada se encontraban representantes de la farmacia comunitaria, un farmacéutico de hospital, dos farmacéuticos de atención primaria, dos integrantes de la coordinadora del programa DADER y un experto en diseño de investigación. Además, como coordinador del panel, se encontraba presente un diplomado en estadística del Servicio Andaluz de Salud.

El estadístico del comité de expertos fue el encargado de explicar a los participantes en qué consistía el método RAND/UCLA que se iba a utilizar en el proceso de elaboración del cuestionario. También explicó a los expertos cómo se iba a proceder a lo largo de las distintas rondas del citado método, así como la forma en la que debían emitir sus puntuaciones, valorando cada pregunta como un facilitador para implantar el SFT en las farmacias comunitarias.

En base a la metodología RAND/UCLA y teniendo en cuenta el número de expertos con que constaba el panel (12 personas), las preguntas se incluyeron en la categoría de Adecuada, Dudosa o Inadecuada.

Se consideró que una pregunta era Adecuada cuando la mediana del grupo se situaba entre un 6,5 y un 9, y existía acuerdo entre los expertos.

Se decidió que cuando existiera un número mayor o igual a 4 expertos que no puntuaran en el mismo rango, este facilitador/pregunta se consideraría Dudoso, tuviese la puntuación que tuviese. También se considerarían en la categoría de Dudoso aquellos casos en los que la mediana se encontraba entre 6.5 y 9, y no existía acuerdo entre los expertos. Este grupo además incluyó aquellas preguntas con una mediana del grupo entre 3,5 y 6.

Se incluyeron en la categoría de pregunta Inadecuada aquellas cuya mediana del grupo se encontraba situada entre el 1 y el 3, y existía acuerdo entre los expertos.

Todo ello queda reflejado en la Tabla 5 donde se muestra un resumen de esta clasificación:

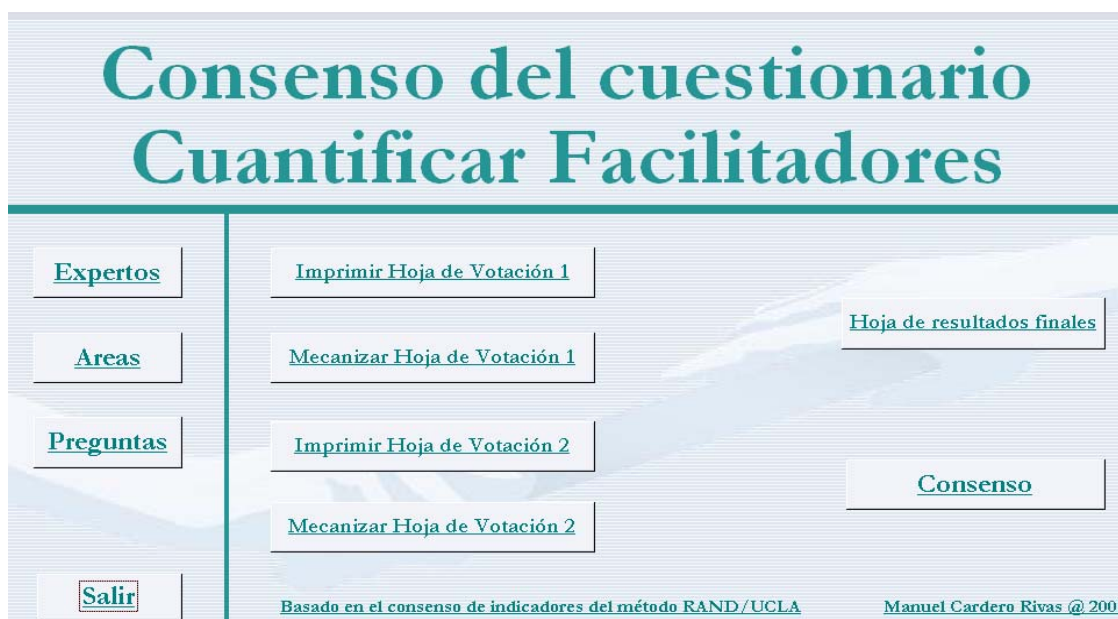
Tabla 5. Clasificación de Adecuado, Inadecuado o Dudoso del método RAND.

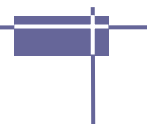
		Acuerdo	Desacuerdo
Localización de la mediana	Entre 6.5 y 9	Adecuado	Dudoso
	Entre 3.5 y 6	Dudoso	Dudoso
	Entre 1 y 3	Inadecuado	Dudoso

Para que el desarrollo de la sesión fuera lo más ágil posible y dado el número de elementos iniciales a valorar, previamente se había desarrollado una aplicación informática que permitía una evaluación continua, eficaz y rápida de los resultados que se fueran obteniendo en las distintas rondas de preguntas a las que se iba a someter al panel de expertos.

En la figura 6 se muestra la pantalla principal de la aplicación informática con la que se evaluó el consenso de los indicadores propuestos basada en el consenso de indicadores del método RAND/UCLA.

Figura 6. Pantalla principal de la aplicación informática diseñada para el consenso.





Ronda 0

A los expertos participantes se les distribuyó una plantilla que contenía las 102 preguntas que constituían los facilitadores identificados por el equipo investigador.

Se revisó el pool de preguntas presentadas y se aclararon términos y dudas con respecto a la semántica e intención de las Afirmaciones planteadas como facilitadores de la implantación del SFT. Se explicaron todas las dudas que se plantearon sobre la redacción de los indicadores y se modificó el texto cuando fue necesario para una mejor interpretación, obteniéndose así el cuestionario del método RAND/UCLA. Tras su análisis confirmaron tanto la validez lógica (*face validity*), como la validez de contenido del mismo.

El término validez, en general, denota la utilidad científica de un instrumento de medida, en el que puede establecerse ampliamente qué tan bien mide lo que pretende medir²⁶⁴.

Existen cuatro tipos de medidas de validez, la validez lógica (*face validity*), la validez de contenido, la validez de constructo que en este estudio se confirmó mediante el análisis factorial que se describe más adelante y la validez de criterio que consiste en una comparación entre nuestra situación de medida y un estándar al que se le denomina criterio²⁶⁵.

La validez lógica (*face validity*) determina o examina si los diferentes ítems de un instrumento *parecen* representar el constructo subyacente²⁶⁶. Por su parte, la validez de contenido se refiere al grado en que la medición representa al concepto medido, trata de garantizar que el test constituye una muestra adecuada y representativa del contenido que éste pretende evaluar²⁶⁷.

Tabla 6. Preguntas surgidas de la búsqueda bibliográfica y de la aportación de los miembros del equipo investigador validado por el panel de expertos.

A.: FARMACÉUTICO	
1	Educación más clínica.
1	Es necesaria una formación más clínica en el pregrado
2	Es necesaria una formación de pregrado más asistencial
3	Es necesario incluir pacientes en la formación de pregrado
4	Es importante hacer un balance entre los aspectos de ciencia básica y los aspectos asistenciales
5	Es necesaria una remodelación de los estudios de farmacia en aras de poder implantar SFT
6	Debe ser el SFT una asignatura clave en la licenciatura de farmacia
7	Es necesario reforzar la formación farmacológica con un enfoque asociado a la práctica clínica
8	La implantación del SFT implicaría una mayor necesidad de actualizar los conocimientos farmacológicos
9	Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer este servicio a la sociedad
10	La existencia de la especialidad en SFT añadiría credibilidad a la farmacia
11	Ayudaría a la implantación del SFT la presencia de un tutor en el ámbito de trabajo
12	La formación continuada es un elemento necesario para la implantación del SFT
13	La satisfacción profesional es uno de los principales factores para implantar el SFT en la farmacia comunitaria
14	Sería necesario conseguir introducir cambios en el sistema de pago a los farmacéuticos
15	Es importante trabajar conjuntamente con los médicos cuando se implanta el SFT
2	Mensaje sobre el futuro
16	El apoyo de los directivos de la Administración (ej: Consejero de Sanidad, Director Regional de salud, etc..) darían seguridad a la implantación del SFT
17	Los líderes profesionales deben enviar mensajes concretos a los

	farmacéuticos
18	Los farmacéuticos necesitan seguridad y claridad sobre en qué debe consistir su práctica profesional en el futuro
19	El mensaje de futuro debe estar orientado a una práctica que pasa por la realización del SFT
20	El futuro farmacéutico debe estar orientado a una práctica que pasa por la realización de dispensación, indicación farmacéutica y SFT
21	El mensaje de futuro, con la implantación del SFT, es tener el reconocimiento como un sanitario y no como un vendedor
22	La implantación del SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario
23	Sería necesario que el Consejo liderara la implantación del SFT
3	Actitud.
24	Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio
25	El SFT contribuiría a aumentar el reconocimiento social y a prestigiar la profesión farmacéutica
26	Aumentarían las oportunidades del farmacéutico de ejercer como educador sanitario al implantar SFT
27	El SFT modernizaría la asistencia farmacéutica
28	El SFT implicaría un aumento en la calidad de la prestación farmacéutica
29	El SFT implicaría un cambio de mentalidad del farmacéutico
30	La implantación del SFT haría que el farmacéutico desarrollara su profesión de una forma más plena
31	El SFT implicaría un aumento en el prestigio de la profesión
32	El SFT facilitaría la supervivencia del ejercicio profesional en las farmacias comunitarias
33	La implantación del SFT disminuiría la excesiva orientación comercial hacia el producto
34	El SFT aumentaría la orientación hacia la oferta de servicios
35	El SFT pondría de manifiesto el desconocimiento de la magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos y sociedad

- 36 El SFT aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento
- 37 La implantación del SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no sólo como una empresa
- 38 La implantación del SFT nos haría trabajar en una farmacia mas agradable desde el punto de vista profesional
- 39 Está motivado el farmacéutico para implantar el SFT porque los pacientes lo necesitan
- 40 La realización de sesiones clínicas de farmacéuticos de distintas farmacias contribuiría a la implantación del SFT

B.: FARMACIA

1 Sistema de Remuneración.

- 41 Es necesario modificar el sistema retributivo de las farmacias disminuyendo los ingresos de la distribución y aumentando los ingresos por SFT
- 42 Es preciso mantener el sistema de remuneración a la vez que se comienza a pagar el servicio
- 43 La implantación de un SFT remunerado haría que la dispensación no fuera la prioridad en la farmacia comunitaria

2 Estructura.

- 44 Tener un número suficiente de farmacéuticos es importante para implantar el SFT
- 45 El número de personas de la farmacia Afecta a la implantación del SFT
- 46 Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio
- 47 Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación
- 48 La implantación del SFT mejoraría la comunicación y el trabajo en equipo
- 49 Es importante que todo el personal de la farmacia esté motivado en la implantación del SFT
- 50 Es necesario que todo el equipo esté formado adecuadamente y realice cursos de reciclaje para poder realizar SFT
- 51 Es necesario tener áreas semiprivadas o espacios adecuados específicos para la realización del SFT

- 52 Es necesario un diseño correcto de la estructura de la farmacia para la realización del SFT
- 53 Es necesario que existan subvenciones para adecuar la infraestructura de la farmacia a la realización del SFT
- 54 Deberían existir subvenciones para contratar más personal y así adecuar la farmacia a la realización del SFT
- 55 Es necesaria la existencia de herramientas informáticas para la gestión del SFT
- 56 Es necesaria la existencia de instrumentos de medida para la realización del SFT

C PROFESION FARMACÉUTICA

1 Pago por servicio

- 57 El pago del servicio de SFT es necesario para que éste se implante
- 58 Sin pago por servicios no es posible su sostenibilidad en el tiempo
- 59 Debería existir un incentivo económico para el farmacéutico para que éste pueda implantar el SFT
- 60 Es imposible plantear la implantación del SFT si no supone un beneficio económico para la farmacia
- 61 Podría perder clientes la farmacia con la implantación del SFT con la consiguiente pérdida económica
- 62 Es importante asegurarse de que la implantación del SFT es rentable para las farmacias
- 63 Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización

D. MISCELÁNEA

1 Demanda por los pacientes

- 64 Podrían influir las asociaciones de pacientes en la implantación del SFT
- 65 Mejoraría la efectividad del tratamiento de los pacientes la implantación del SFT
- 66 Mejoraría la calidad de la atención percibida por los pacientes
- 67 La implantación del SFT daría a los pacientes la seguridad de que su salud es lo más importante para el farmacéutico comunitario
- 68 La implantación del SFT conseguiría aumentar la fidelidad de los

	pacientes
69	La implantación del SFT daría a los pacientes la seguridad de una atención más personalizada
70	La implantación del SFT mejoraría la seguridad de los fármacos
71	La implantación del SFT aumentaría la implicación del farmacéutico en los problemas de salud de los pacientes
72	El SFT reforzaría la información sanitaria de los pacientes
73	Está motivado el farmacéutico para implantar el SFT porque los pacientes lo demandan
74	La implantación del SFT puede hacer que se pierdan clientes "de paso"
2	Relaciones con los médicos.
75	La comunicación con los médicos apoya la implantación del SFT
76	La cooperación con los médicos es un elemento clave en el SFT
77	La implantación del SFT completaría el conocimiento que tiene el médico sobre los fármacos de su paciente
78	El SFT implicaría una mejora de la sanidad al facilitar la relación entre médico, farmacéutico y pacientes
79	Cree que la implantación del SFT en las farmacias sería vista por el médico como positiva
80	Cree que el médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT
81	Reuniones conjuntas entre farmacéuticos y médicos contribuirían a implantar el SFT
82	Deberían Administración y Colegios profesionales garantizar la implantación del SFT
83	Una buena relación de trabajo con los médicos es esencial cuando se implanta el SFT
3	Apoyo de la Administración.
84	La implantación del SFT contribuiría a reducir el gasto global en medicamentos
85	Sería necesario, en el futuro, lograr incentivos económicos por el SFT para su implantación
86	La implantación del SFT contribuiría a racionalizar los recursos
87	Debería eliminarse el exceso de papeleo existente en las oficinas de

	farmacia para así facilitar la implantación del SFT
88	Sería necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar el SFT
89	El SFT permitiría al farmacéutico participar en investigaciones, estudios epidemiológicos y/o programas sanitarios
90	Sería necesario para la implantación del SFT que las competencias de cada sanitario del sistema de salud estén claramente delimitadas, para obviar problemas de intrusismo real o percibido
91	Sería necesario que la Administración o los Colegios profesionales facilitaran la comunicación interprofesional de las experiencias presentes y futuras sobre el SFT en nuestro país
92	Debería la Administración sanitaria y Colegios profesionales facilitar la coordinación entre los profesionales sanitarios
93	Debería reconocerse el esfuerzo de la implantación del SFT con incentivos (por ejemplo: facilitando la asistencia a la formación, en actividad sobre farmacoterapia, etc.)
94	Debería la Administración reconocer el esfuerzo con una acreditación oficial de las oficinas de farmacia que hacen SFT
95	Deberían Administración y Colegios profesionales establecer relaciones fluidas y cauces de comunicación eficaces con los profesionales sanitarios de A.P. para así facilitar la implantación del SFT
96	Debería ser obligatoria la realización del SFT
97	En caso de que no se realizara, debería ser sancionado el farmacéutico comunitario
98	Las sanciones por no realizar SFT facilitarían su implantación
4	Marketing de servicios.
99	Pueden influir los medios de comunicación en la implantación del SFT
100	Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre el SFT
101	Deberían existir campañas de información exhaustiva para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre el SFT
102	La publicidad de la realización de SFT es una oportunidad para competir con otras farmacias comunitarias

Ronda 1

A continuación, los expertos, mediante una plantilla de recogida de información, emitieron, de una manera estructurada, una serie de puntuaciones para cada pregunta. El criterio fundamental que se siguió fue la selección de indicadores específicos que influyeran en la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias, es decir, aquellos que pudieran ser percibidos y valorados por los farmacéuticos como facilitadores. Esto suponía un primer acercamiento al problema y por supuesto la propuesta de medidas de impacto que promuevan la implantación del Seguimiento o la realización de estudios más complejos a partir de los resultados obtenidos.

En la figura 7 se muestra un ejemplo del tipo de hoja del cuestionario que se utilizó para la realización de la primera ronda del método RAND/UCLA.

Figura 7. Ejemplo de hoja del cuestionario para la ronda 1 del método RAND/UCLA.

Ronda de votación 1

Area: Farmacéutico_Educación Clínica

1 ¿Es necesaria una formación más clínica en el pregrado?

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

2 ¿Es necesaria una formación de pregrado más asistencial?

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

3 ¿Es necesario incluir pacientes en la formación de pregrado?

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

4 ¿Es importante hacer un balance entre los aspectos de ciencia básica y los aspectos asistenciales?

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

5 ¿Es necesaria una remodelación de los estudios de farmacia en aras de poder implantar SFT?

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

6 Debe ser SFT una asignatura clave en la licenciatura de farmacia

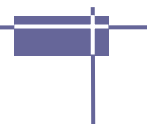
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

7 ¿Es necesario reforzar la formación farmacológica con un enfoque asociado a la práctica clínica?

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

8 La implantación de SFT implica una mayor necesidad de actualizar los conocimientos farmacológicos.

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	



Sobre esta plantilla, emitieron, de una manera estructurada, una serie de puntuaciones para cada pregunta. Todas las preguntas se midieron utilizando una escala de Likert con puntuaciones comprendidas entre el 1 y el 9 (1= en desacuerdo, 9= de acuerdo). (Anexo 1. Ronda 1).

Puntuar un Facilitador propuesto entre 1 y 3, indicaba que el experto estaba en Desacuerdo con que esa medida podía facilitar la implantación del SFT.

Puntuar entre 4 y 6 indicaba que consideraba que le generaba dudas respecto a que fuera un facilitador (Dudoso).

Puntuar entre 7 y 9, mostraba su Acuerdo con el facilitador planteado para implantar el SFT.

Ronda 2

Una vez mecanizadas las puntuaciones de la Ronda 1 se comenzó con la siguiente ronda. Se ofreció a cada experto una plantilla que aportaba una visión global de los resultados obtenidos en la ronda anterior, en la que se incluía la puntuación que había dado cada experto a cada pregunta así como la mediana del grupo (Anexo 2. Ronda 2).

Con esta información se volvieron a puntuar todos los facilitadores planteados.

En la Figura 8 se puede observar un ejemplo de la hoja del cuestionario para la realización de la Ronda 2 donde queda reflejado lo comentado anteriormente:

Figura 8. Ejemplo de hoja del cuestionario para la realización de Ronda 2.

Ronda de votación 2

Area: Farmacéutico_Educacion Clinica

1	¿Es necesaria una formación más clínica en el pregrado?								
En des acuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						2	4	6	8,5
2	¿Es necesaria una formación de pregrado más asistencial?								
En des acuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1					2	4	5	8
3	Es necesario incluir pacientes en la formación de pregrado								
En des acuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	5	1	5	7,5
4	Es importante hacer un balance entre los aspectos de ciencia básica y los aspectos asistenciales								
En des acuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				2	4	3	1	2	6,5
5	Es necesaria una remodelación de los estudios de farmacia en aras de poder implantar SFT								
En des acuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						2	5	5	8
6	Debe ser SFT una asignatura clave en la licenciatura de farmacia								
En des acuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						6	3	3	7,5

Finalmente, una vez mecanizados los votos registrados en la segunda Ronda, se obtuvieron unas puntuaciones para cada una de las preguntas que permitieron clasificarlas en función del acuerdo/desacuerdo alcanzado en tres categorías: Adecuada, Dudosa e Inadecuada.

En la siguiente hoja del cuestionario se observa un ejemplo de los resultados finales de las valoraciones de los expertos para las siete primeras preguntas del mismo (Figura 9):

Figura 9. Ejemplo de los Resultados del panel de expertos para las siete primeras preguntas valoradas.

Hoja final de resultados de cada pregunta											
Area: Farmacéutico_Educacion Clinica											
1 ¿Es necesaria una formación más clínica en el pregrado?											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
						1	3	8	9	Sí	Adecuado
2 ¿Es necesaria una formación de pregrado más asistencial?											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
						1	4	7	9	Sí	Adecuado
3 Es necesario incluir pacientes en la formación de pregrado											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
					1	5	2	4	7,5	Sí	Adecuado
4 Es importante hacer un balance entre los aspectos de ciencia básica y los aspectos asistenciales											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
				4	5	3			6	Sí	Dudoso
5 Es necesaria una remodelación de los estudios de farmacia en aras de poder implantar SFT											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
							7	5	8	Sí	Adecuado
6 Debe ser SFT una asignatura clave en la licenciatura de farmacia											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
						7	3	2	7	Sí	Adecuado
7 Es necesario reforzar la formación farmacológica con un enfoque asociado a la práctica clínica											
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Mediana	Acuerdo	Grado Adecuación
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
				1	2	2	4	3	8	Sí	Adecuado

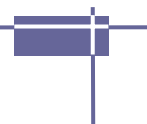
Tras la realización de las dos Rondas de preguntas se alcanzó un primer consenso de facilitadores para la implantación del SFT, que estaba formado por 49 preguntas, todas ellas Adecuadas.

En la Tabla 7 se muestra un resumen de los resultados de las votaciones recogidas para cada facilitador propuesto, clasificados por cada una de las áreas o dimensiones definidas inicialmente:

Tabla 7. Resumen del Consenso de facilitadores.

Área	Propuestos	Adecuados	Dudosos	Inadecuados
Farmacéutico:				
educación Clínica	15	11	4	0
Farmacéutico:				
mensaje sobre el futuro	8	2	6	0
Farmacéutico:				
Actitud	17	6	11	0
Farmacia:				
sistemas de remuneración	3	1	2	0
Farmacia:				
Estructura	13	5	8	0
Prof. Farmacéutica:				
pago por Servicios	7	3	4	0
Miscelánea:				
demanda por los pacientes	11	7	4	0
Miscelánea:				
relaciones con los médicos	9	4	5	0
Miscelánea:				
apoyo de la Administración	15	6	9	0
Miscelánea:				
marketing de SFT	4	4	0	0
	102	49	53	0

A raíz de estos resultados se realizó un último cribaje para racionalizar el conjunto de preguntas de todas las áreas cuya mediana fuera superior a 8 puntos, a fin de minimizar los posibles errores sistemáticos. Se realizó teniendo en cuenta los siguientes aspectos que podían influir en la validez:



- El orden de las preguntas: Las preguntas sobre aspectos personales se situaron al final del cuestionario, para evitar que el encuestado rechazara seguir respondiendo o no lo hiciera con la sinceridad deseada. También se estudió el orden de la información que se pretendía recoger en cada pregunta para conseguir transmitir un esquema lógico de exposición de ideas al encuestado.
- La redacción de las preguntas, que puede influir también en la respuesta: Para evitar predisponer al entrevistado, se eliminaron aquellas construcciones que condicionaran una determinada respuesta.
- La categorización de las respuestas: Se tuvo en cuenta en las preguntas de respuesta cerradas, es decir, predeterminada.
- El sentido de la pregunta: Para minimizar el más común de los errores de los Cuestionarios, “sesgo de deseabilidad social”, se eliminaron todas aquellas palabras con denotaciones subjetivas, redactando las preguntas de forma objetiva para evitar que el encuestado diese las respuestas socialmente más aceptables.
- Extensión de las preguntas: Preguntas excesivamente largas o cortas pueden limitar la respuesta obtenida.
- Lenguaje: Importancia de los términos utilizados para facilitar la comprensión de las preguntas.
- Características del entrevistador que pueden determinar cambios en las respuestas: Se realizó un adiestramiento previo al trabajo de campo, siendo necesario que el entrevistador leyese literalmente las preguntas al entrevistado. Con ello se resolvieron problemas no previstos en la redacción del cuestionario.

Tras tener en cuenta todos estos aspectos, se redactó un cuestionario, formado por 30 preguntas, que, después, se evaluó por un grupo reducido de farmacéuticos para obtener una mejor legibilidad y comprensión del texto. Esto determinaría la necesidad de preguntas adicionales y/o la eliminación de otras,

y por otro lado permitiría detectar los posibles fallos o limitaciones propias de la entrevista en sí y del rol del entrevistador.

Por tanto, se seleccionó un grupo reducido de 10 farmacéuticos conocidos del equipo investigador, ejercientes en farmacia comunitaria, aunque algunos de ellos desconocedores de en qué consiste el SFT para que respondieran al cuestionario. Los cuestionarios fueron cumplimentados por dos entrevistadores, de forma que uno formuló las preguntas y el otro observó la capacidad de comprensión de las mismas por los gestos del entrevistado. Utilizando una breve entrevista estructurada, después de cumplimentar el cuestionario, se discutieron las preguntas con los interrogados.

Esta entrevista posterior constó de las siguientes preguntas:

- ¿Qué pregunta le ha resultado menos clara?
- ¿Qué pregunta le ha resultado más difícil de contestar?
- ¿Se ha sentido violentado o intimidado con alguna pregunta?
- ¿Le parece correcto el orden de las preguntas?
- En cuanto al tiempo que ha empleado en responder al cuestionario, ¿usted lo calificaría como excesivamente largo, normal o corto?
- ¿Cree que sobra alguna pregunta?
- ¿Qué pregunta modificaría?
- ¿Se ha sentido cómodo a lo largo de la entrevista?
- ¿Cómo definiría la actuación del farmacéutico que le ha entrevistado?

Las respuestas contribuyeron a enriquecer el cuestionario con las observaciones, críticas y sugerencias hechas por los revisores externos, corrigiendo algunas deficiencias en la redacción de las cuestiones que posteriormente se plantearían a la muestra seleccionada.

Tras esta discusión se reelaboró el cuestionario para adecuarlo a la estrategia de entrevista telefónica que se iba a llevar a cabo (CATI), redactándose el cuestionario definitivo que incluía además, variables socio demográficas (sexo) y profesionales (titular o adjunto), así como una pregunta libre sobre qué aspectos creían que podría facilitar la implantación del SFT en las farmacias comunitarias.

En la siguiente tabla se pueden observar las categorías agrupadas por dimensión, con sus correspondientes ítems o preguntas (Tabla 8).

Tabla 8. Nº de preguntas del cuestionario definitivo por categorías y dimensiones.

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

En la tabla 9 se muestra el cuestionario definitivo que se pasó a la empresa que iba a realizar el CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*)^{180,181} para su mecanización y posterior utilización.

Tabla 9. Encuesta para detectar facilitadores para la implantación del SFT en las farmacias comunitarias españolas.

Encuesta para detectar facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas

Provincia:..... Farmacia:..... Nº:.....

CUESTIONARIO

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la implantación del SFT en las farmacias comunitarias en España. Para ello le pedimos que conteste a las siguientes preguntas indicando su opinión para cada una de las cuestiones le planteen. Le indico la escala de medida que puede usar para valorar cada ítem:

Muy en desacuerdo [1], En desacuerdo [2], Indiferente [3], De acuerdo [4], Muy de acuerdo [5]

DIGANOS SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

Farmacéutico. Educación Clínica	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1- Es necesaria la modificación de pregrado universitario para que esta sea más clínica o asistencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacéutico. Mensaje de futuro	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
3- El apoyo de los directivos de la Administración (Ej.: Consejo de Sanidad, Dir. Regional de salud, etc.) darían seguridad a la implantación de SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- La implantación de SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacéutico. Actitud	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
5- Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no solo como una empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacia. Sistemas de remuneración	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
8- La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensando los por ingresos provenientes de la práctica de SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- El SFT debería de ser gratuito para los pacientes y financiado por el Servicio Nacional de Salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacia. Estructura	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
11- Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Es necesario tener áreas semiprivadas o espacios adecuados específicos para la realización de SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Es necesaria la existencia de herramientas informáticas para la gestión del SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación de SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Profesión Farmacéutica.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Pago por Servicios					
15- Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Debería existir un incentivo económico para la farmacia para que esta pueda implantar SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- El pago del servicio de SFT es necesario para que este se implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesión Farmacéutica.					
Liderazgo del consejo					
18- El Consejo General como representante de todos los farmacéuticos es el que debe liderar la implantación de SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Sería necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigación y práctica.					
20- Es necesario que la Universidad promueva investigaciones sobre los resultados de SFT para que se consiga evidencia suficiente que demuestre la necesidad de esta nueva práctica profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miscelánea.					
Demanda por los pacientes					
21- Existe demanda de SFT por parte de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Es preciso conseguir que los pacientes demanden el servicio de SFT para que este se implante de forma generalizada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miscelánea.					
Relaciones con los médicos					
23- Reuniones con juntas entre farmacéuticos y médicos contribuirían a implantar el SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación de SFT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miscelánea.					
Apoyo de la Administración					
26- Las sanciones por no realizar SFT facilitarían su implantación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Debería reconocerse el esfuerzo de la implantación de SFT con incentivos (por Ej. facilitar la asistencia a formación en actividad sobre farmacoterapia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- En caso de que no se realizara SFT, debería ser sancionado el farmacéutico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miscelánea. Marketing de SFT					
29- Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SFT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre SFT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Libre

¿Que aspectos cree que facilitarían la implantación de ISFT en las farmacias comunitarias?

.....

.....

.....

.....

.....

Variables socio demográficas

Las preguntas sólo tienen por objeto completar la información anterior, con ellas tan sólo se pretende analizar la información anterior de manera más minuciosa.

Sexo:

Hombre	<input type="text"/>
Mujer	<input type="text"/>

Categoría:

Farmacéutico Titular	<input type="text"/>
Adjunto	<input type="text"/>
Sustituto	<input type="text"/>

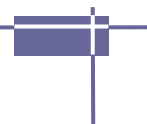
4.6.3 Entrevista telefónica (CATI)

El CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*)^{180,181} se realizó mediante una empresa externa de prestigio, “dmercados”, por entrevistadores formados y conocedores del mencionado método.

Todas las preguntas del cuestionario se midieron a través de una escala de tipo Likert de 5 puntos (1=muy en desacuerdo, 5 muy de acuerdo).

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





4.6.4 Análisis de los resultados del cuestionario

Los datos se sometieron al siguiente plan de análisis:

1. Cálculo de estadísticos descriptivos: distribución de frecuencias, media, mediana y desviación típica.
2. Análisis bivariante: se realizó un análisis bivariante mediante la utilización de test estadísticos paramétricos (t de student) y/o no paramétricos (test de Mann-Withney, Kruskal-Wallis) en función del carácter de la distribución que presentaran las variables dependientes.
3. Análisis de contenido tanto de la pregunta abierta del cuestionario (P30: Aspectos que favorecerían la implantación del SFT) como del Grupo Focal realizado.
4. Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Mediante el AFE también se determinó la validez de constructo analizando las correlaciones múltiples entre los ítems de cada una de las dimensiones y de estos con el total de preguntas del cuestionario^{268,269}. Además, este análisis permitió identificar los factores subyacentes, o latentes, entre los facilitadores identificados previamente con el cuestionario, alcanzándose un número menor de dimensiones denominadas factores. Por su importancia en el estudio, en el siguiente apartado se profundiza más sobre esta técnica de reducción de datos.

4.6.5 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Dada la naturaleza exploratoria de los ítems que componen el cuestionario, al desarrollo inicial del mismo y al deseo de comprender los constructos subyacentes en dicho cuestionario, se decidió realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE)²⁷⁰.

El análisis factorial se realizó para evaluar la posible utilidad de los resultados obtenidos mediante el cuestionario en la gestión del cambio de la

práctica farmacéutica. Para ello, se trató de identificar factores subyacentes que pudieran explicar mejor la utilidad de los facilitadores, identificados anteriormente, en la gestión del cambio¹⁷⁰.

La factorabilidad de R se analizó utilizando como criterio de correlación valores de los diferentes ítems iguales o superiores a $|0.30|$ ²⁷¹ de manera que todos los ítems cumplieran siempre dicho criterio. El test de esfericidad de Bartlett fue significativo (<0.000). La medida de adecuación de la muestra de Kaiser (KMO) resultó ser de 0.717 lo que indicaba buena factorabilidad. (Ver tabla 10) Sólo se utilizaron ítems con una correlación en la matriz anti-correlación mayor a 0.60^{270,271,272}. (ANEXO 3. Matriz de correlaciones inversa). Debido a ello y con el objetivo de mejorar la factorabilidad se eliminaron cuatro de los ítems (10, 24, 26, 28).

Tabla 10. Test de Kaiser (KMO) y Bartlett.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,717
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	990,472
	df	325
	Sig.	0,000

Se ensayaron diferentes abordajes (Análisis Factorial de Componentes Principales, Método de Factorización del eje principal (FAP)). Los resultados fueron comparados utilizando varios métodos de extracción (Oblimin y Promax) mediante los que se correlacionaron las variables²⁷⁰.

Finalmente para elegir la solución factorial más apropiada se utilizaron los siguientes criterios^{270,272,273,274}:

1. El mayor porcentaje de varianza explicada.
2. Autovalores (Eigenvalues) superiores a uno.
3. Valores del α -Cronbach superiores a 0.600.
4. Que todos los factores resultantes contengan al menos tres ítems.
5. Aplicación de la solución factorial al marco utilizado con el fin de obtener una mayor interpretabilidad e implicaciones teóricas de la solución.

En uno de los factores, el Factor 3, se aceptó un α -Cronbach de 0,557 ya que cumplía con el resto de los criterios de inclusión y resultaba un factor muy interesante dada la función exploratoria del estudio. Según el porcentaje de varianza, explicada en la solución inicial obtenida antes de realizar correcciones en los resultados se observa que:

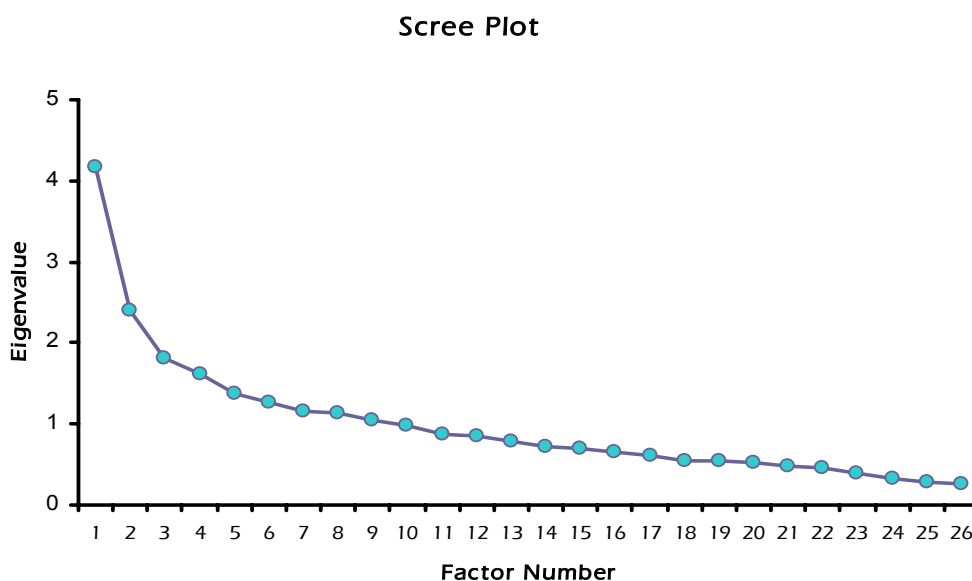
Se obtuvieron 9 factores con un autovalor > 1 (Tabla 11). Sin embargo la gráfica de sedimentación (Figura 10)²⁷⁵ sugería la existencia de 3 o 4 factores por lo que el análisis posterior se realizó en este sentido.

Tabla 11. Varianza total explicada.

Factor	Autovalores Iniciales			Suma de Saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de Saturaciones al cuadrado de la Rotación
	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% Varianza	% Acumulado	Total
1	4,165	16,020	16,020	3,634	13,979	13,979	1,548
2	2,406	9,253	25,273	1,970	7,577	21,556	2,447
3	1,805	6,942	32,215	1,318	5,069	26,624	1,952
4	1,607	6,181	38,396	1,026	3,947	30,571	1,470
5	1,384	5,324	43,720	0,806	3,099	33,669	1,104
6	1,259	4,842	48,562	0,652	2,508	36,177	1,401
7	1,167	4,489	53,051	0,629	2,420	38,597	1,171
8	1,126	4,331	57,382	0,510	1,961	40,557	1,264
9	1,057	4,064	61,446	0,468	1,800	42,358	1,770
10	0,972	3,738	65,183				
11	0,879	3,380	68,563				
12	0,862	3,315	71,878				
13	0,788	3,031	74,909				
14	0,719	2,764	77,674				
15	0,690	2,654	80,328				
16	0,649	2,497	82,825				
17	0,622	2,391	85,216				
18	0,551	2,118	87,333				
19	0,539	2,072	89,405				
20	0,518	1,992	91,397				
21	0,491	1,887	93,284				
22	0,462	1,777	95,061				
23	0,388	1,492	96,553				
24	0,338	1,301	97,853				
25	0,290	1,115	98,969				
26	0,268	1,031	100,000				

Método Principal: Factorización de Eje Principal

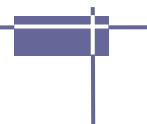
Figura 10. Gráfico de sedimentación de Cattell (Scree Plot).



4.6.6 Grupo Focal

Al analizar los resultados obtenidos, tanto de las respuestas del cuestionario como del AFE, el equipo investigador consideró interesante analizar el facilitador que emergió como prioritario. Para ello, se decidió realizar una investigación cualitativa en la que el método de obtención de información consistió en la realización de un Grupo Focal^{183,184}. Con el fin de triangular los datos obtenidos en el estudio^{276,277} se pensó en la posibilidad de contrastar la opinión de líderes en la implantación de servicios de Atención Farmacéutica, sobre éste y los otros tres facilitadores identificados.

Los motivos que llevaron a dicha decisión fueron los siguientes: Por un lado parecía interesante explorar la opinión de expertos en farmacia comunitaria sobre el facilitador identificado tanto como más importante como, también, de mayor aplicabilidad a la práctica de la farmacia así como de los otros facilitadores resultantes. Por otra parte, el Grupo Focal es el método cualitativo que genera una mayor cantidad de información en el menor tiempo posible^{186,279} por lo que resulta un método muy eficiente. Por último, en el momento del estudio se estaban realizando una serie de reuniones del grupo de consenso denominado Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia



Comunitaria (Foro de AF en FC)²⁶¹. Se consideró que las opiniones de los componentes de dicho grupo de consenso podrían resultar de gran utilidad para explorar la posible importancia y aplicabilidad de los facilitadores priorizados en el estudio.

Foro de AF en FC consiste en un grupo de expertos que ha continuado el trabajo iniciado por Foro de Atención Farmacéutica²⁶¹, centrando en este caso su actividad sólo en la Farmacia Comunitaria. Es un grupo de trabajo y debate constructivo formado por farmacéuticos representados en las siguientes instituciones: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), Fundación Pharmaceutical Care España y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR).

Este grupo se caracteriza por su espíritu de trabajo, colaboración y constante comunicación a favor de la implantación de los principales Servicios asistenciales en la farmacia comunitaria: la Dispensación, la Indicación Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico^{140,279}. En 2010, conscientes de que es posible mejorar la comunicación del conocimiento y la aplicación práctica de los acuerdos adoptados por Foro de Atención Farmacéutica, y especialmente en la farmacia comunitaria, FORO AF en FC llevó a cabo la edición y difusión de una Guía práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria²⁶¹.

Por ello, utilizando el método de “selección de la muestra de conveniencia”¹⁸⁵, se solicitó la colaboración y la participación en un Grupo Focal a los componentes de Foro de AF en FC.

A cada uno de los miembros de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria se le envió un documento en el que se le invitaba a la participación en el mencionado Grupo Focal y se explicaba la importancia que, para el equipo investigador, tenía su opinión como experto en Seguimiento Farmacoterapéutico sobre el facilitador principal y otros tres facilitadores obtenidos en el estudio de tesis doctoral sobre Priorización de facilitadores para la implantación del SFT en las farmacias comunitarias españolas. (Figura 11)

Figura 11. Invitación a participar en el trabajo de tesis doctoral, que lleva por título

PRIORIZACION DE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

Estimado miembro de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria:

Mediante este escrito quisiera pedirle su colaboración en el trabajo de investigación que estoy realizando en la Universidad de Granada, encaminado a la elaboración de mi Tesis Doctoral.

Se trata de un proyecto en el que pretendo priorizar facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en las farmacias comunitarias españolas.

Tras un proceso complejo de elaboración de un cuestionario, realización de una encuesta telefónica utilizando la técnica CATI (*Computer assisted telephoning interviewing*), y recepción de respuestas al mismo, he realizado un análisis factorial exploratorio a los resultados de las 200 respuestas a la encuesta. Utilizando el método de extracción de factorización del eje principal (PATENCIÓN FARMACÉUTICA) con rotación Direct Oblimin se obtuvo una solución que explicaba el 40,0% de la varianza, compuesta por los cuatro factores siguientes:

Factor 1: Incentivos

Fundamentalmente incluye incentivos económicos aunque también hace referencia a otro tipo de reconocimiento profesional, si bien este contribuye menos a la carga del factor. El factor 1 explicaba la mayor parte de la varianza, llegando a explicar, él solo, el 21% de la variabilidad.

Los incentivos se catalogaron en dos grupos:

A-Incentivos económicos

B- Reconocimiento profesional

Factor 2: Campañas externas

Los farmacéuticos demandan campañas externas para promocionar el SFT y conseguir que éste sea conocido por la población y los agentes sanitarios. Este factor incluye la cooperación con los médicos porque los farmacéuticos valoran mucho la necesidad de esta colaboración interprofesional.

Factor 3: Experto en SFT

Los farmacéuticos creen que es precisa una formación adicional para la realización del SFT. En este factor se incluye el liderazgo del Consejo General ya que es la organización que debe liderar el cambio y por tanto el organismo que debe decidir el tipo de formación necesaria.

Factor 4: Profesionalidad del farmacéutico

La implantación del SFT contribuye a que se entienda la farmacia como un establecimiento sanitario y al farmacéutico como un profesional de la salud.

Como última fase del estudio y dado que el Factor 1, él sólo, explica el 17,5% de la varianza me ha parecido que puede tener gran importancia profundizar en dicho factor realizando un Grupo Focal en el que pueda obtener información a partir de informantes clave sobre aspectos relacionados con los incentivos a la provisión del SFT, ya sean económicos o de otro tipo.

Por todo ello, y en su condición de miembro de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, le solicito acepte participar en una reunión grupal que tendrá lugar en la calle Villanueva, 11, a continuación de la reunión de Foro, el próximo día 15 de septiembre. La duración prevista no superará las dos horas, dando comienzo a las 15:00 horas.

El objetivo de dicho grupo focal es **explorar aspectos relacionados con la importancia y la factibilidad de los distintos incentivos en la implantación y sostenibilidad del SFT.**

Método:

Estudio cualitativo mediante la realización de un Grupo Focal y análisis posterior de la información obtenida.

Un Grupo Focal consiste en una reunión formada por un número reducido de personas que, guiados por un moderador y un secretario, permite obtener una gran cantidad de información sobre el tema objeto de estudio en muy poco tiempo. El contenido de la sesión se graba íntegramente en una cinta magnetofónica y se transcribe en su totalidad. Posteriormente se analizan los datos obtenidos, mediante la realización de un análisis de contenido.

Es preciso señalar que en todo momento se garantiza la confidencialidad de las opiniones vertidas durante la reunión (Grupo Focal) con la seguridad de que nadie podrá relacionar ninguna información del trabajo que se elabore o de las publicaciones que origine, con ninguno de los farmacéuticos participantes en el mismo.

Fdo.: Modesta Gil.

Co-directores:

Fernando Martínez-Martínez

Miquel Àngel Gastelurrutia.

En el documento se precisaba la fecha, hora, tiempo aproximado de la duración del Grupo Focal y lugar de reunión (día 15 de septiembre de 2011, a las 15h, a continuación de la reunión de Foro de AF en FC, con una duración prevista no superior a las dos horas, en Madrid en la calle Villanueva nº11).

Previamente a la realización del Grupo Focal, se preparó una guía de la entrevista^{186,280} para su utilización durante la reunión grupal. En la siguiente figura se muestra un esquema, resumen, de la misma.

Figura 12. Guía de la entrevista del Grupo Focal para determinar la importancia y factibilidad de los incentivos en la implantación del SFT. Septiembre 2011.

GUÍA DE LA ENTREVISTA DEL GRUPO FOCAL PARA DETERMINAR LA IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD DE LOS INCENTIVOS EN LA IMPLANTACIÓN DEL SFT. SEPTIEMBRE 2011

Conclusiones prácticas para materializar los resultados obtenidos en el FACTOR 1 del ATENCIÓN FARMACÉUTICAE: INCENTIVOS

A-Incentivos económicos

Pago por servicios que permita la implantación del SFT y su sostenibilidad

¿Cómo implantarlo?

A. Por parte de la Administración:

¿Está la Administración dispuesta a pagar nuevos SPF al farmacéutico?

¿ Sólo piensa la Administración en la reducción del gasto en medicamentos olvidando el establecimiento de incentivos positivos para favorecer el cambio o para financiar la implantación de nuevos SPF que, a medio-largo plazo pudieran suponer una mejora para los pacientes a la vez que un ahorro para el sistema?

¿Estaría dispuesta a realizar pago por servicios si el farmacéutico demuestra un ahorro económico y una disminución del número de medicamentos a utilizar por el paciente?

¿Cómo se realizaría el pago por servicios?:

- ✓ Pago por número de pacientes que reciban SFT.
- ✓ Establecimiento de un baremo por realización de SPF.
- ✓ Pago independiente del margen profesional.
- ✓ Pago adicional al margen profesional en función de los pacientes tratados.
- ✓ Pago por número de intervenciones.
- ✓ Pago por concierto o contrato con la Administración por ser una farmacia proveedora de SPF.

B. Por parte del paciente

- ✓ Pago por parte del paciente que recibe SFT.

Pago por estados de situación realizados.

C. Pago mixto

Co-pago por parte del paciente que recibe SFT.

El pago del SFT al farmacéutico puede ser:

- ✓ Pago del SFT al farmacéutico que lo realiza.
- ✓ Pago del SFT al farmacéutico titular, siendo éste el que pague el servicio al farmacéutico que lo lleva a cabo.

B-Reconocimiento profesional

Reconocimiento al esfuerzo realizado para la implantación de nuevos SPF con :

Acreditaciones

Facilitando asistencia a actividades formativas

Asistencia a congresos

Investigación

Que incrementen el curriculum profesional.

Este reconocimiento por la realización de SPF aumenta la autoestima del farmacéutico como profesional sanitario frente a la actividad, fundamentalmente distributiva, actual.

El contenido de la sesión se grabó íntegramente y se transcribió en su totalidad para un análisis posterior de contenido¹⁸⁴, utilizándose para ello el programa de software NVivo®¹⁸⁷.

En todo momento se garantizó la confidencialidad de las opiniones vertidas durante la realización del Grupo Focal, con la seguridad de que nadie podrá relacionar ninguna información del estudio, con ninguno de los farmacéuticos participantes en el mismo. Para ello, previamente, los miembros del Grupo habían firmado un documento de consentimiento informado (Figura 13).

Figura 13. Documento de consentimiento informado.

Documento de consentimiento informado

Yo, Dña./D.....

(Nombre y dos apellidos)

con DNI....., declaro conocer que Dña. Modesta Gil se encuentra realizando su tesis doctoral sobre el tema: "Priorización de Facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas". Dicha tesis doctoral está siendo realizada en la Universidad de Granada y está dirigida por el Dr. Fernando Martínez-Martínez y por el Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia.

Acepto colaborar en el citado estudio mediante mi participación en un Grupo Focal que será grabado en cinta magnetofónica.

Entiendo que los datos y la información que se obtengan de la misma serán tratados confidencialmente y su utilización se hará sólo a modo de información agregada, no pudiendo ser identificado en ningún momento como emisor de los mismos. Además, la información obtenida no se utilizará nunca de manera que pueda ser relacionada con mi persona.

Así pues, decido participar libremente en este estudio y acepto formar parte del Grupo Focal citado, siempre que se actúe cumpliendo el contenido de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD).

Fdo.:

En Madrid, a 15 de septiembre de 2011.

5.- Resultados

*"A veces, lo más duro no es dejar atrás el pasado,
sino aprender a empezar de cero."*

(Nicole Sobon)

5.1. Características socio demográficas y profesionales de la muestra

En la tabla 12 se muestran las características socio-demográficas y profesionales de la muestra.

Tabla 12. Descripción de la muestra.

	N	%
Sexo		
Hombre	61	30,5
Mujer	139	69,5
Categoría profesional		
Titular	151	75,5
Adjunto	44	22,0
Sustituto	5	2,5

5.2. Resultados de las preguntas del cuestionario

En la Tabla 13 se plasma la distribución de frecuencias, media, mediana y desviación típica para cada una de las 30 preguntas relacionadas con los facilitadores.

Si se tiene en cuenta el valor de la media, se observa que no existe mucha variabilidad en las respuestas, encontrándose casi todas las preguntas entre el valor 3 y 4 de la escala.

Tabla 13. Frecuencias, media, mediana y desviación típica.

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		NS/NC		Media	Mediana	Desv. Tip
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1-Es necesaria la modificación de pregrado universitaria para que esta sea mas clínica o asistencial	117	58,5%	35	17,5%	25	12,5%	6	3,0%	15	7,5%	2	1,0%	4,14	5	1,29
2-Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad	56	28,0%	36	18,0%	43	21,5%	19	9,5%	42	21,0%	4	2,0%	3,17	3	1,55
3-El apoyo de los directivos de la Administración (Ej. :(Cons.de Sanidad, Dir. Regional de salud, etc.) darían seguridad a la implantación de SFT	101	50,5%	36	18,0%	26	13,0%	14	7,0%	22	11,0%	1	0,5%	3,89	5	1,41
4-La implantación de SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario	156	78,0%	21	10,5%	9	4,5%	3	1,5%	10	5,0%	1	0,5%	4,54	5	1,07
5-Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio	87	43,5%	33	16,5%	40	20,0%	15	7,5%	24	12,0%	1	0,5%	3,71	4	1,42
6-Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento	109	54,5%	36	18,0%	25	12,5%	12	6,0%	18	9,0%	0	0,0%	4,03	5	1,31
7-La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no solo como una empresa	121	60,5%	34	17,0%	17	8,5%	11	5,5%	16	8,0%	1	0,5%	4,15	5	1,30
8-La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento.	87	43,5%	22	11,0%	40	20,0%	18	9,0%	29	14,5%	4	2,0%	3,54	4	1,56

Tabla 13. Frecuencias, media, mediana y desviación típica.

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		NS/NC		Media	Mediana	Desv. Tip
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
9-Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de	26	13,0%	17	8,5%	41	20,5%	27	13,5%	75	37,5%	14	7,0%	2,25	2	1,52
10- El SFT debería de ser gratuito para los pacientes y financiado por el Servicio Nacional de Salud.	133	66,5%	17	8,5%	23	11,5%	8	4,0%	14	7,0%	5	2,5%	4,16	5	1,40
11-Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio	61	30,5%	47	23,5%	21	10,5%	17	8,5%	52	26,0%	2	1,0%	3,21	4	1,62
12-Es necesario tener áreas semiprivadas o espacios adecuados específicos para la realización de SFT	114	57,0%	43	21,5%	20	10,0%	9	4,5%	14	7,0%	0	0,0%	4,17	5	1,21
13-Es necesaria la existencia de herramientas informáticas para la gestión del SFT	150	75,0%	26	13,0%	17	8,5%	2	1,0%	5	2,5%	0	0,0%	4,57	5	0,88
14-Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación de SFT	141	70,5%	37	18,5%	13	6,5%	4	2,0%	5	2,5%	0	0,0%	4,53	5	0,90
15- Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización	55	27,5%	29	14,5%	21	10,5%	13	6,5%	55	27,5%	27	13,5%	2,68	3	1,88
16-Debería existir un incentivo económico para la farmacia para que esta pueda implantar SFT	111	55,5%	23	11,5%	32	16,0%	6	3,0%	25	12,5%	3	1,5%	3,90	5	1,48

Tabla 13. Frecuencias, media, mediana y desviación típica.

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		NS/NC		Media	Mediana	Desv. Tip
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
17-El pago del servicio de SFT es necesario para que este se implante	61	30,5%	28	14,0%	38	19,0%	23	11,5%	46	23,0%	4	2,0%	3,12	3	1,60
18-El Consejo General como representante de todos los farmacéuticos es el que debe liderar la implantación de SFT	107	53,5%	36	18,0%	29	14,5%	5	2,5%	18	9,0%	5	2,5%	3,97	5	1,41
19- Seria necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar SFT	137	68,5%	28	14,0%	17	8,5%	4	2,0%	13	6,5%	1	0,5%	4,35	5	1,18
20-Es necesario que la Universidad promueva investigaciones sobre los resultados de SFT para que se consiga evidencia suficiente que demuestre la necesidad de esta nueva práctica	139	69,5%	36	18,0%	16	8,0%	2	1,0%	6	3,0%	1	0,5%	4,49	5	0,97
21-Existe demanda de SFT por parte de los pacientes.	59	29,5%	30	15,0%	48	24,0%	29	14,5%	34	17,0%	0	0,0%	3,26	3	1,45
22-Es preciso conseguir que los pacientes demanden el servicio de SFT para que este se implante de forma generalizada.	76	38,0%	60	30,0%	24	12,0%	15	7,5%	22	11,0%	3	1,5%	3,72	4	1,40
23-Reuniones conjuntas entre farmacéuticos y médicos contribuirían a implantar el SFT	127	63,5%	31	15,5%	20	10,0%	4	2,0%	16	8,0%	2	1,0%	4,22	5	1,29
24-El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT	21	10,5%	13	6,5%	41	20,5%	34	17,0%	79	39,5%	12	6,0%	2,14	2	1,43

Tabla 13. Frecuencias, media, mediana y desviación típica.

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		NS/NC		Media	Mediana	Desv. Tip
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
25-La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación de SFT.	139	69,5%	40	20,0%	7	3,5%	5	2,5%	9	4,5%	0	0,0%	4,48	5	1,01
26-Las sanciones por no realizar SFT facilitarían su implantación	29	14,5%	16	8,0%	20	10,0%	23	11,5%	106	53,0%	6	3,0%	2,11	1	1,54
27-Debería reconocerse el esfuerzo de la implantación de SFT con incentivos (por Ej., facilitando la asistencia a formación en actividad sobre farmacoterapia, etc.)	111	55,5%	35	17,5%	17	8,5%	11	5,5%	19	9,5%	7	3,5%	3,94	5	1,51
28-En caso de que no se realizara SFT, debería ser sancionado el farmacéutico.	9	4,5%	8	4,0%	16	8,0%	16	8,0%	142	71,0%	9	4,5%	1,50	1	1,13
29-Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SFT	152	76,0%	24	12,0%	11	5,5%	3	1,5%	10	5,0%	0	0,0%	4,53	5	1,03
30-Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre SFT.	153	76,5%	26	13,0%	12	6,0%	1	0,5%	7	3,5%	1	0,5%	4,57	5	0,96

En la tabla 14 se puede observar el porcentaje de distribución de las preguntas en cuatro grupos: **Acuerdo** (acumula los porcentajes de “muy de acuerdo” y “de acuerdo”), **Ni acuerdo ni desacuerdo** (indiferente), **Desacuerdo** (acumula los porcentajes de “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”) y **NS**.

Tabla 14. Porcentaje de distribución de respuestas con porcentajes acumulados.

Pregunta	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	NS
1-Es necesaria la modificación de pregrado universitaria para que esta sea mas clínica o asistencial	76,0%	12,5%	10,5%	1,0%
2-Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad	46,0%	21,5%	30,5%	2,0%
3-El apoyo de los directivos de la Administración (Ej. : (Cons.de Sanidad, Dir. Regional de salud, etc.) darían seguridad a la implantación de SFT	68,5%	13,0%	18,0%	0,5%
4-La implantación de SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario	88,5%	4,5%	6,5%	0,5%
5-Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio	60,0%	20,0%	19,5%	0,5%
6-Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento	72,5%	12,5%	15,0%	0,0%
7-La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no sólo como una empresa	77,5%	8,5%	13,5%	0,5%
8-La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento.	54,5%	20,0%	23,5%	2,0%
9-Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de la práctica de SFT	21,5%	20,5%	51,0%	7,0%

Pregunta	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	NS
10- El SFT debería de ser gratuito para los pacientes y financiado por el Servicio Nacional de Salud.	75,0%	11,5%	11,0%	2,5%
11-Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio	54,0%	10,5%	34,5%	1,0%
12-Es necesario tener áreas semiprivadas o espacios adecuados específicos para la realización del SFT	78,5%	10,0%	11,5%	0,0%
13-Es necesaria la existencia de herramientas informáticas para la gestión del SFT	88,0%	8,5%	3,5%	0,0%
14-Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación del SFT	89,0%	6,5%	4,5%	0,0%
15- Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización	42,0%	10,5%	34,0%	13,5%
16-Debería existir un incentivo económico para la farmacia para que esta pueda implantar SFT	67,0%	16,0%	15,5%	1,5%
17-El pago del servicio de SFT es necesario para que este se implante	44,5%	19,0%	34,5%	2,0%
18-El Consejo General como representante de todos los farmacéuticos es el que debe liderar la implantación del SFT	71,5%	14,5%	11,5%	2,5%
19- Sería necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar el SFT	82,5%	8,5%	8,5%	0,5%
20-Es necesario que la Universidad promueva investigaciones sobre los resultados del SFT para que se consiga evidencia suficiente que demuestre la necesidad de esta nueva práctica profesional	87,5%	8,0%	4,0%	0,5%

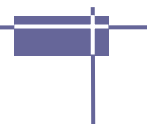
Pregunta	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	NS
21-Existe demanda del SFT por parte de los pacientes.	44,5%	24,0%	31,5%	0,0%
22-Es preciso conseguir que los pacientes demanden el servicio de SFT para que este se implante de forma generalizada.	68,0%	12,0%	18,5%	1,5%
23-Reuniones conjuntas entre farmacéuticos y médicos contribuirían a implantar el SFT	79,0%	10,0%	10,0%	1,0%
24-El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT	17,0%	20,5%	56,5%	6,0%
25-La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación del SFT.	89,5%	3,5%	7,0%	0,0%
26-Las sanciones por no realizar SFT facilitarían su implantación	22,5%	10,0%	64,5%	3,0%
27-Debería reconocerse el esfuerzo de la implantación del SFT con incentivos (por Ej., facilitando la asistencia a formación en actividad sobre farmacoterapia, etc.)	73,0%	8,5%	15,0%	3,5%
28-En caso de que no se realizara SFT, debería ser sancionado el farmacéutico.	8,5%	8,0%	79,0%	4,5%
29-Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre el SFT	88,0%	5,5%	6,5%	0,0%
30-Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre el SFT.	89,5%	6,0%	4,0%	0,5%

5.2.1 Preguntas con mayor porcentaje de desacuerdo

Los resultados de las preguntas con mayor porcentaje de desacuerdo se muestran en la tabla 15.

Tabla 15. Preguntas con mayor porcentaje de DESACUERDO.

Pregunta	Desacuerdo
28-En caso de que no se realizara SFT, debería ser sancionado el farmacéutico.	79,0%
26-Las sanciones por no realizar SFT facilitarían su implantación	64,5%
24-El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT	56,5%
9-Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de la práctica de SFT	51,0%
11-Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio	34,5%
17-El pago del servicio de SFT es necesario para que este se implante	34,5%
15- Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización	34,0%
21-Existe demanda de SFT por parte de los pacientes.	31,5%
2-Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad	30,5%



5.2.2 Preguntas con mayor porcentaje de acuerdo

Entre los ítems que acumulan mayor porcentaje de acuerdo y, por tanto, se perciben como mejor facilitador para la implantación del SFT están los que aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 16. Preguntas con mayor porcentaje de ACUERDO.

Pregunta	Acuerdo
25-La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación del SFT.	89,5%
30-Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre el SFT.	89,5%
14-Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación del SFT	89,0%
4-La implantación del SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario	88,5%
13-Es necesaria la existencia de herramientas informáticas para la gestión del SFT	88,0%
29-Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SFT	88,0%
20-Es necesario que la Universidad promueva investigaciones sobre los resultados del SFT para que se consiga evidencia suficiente que demuestre la necesidad de esta nueva práctica profesional	87,5%
19- Sería necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar el SFT	82,5%

5.2.3 Preguntas con mayor porcentaje de ni acuerdo ni desacuerdo

Las preguntas que han aglutinado mayor porcentaje en la opción de respuesta “ni acuerdo ni desacuerdo” son las que aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 17. Preguntas con mayor porcentaje de Ni Acuerdo ni Desacuerdo.

Pregunta	Ni acuerdo ni desacuerdo
21-Existe demanda del SFT por parte de los pacientes.	24,0%
2-Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad	21,5%
24-El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT	20,5%
9-Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de la práctica de SFT	20,5%
8-La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento.	20,0%
5-Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio	20,0%

5.2.4 Resultados de la pregunta abierta del cuestionario

Los resultados obtenidos tras el análisis de contenido de las respuestas a la pregunta abierta (pregunta número 31) cuya formulación era: ¿Qué aspectos cree que facilitarían la implantación del SFT en las farmacias comunitarias? son, por orden de importancia:

- Apoyo por parte del personal sanitario, con el consiguiente respaldo y concienciación de que el farmacéutico comunitario constituye un

elemento esencial para la salud del paciente. Es necesario conseguir que el farmacéutico forme parte del equipo de salud junto a médicos y personal de enfermería.

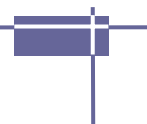
- Información de en qué consiste el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes y al personal sanitario, desde la propia institución farmacéutica, para que se genere una demanda de este Servicio.
- Eliminar el exceso de burocracia que disminuya el tiempo que el farmacéutico puede emplear en la realización de nuevos Servicios Profesionales.
- Es necesario el apoyo por parte de la Administración.
- Incentivar económicamente la realización de este servicio. Necesidad del pago por servicios para la implantación y sostenibilidad del SFT.
- Modificación a nivel Universitario de las prácticas en farmacias así como de los planes de estudio a fin de que la formación del farmacéutico sea más clínica.

5.3 Resultados por dimensiones

Este mismo análisis por pregunta, se hizo agrupando los resultados obtenidos por Dimensiones, considerándose Categoría como una agrupación de Dimensiones. Los resultados por dimensiones se muestran en la tabla 18:

Tabla 18. Resultados por dimensiones.

Categoría	Dimensión	Ni acuerdo ni				Media
		Acuerdo	desacuerdo	Desacuerdo	NS	
Farmacéutico		69,9%	13,2%	16,2%	0,7%	3,94
(7 preg)	Educación Clínica	61,0%	17,0%	20,5%	1,5%	3,65
	Mensaje de futuro	78,5%	8,8%	12,3%	0,5%	4,21
	Actitud	70,0%	13,7%	16,0%	0,3%	3,96
Farmacia		65,8%	12,5%	19,9%	1,8%	3,78
(7 preg)	Sistemas de remuneración	50,3%	17,3%	28,5%	3,8%	3,32
	Estructura	77,4%	8,9%	13,5%	0,3%	4,12
Profesión Farmacéutica		61,5%	13,7%	20,8%	4,0%	3,60
(5 preg)	Pago por Servicios	51,2%	15,2%	28,0%	5,7%	3,23
	Liderazgo del consejo	77,0%	11,5%	10,0%	1,5%	4,16
Investigación y práctica.		87,5%	8,0%	4,0%	0,5%	4,49
(1 preg)	Investigación y práctica.	87,5%	8,0%	4,0%	0,5%	4,49
Miscelánea		58,0%	10,8%	29,3%	2,0%	3,44
(10 preg)	Demanda por los pacientes	56,3%	18,0%	25,0%	0,8%	3,49
	Relaciones con los médicos	61,8%	11,3%	24,5%	2,3%	3,61
	Apoyo de la Administración	34,7%	8,8%	52,8%	3,7%	2,51
	Marketing de SFT	88,8%	5,8%	5,3%	0,3%	4,55



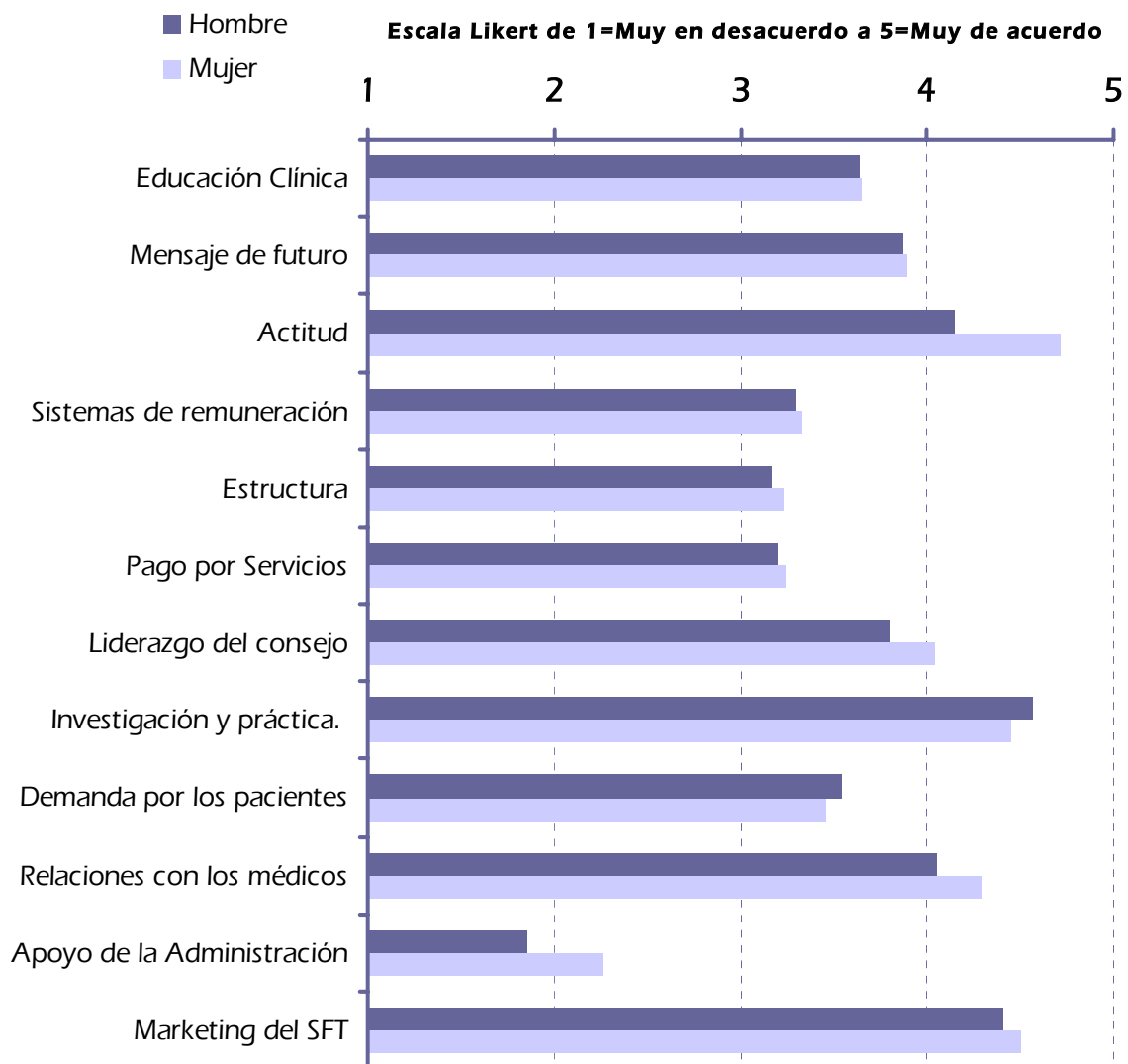
5.3.1 Resultados por dimensiones de la variable independiente sexo

La siguiente tabla muestra una comparativa de los resultados según las variables socio demográficas recogidas en el estudio.

Tabla 19. Resultados por dimensiones de la variable sexo.

Variable Sexo		Media	
Categoría	Dimensión	Hombre	Mujer
Farmacéutico		3,89	4,08
(7 preg)	Educación Clínica	3,64	3,65
	Mensaje de futuro	3,87	3,89
	Actitud	4,15	4,71
Farmacia		3,23	3,28
(7 preg)	Sistemas de remuneración	3,29	3,33
	Estructura	3,16	3,23
Profesión Farmacéutica		3,50	3,64
(5 preg)	Pago por Servicios	3,20	3,24
	Liderazgo del consejo	3,80	4,04
Investigación y práctica.		4,57	4,45
(1 preg)	Investigación y práctica.	4,57	4,45
Miscelánea		3,46	3,63
(10 preg)	Demanda por los pacientes	3,54	3,46
	Relaciones con los médicos	4,05	4,29
	Apoyo de la Administración	1,85	2,26
	Marketing del SFT	4,41	4,50

Figura 14. Promedio de acuerdo en cada dimensión según categoría sexo.



En la tabla 20 se ofrecen datos comparativos de la variable sexo para determinar si existen diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos. Se ha marcado de color rojo la casilla en la que existe diferencia significativa entre los grupos y de color verde aquellas en las que no existe diferencia. En color amarillo se marcan aquellas casillas en las que no podemos determinar si existen diferencias estadísticas significativas.

Tabla 20. Prueba de muestras independientes para la variable sexo.

	Prueba T para la igualdad de medias										
	F		Sig.		t	Gl	Sig. (bilateral)		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Educación clínica	,683	,410	,951	197	,343	,15594	,16405	-,16758	,47945		
Mensaje de futuro	,950	,331	-2,097	198	,037	-,31195	,14876	-,60530	,01860		
Actitud	,099	,754	-,272	198	,786	-,04299	,15813	-,35483	,26885		
Sistemas de remuneración	,004	,948	-,423	197	,673	-,06017	,14217	-,34053	,22019		
Estructura	,098	,754	-,839	198	,403	-,09090	,10839	-,30465	,12285		
Pago por servicios	,111	,739	-,928	197	,355	-,16431	,17710	-,51357	,18495		
Liderazgo del consejo	2,664	,104	,319	198	,750	,04446	,13942	-,23048	,31941		
Investigación y práctica			1,645	153,144	,102	,20396	,12401	-,04104	,44896		
Demanda por los pacientes	1,126	,290	,151	198	,880	,02300	,15236	-,27745	,32345		
Relaciones con los médicos	,066	,798	-1,820	198	,070	-,25431	,13976	-,52992	,02129		
Apoyo de la administración	,439	,508	-,746	196	,457	-,11864	,15914	-,43249	,19521		
Marketing de SFT	,780	,378	-,872	198	,384	-,12171	,13963	-,39706	,15364		

* Test de Levene para igualdad de varianzas: Se asumen varianzas iguales

El único factor relevante en la diferente opinión entre la variable Sexo es el referido al Mensaje de Futuro del SFT, en el que se observa que existen diferencias significativas entre las respuestas de los 2 grupos (marcado con el fondo rojo).

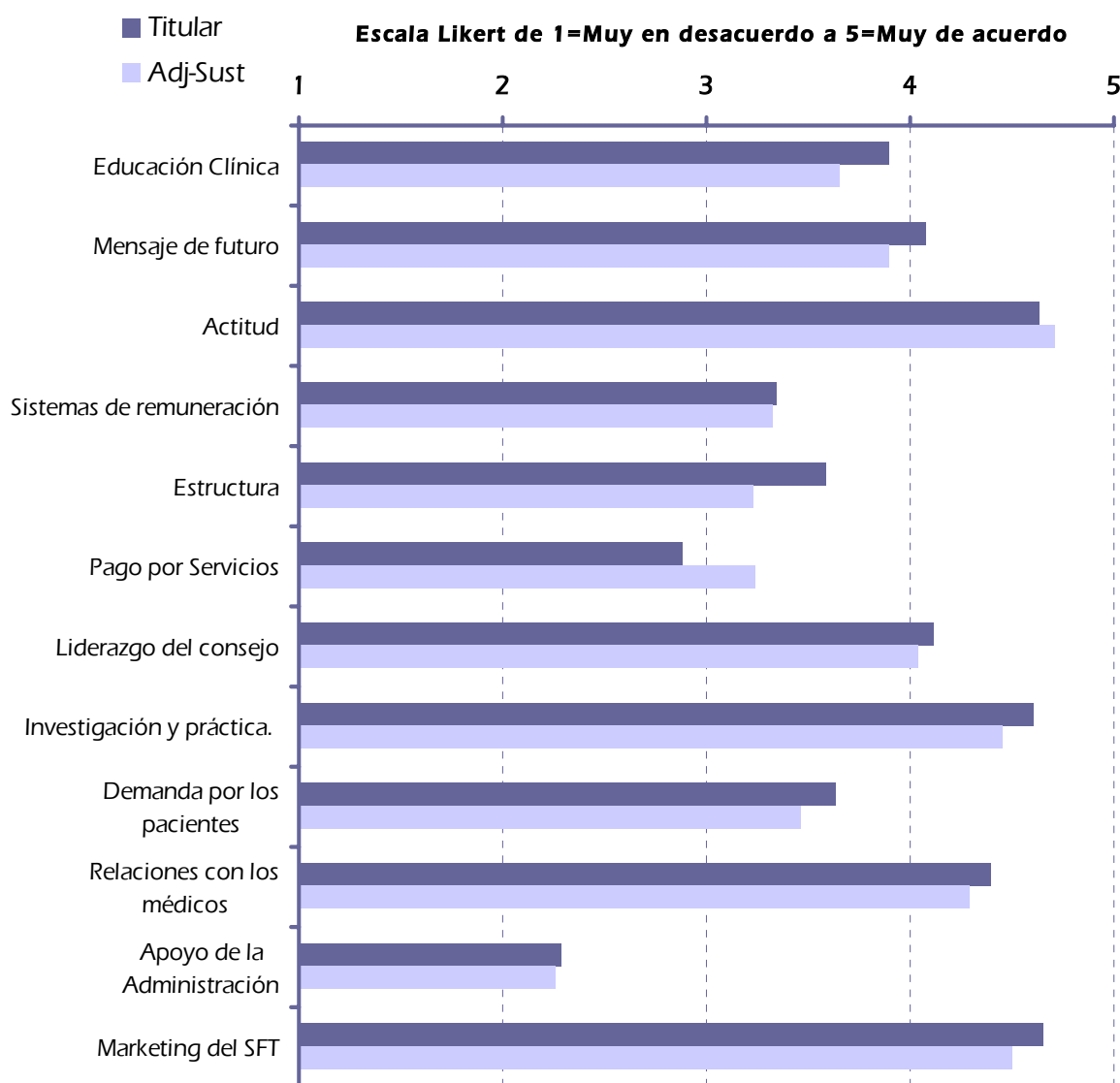
5.3.2 Resultados por dimensiones de la variable categoría profesional

Atendiendo a la categoría profesional, los resultados por dimensiones quedan como muestra la tabla 21:

Tabla 21. Resultados por dimensiones de la variable Categoría Profesional.

Variable Categoría Profesional		Media	
Categoría	Dimensión	Titular	Adj-Sust
Farmacéutico		3,97	4,20
(7 preg)	Educación Clínica	3,89	3,65
	Mensaje de futuro	4,08	3,89
	Actitud	4,63	4,71
Farmacia		3,47	3,28
(7 preg)	Sistemas de remuneración	3,35	3,33
	Estructura	3,59	3,23
Profesión Farmacéutica		3,63	3,50
(5 preg)	Pago por Servicios	2,88	3,24
	Liderazgo del consejo	4,12	4,04
Investigación y práctica.		4,44	4,61
(1 preg)	Investigación y práctica.	4,61	4,45
Miscelánea		3,74	3,63
(10 preg)	Demanda por los pacientes	3,63	3,46
	Relaciones con los médicos	4,39	4,29
	Apoyo de la Administración	2,29	2,26
	Marketing del SFT	4,65	4,50

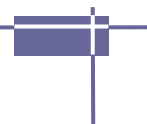
Figura 15. Promedio de acuerdo en cada dimensión según categoría contrato profesional.



En la tabla 22 se ofrecen datos comparativos de la variable Categoría Profesional para determinar si existen diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos. Se ha marcado de color rojo la casilla en la que existe diferencia significativa entre los grupos y de color verde aquellas en las que no existe diferencia.

Tabla 22. Prueba de muestras independientes para la variable Categoría Profesional.

	Prueba T para la igualdad de medias												
	F		Sig.		t		Gl		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Educación clínica			1,447	98,900	,151	,22776	,15744	-,08465	,54016				
Mensaje de futuro	3,384	,067	1,090	198	,277	,17502	,16052	-,14153	,49157				
Actitud			2,700	103,900	,008	,39683	,14698	,10537	,68830				
Sistemas de remuneración	,148	,701	2,657	197	,009	,40013	,15061	,10313	,69714				
Estructura	,005	,942	1,153	198	,250	,13357	,11585	-,09489	,36202				
Pago por servicios	,216	,642	,367	197	,714	,07016	,19122	-,30693	,44725				
Liderazgo del consejo	1,023	,313	-,641	198	,522	-,09555	,14913	-,38965	,19854				
Investigación y práctica	3,234	,074	,922	197	,357	,13891	,15060	-,15808	,43591				
Demanda por los pacientes	,412	,522	,876	198	,382	,14259	,16279	-,17844	,46362				
Relaciones con los médicos	2,883	,091	1,678	198	,095	,25134	,14979	-,04406	,54674				
Apoyo de la administración	1,742	,188	2,037	196	,043	,34372	,16873	,01097	,67647				
Marketing del SFT			1,878	119,609	,063	,23138	,12323	-,01262	,47538				



5.4. Análisis de Correlaciones múltiples

La primera fase para determinar la validez de constructo se llevó a cabo a través de un análisis de correlaciones múltiples entre los ítems de cada una de las dimensiones y de estos con el total de preguntas del cuestionario

En la Tabla 23 se presentan todas las correlaciones estudiadas, aportando el valor del coeficiente Rho de Spearman y el nivel de significación estadística.

Tabla 23. Correlaciones múltiples.

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
P1	C. Correlación	1,00																													
	Sig. (Bilateral)																														
P2	C. Correlación	0,23	1,00																												
	Sig. (Bilateral)	0,00																													
P3	C. Correlación	0,32	0,30	1,00																											
	Sig. (Bilateral)	0,00	0,00																												
P4	C. Correlación	0,22	0,16	0,34	1,00																										
	Sig. (Bilateral)	0,00	0,03	0,00																											
P5	C. Correlación	0,38	0,21	0,29	0,39	1,00																									
	Sig. (Bilateral)	0,00	0,01	0,00	0,00																										
P6	C. Correlación	0,19	0,29	0,25	0,36	0,42	1,00																								
	Sig. (Bilateral)	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00																									
P7	C. Correlación	0,15	0,25	0,25	0,35	0,22	0,58	1,00																							
	Sig. (Bilateral)	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																								
P8	C. Correlación	0,06	-	0,01	0,21	0,08	0,16	0,16	1,00																						
	Sig. (Bilateral)	0,24	0,21	0,48	0,01	0,17	0,03	0,03																							
P9	C. Correlación	0,12	0,10	0,09	0,09	0,16	0,24	0,24	0,04	1,00																					
	Sig. (Bilateral)	0,08	0,11	0,14	0,16	0,03	0,00	0,00	0,31																						
P10	C. Correlación	0,05	-	0,08	0,16	0,10	0,15	0,16	0,16	0,14	1,00																				
	Sig. (Bilateral)	0,30	0,43	0,17	0,03	0,12	0,04	0,03	0,04	0,05																					
P11	C. Correlación	0,23	0,20	0,20	0,16	0,10	0,09	0,11	0,22	0,11	0,23	1,00																			
	Sig. (Bilateral)	0,00	0,01	0,01	0,04	0,13	0,14	0,11	0,00	0,10	0,00																				
P12	C. Correlación	-	0,05	0,15	-	0,14	0,08	-	0,12	0,02	0,03	0,03	1,00																		
	Sig. (Bilateral)	0,39	0,30	0,04	0,46	0,06	0,18	0,32	0,08	0,42	0,35	0,35																			
P13	C. Correlación	0,03	0,04	0,13	0,20	0,15	0,20	0,11	0,23	0,05	0,06	0,11	0,14	1,00																	
	Sig. (Bilateral)	0,38	0,34	0,07	0,01	0,04	0,01	0,10	0,00	0,27	0,23	0,10	0,05																		
P14	C. Correlación	-	0,14	0,06	0,04	0,10	0,28	0,19	0,11	0,08	-	-	0,23	0,23	1,00																
	Sig. (Bilateral)	0,10	0,05	0,24	0,33	0,13	0,00	0,01	0,09	0,19	0,27	0,47	0,00	0,00																	
P15	C. Correlación	0,03	0,23	0,14	0,13	0,06	0,19	0,26	0,01	0,14	0,09	0,27	0,04	0,11	0,28	1,00															
	Sig. (Bilateral)	0,36	0,00	0,05	0,06	0,24	0,01	0,00	0,46	0,06	0,16	0,00	0,31	0,11	0,00																
P16	C. Correlación	0,09	0,10	0,12	0,22	0,22	0,25	0,28	0,49	0,13	0,16	0,18	-	0,26	0,02	0,12	1,00														
	Sig. (Bilateral)	0,14	0,12	0,08	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,07	0,03	0,02	0,41	0,00	0,43	0,08															
P17	C. Correlación	0,04	0,03	-	0,15	0,13	0,13	0,11	0,55	0,12	0,07	0,20	0,02	0,19	0,08	0,05	0,59	1,00													
	Sig. (Bilateral)	0,31	0,35	0,34	0,04	0,07	0,06	0,10	0,00	0,08	0,22	0,01	0,42	0,01	0,18	0,27	0,00														
	C. Correlación								-																						
		0,18	0,37	0,24	0,22	0,06	0,31	0,33		0,24	0,07	0,13	0,13	0,07	0,05	0,15	0,16	0,04	1,00												

PRIORIZACIÓN DE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
P19	C. Correlación	0,01	0,24	0,18	0,00	0,25	0,07	0,00	0,06	0,03	0,01	0,12	0,25	0,16	0,05	0,05	0,27	0,08	0,06	1,00											
	Sig. (Bilateral)	0,45	0,00	0,02	0,48	0,00	0,23	0,49	0,25	0,36	0,46	0,08	0,00	0,03	0,26	0,28	0,00	0,19	0,26												
P20	C. Correlación	0,17	0,23	0,19	0,15	0,15	0,17	0,18	0,07	0,08	0,23	0,13	0,06	0,07	0,01	0,16	0,25	0,08	0,10	0,34	1,00										
	Sig. (Bilateral)	0,02	0,00	0,01	0,05	0,04	0,02	0,02	0,22	0,16	0,00	0,07	0,25	0,21	0,43	0,03	0,00	0,17	0,12	0,00											
P21	C. Correlación	0,22	0,10	0,02	0,27	0,20	0,27	0,30	0,08	0,18	0,16	0,06	0,14	0,13	0,11	0,09	-	-	0,13	0,04	-	1,00									
	Sig. (Bilateral)	0,00	0,11	0,43	0,00	0,01	0,00	0,00	0,18	0,02	0,03	0,25	0,06	0,07	0,10	0,14	0,41	0,22	0,07	0,33	0,34										
P22	C. Correlación	0,26	0,08	0,15	0,15	0,11	0,16	0,19	0,00	-	0,01	-	0,01	0,07	0,12	0,19	0,06	0,07	0,23	0,00	0,22	0,01	1,00								
	Sig. (Bilateral)	0,00	0,18	0,04	0,04	0,10	0,03	0,01	0,49	0,44	0,44	0,47	0,44	0,22	0,08	0,01	0,24	0,20	0,00	0,50	0,01	0,45									
P23	C. Correlación	0,22	0,19	0,13	0,22	0,17	0,26	0,21	0,05	0,13	0,09	0,02	0,11	0,22	0,15	0,24	0,09	0,08	0,23	0,01	0,22	0,16	0,26	1,00							
	Sig. (Bilateral)	0,01	0,01	0,07	0,00	0,02	0,00	0,01	0,30	0,06	0,15	0,43	0,10	0,01	0,04	0,00	0,16	0,19	0,00	0,47	0,01	0,03	0,00								
P24	C. Correlación	-	0,04	0,00	0,07	-	0,01	0,03	0,03	0,03	0,19	0,02	-	0,08	0,13	0,17	-	-	0,02	-	0,00	0,04	0,20	0,23	1,00						
	Sig. (Bilateral)	0,03	0,32	0,49	0,21	0,09	0,45	0,35	0,37	0,34	0,01	0,41	0,46	0,19	0,06	0,03	0,39	0,19	0,43	0,20	0,48	0,34	0,01	0,00							
P25	C. Correlación	0,14	0,09	0,17	0,17	0,13	0,21	0,29	0,22	0,03	0,17	-	0,07	0,15	0,09	0,20	0,21	0,18	0,15	0,00	0,23	0,15	0,28	0,41	0,22	1,00					
	Sig. (Bilateral)	0,06	0,14	0,03	0,03	0,06	0,01	0,00	0,01	0,36	0,02	0,26	0,22	0,04	0,14	0,01	0,01	0,02	0,04	0,48	0,00	0,05	0,00	0,00							
P26	C. Correlación	0,16	0,14	0,03	0,11	0,07	0,10	0,05	-	0,07	0,09	0,30	0,04	0,15	0,24	0,23	0,16	0,07	0,14	0,09	0,16	0,10	0,12	0,19	0,06	0,10	1,00				
	Sig. (Bilateral)	0,03	0,05	0,38	0,11	0,22	0,13	0,29	0,27	0,22	0,16	0,00	0,32	0,04	0,00	0,00	0,03	0,22	0,05	0,14	0,03	0,12	0,09	0,01	0,24	0,12					
P27	C. Correlación	0,02	0,14	0,10	0,22	0,16	0,28	0,33	0,32	0,18	0,13	0,12	-	0,27	0,07	0,18	0,51	0,37	0,29	0,18	0,19	0,08	0,20	0,26	0,03	0,38	0,24	1,00			
	Sig. (Bilateral)	0,43	0,05	0,12	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,02	0,06	0,09	0,41	0,00	0,22	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,17	0,01	0,00	0,39	0,00	0,00				
P28	C. Correlación	0,06	0,12	-	0,13	0,13	0,18	0,10	-	-	0,09	0,18	0,02	0,13	0,19	0,21	0,15	0,07	0,08	0,02	0,09	0,24	0,04	0,23	0,09	0,10	0,61	0,19	1,00		
	Sig. (Bilateral)	0,25	0,08	0,14	0,06	0,07	0,02	0,13	0,27	0,37	0,16	0,02	0,42	0,07	0,01	0,01	0,04	0,22	0,17	0,39	0,14	0,00	0,32	0,00	0,16	0,13	0,00	0,01			
P29	C. Correlación	0,12	0,17	0,15	0,52	0,26	0,24	0,33	0,23	-	0,23	0,08	0,18	0,27	0,08	0,14	0,26	0,12	0,28	0,16	0,18	0,34	0,21	0,29	0,25	0,37	0,16	0,33	0,17	1,00	
	Sig. (Bilateral)	0,09	0,02	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	0,17	0,02	0,00	0,17	0,05	0,00	0,08	0,00	0,04	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03		
P30	C. Correlación	0,16	0,18	0,12	0,42	0,25	0,33	0,30	0,18	0,00	0,20	0,13	0,18	0,20	0,09	0,18	0,21	0,06	0,31	0,16	0,27	0,28	0,28	0,28	0,21	0,46	0,17	0,31	0,16	0,74	1,00
	Sig. (Bilateral)	0,03	0,02	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,49	0,01	0,07	0,02	0,01	0,15	0,02	0,01	0,25	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	

5.5 Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Se obtuvo una solución con cuatro factores tal como se muestra en la siguiente tabla de Matriz de componentes (Matriz de la estructura factorial)²⁸¹.

Tabla 24. Matriz de componentes.

MATRIZ DE COMPONENTES	FACTOR			
	1	2	3	4
Debería existir un incentivo económico para la farmacia para que esta pueda implantar SFT (16)	.818	.012	-.046	-.101
La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento. (8)	.711	.025	-.047	.053
El pago del servicio de SFT es necesario para que este se implante (17)	.690	-.099	.027	-.003
Debería reconocerse el esfuerzo de la implantación de SFT con incentivos (por Ej., facilitando la asistencia a formación en actividad sobre farmacoterapia, etc.) (27)	.548	.128	.092	-.040
Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SFT (29)	.052	.842	-.086	-.048
Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre SFT. (30)	-.063	.767	-.008	-.069
La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación de SFT. (25)	.030	.377	.040	.047
Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización (15)	.038	.019	.542	.078
Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad (2)	-.092	.019	.539	-.033
El Consejo General como representante de todos los farmacéuticos es el que debe liderar la implantación de SFT (18)	-.064	.120	.433	-.122
Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio (11)	.120	-.115	.431	.003
Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento (6)	-.015	-.009	.168	.652
Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio (5)	-.006	-.061	-.120	-.603
La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no solo como una empresa (7)	.151	.022	.232	-.455
La implantación de SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario (4)	.031	.107	-.014	-.424
ALPHA	0.787	0.654	0.556	0.642

Se excluye el factor 5, porque a pesar de tener un eigenvalue superior a 1 (1.004), al desarrollar la solución incluyéndolo sólo contiene dos ítems, cuando el mínimo de ítems por factor debe ser de tres²⁸².

En uno de los factores, el Factor 3, se aceptó un α -Cronbach de 0,557 ya que cumplía con el resto de los criterios de inclusión y resultaba un factor muy interesante dada la función exploratoria del estudio.

La mejor interpretabilidad se obtuvo cuando se utilizó un método de extracción de Factorización del eje principal (PAF) con rotación *Direct Oblimin* que explicaba el 40,0% de la varianza (Tabla 25).

Tabla 25. Matriz de la estructura factorial.

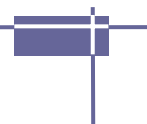
Factor	Autovalores Iniciales			Suma de Saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de Saturaciones al cuadrado de la Rotación
	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% Varianza	% Acumulado	Total
	1	3,167	21,111	21,111	2,629	17,258	17,258
2	2,096	13,972	35,083	1,635	10,899	28,427	1,685
3	1,625	10,830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

Extraction Method: Principal Axis Factoring

Los cuatro factores resultantes se etiquetaron de la siguiente manera (Tabla 26):

Tabla 26. Factores resultantes del AFE.

Factor	Descripción
	Incentivos
Factor 1	Fundamentalmente incluye incentivos económicos aunque también hace referencia a otro tipo de reconocimiento profesional, si bien este contribuye menos a la carga del factor.
	Campañas externas
Factor 2	Los farmacéuticos demandan campañas externas para promocionar el SFT y conseguir que éste sea conocido por la población y los agentes sanitarios. Este factor incluye la cooperación con los médicos porque los farmacéuticos valoran mucho la necesidad de esta colaboración interprofesional.
	Experto en SFT
Factor 3	Los farmacéuticos creen que es precisa una formación adicional para la realización del SFT. En este factor se incluye el liderazgo del Consejo General ya que es la organización que debe liderar el cambio y por tanto el organismo que debe decidir el tipo de formación necesaria.
	Profesionalidad del farmacéutico
Factor 4	La implantación del SFT contribuye a que se entienda la farmacia como un establecimiento sanitario y al farmacéutico como un profesional de la salud.



5.6 GRUPO FOCAL

El Grupo se celebró el día 15 de septiembre de 2011. Dio comienzo a las 15h, tras la finalización de una reunión de trabajo de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro de AF en FC)²⁶¹ y finalizó a las 16h18, con una duración de setenta y ocho minutos. Tuvo lugar en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos sito en Madrid en la calle Villanueva 11.

En la reunión grupal participaron 8 farmacéuticos, todos ellos pertenecientes a Foro de AF en FC, junto al coordinador del grupo focal y una observadora, ambos pertenecientes al equipo investigador.

En general, los participantes coinciden en la importancia de implantar Servicios Profesionales como la mejor manera de avanzar en el desarrollo profesional del farmacéutico y en la evolución hacia la necesaria profesionalización de la farmacia comunitaria, apostando por una actividad más asistencial de este profesional.

Sin embargo, se recuerda que los Servicios Farmacéuticos no están implantados de una manera generalizada en la farmacia comunitaria. En este sentido, se constata la necesidad de realizar campañas externas para dar a conocer los nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) tanto a los profesionales o agentes de salud (médicos y personal de enfermería) como a la sociedad en general (usuarios de la farmacia o pacientes) y a la Administración sanitaria.

“...mientras ni la sociedad ni los médicos ni nadie sepa que se puede hacer algo diferente desde la farmacia y la farmacia no sea reconocida como un centro de atención, tampoco avanzamos.”

Para el farmacéutico comunitario constituye una preocupación que el colectivo médico desconozca en qué consiste el Seguimiento Farmacoterapéutico ya que se considera que la colaboración con estos profesionales es imprescindible para la implantación del mencionado Servicio.

De hecho, se afirma que por parte de los farmacéuticos comunitarios existe miedo a que los médicos puedan considerar la realización de este Servicio como intrusismo profesional, debido precisamente al desconocimiento que, sobre el mismo, existe en el colectivo médico.

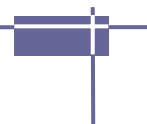
Sin embargo, se recuerda que se ha demostrado que cuando los médicos ven los beneficios que se obtienen en la salud de los pacientes que están utilizando el servicio de SFT, son cada vez más receptivos a las intervenciones de los farmacéuticos sobre aspectos relacionados con su medicación.

Del mismo modo, se recuerda que difícilmente los pacientes que acuden a una farmacia podrán sentir la “necesidad” de solicitar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico si ignoran su existencia. De ahí la importancia de realizar campañas de marketing, a las que en nuestro estudio hemos denominado, “realización de campañas externas”, para dar a conocer tanto el servicio como sus beneficios en salud. En este sentido, se afirma que si la población conociera en qué consiste el Seguimiento Farmacoterapéutico y que su práctica ayuda a que los medicamentos que utilizan los pacientes sean efectivos y seguros, probablemente se demandaría. De hecho, se afirma que se ha comprobado que el SFT es muy valorado por los pacientes que lo reciben.

Sin embargo, actualmente, los pacientes van a la farmacia a «comprar» medicamentos y productos de parafarmacia, así como pedir consejo sobre síntomas menores, percibiendo al farmacéutico, sobre todo, como proveedor de medicamentos y productos sanitarios, aunque confían en él y valoran su accesibilidad.

En la reunión se puso de manifiesto que para que la farmacia sea reconocida como un verdadero centro sanitario, precisa que estos Servicios se provean de una manera generalizada y sean comprendidos como tales.

Se recuerda que estas campañas de marketing, también deben ir dirigidas a la Administración Sanitaria que, finalmente, es la encargada del pago por la dispensación del medicamento. Se afirma que el conocimiento por parte del Sistema Nacional de Salud de estos nuevos SPF, hará que se adquiera conciencia



de que además de los beneficios derivados de los mismos para la salud de sus pacientes, éstos implican un ahorro significativo para la Administración Sanitaria. Se considera, por tanto, que una vez conocido el Seguimiento Farmacoterapéutico, la demanda del Servicio podía ser generada por el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, se opina que esa situación es en cierto modo lejana ya que hasta el momento actual el Sistema Sanitario ha considerado al farmacéutico comunitario casi exclusivamente como un mero distribuidor de medicamentos:

“...A ver, es que lo que se le está demandando por parte de la entidad pagadora al farmacéutico es la distribución pura y dura...”

Se afirma que esto es consecuencia de que actualmente la imagen que proyecta el farmacéutico comunitario no es la del profesional sanitario que debería ser. De hecho, se manifiesta que ante los pacientes y la Administración se está dando una imagen que impide que se le incluya como parte integrante del equipo de salud. Incluso se comenta que, en alguna comunidad autónoma, se van a contratar farmacéuticos para hacer Seguimiento a pacientes polimedicados y, sin embargo, no se ha contado con los farmacéuticos comunitarios. Es decir, se reconoce que es necesario hacer Seguimiento y que es algo positivo para la salud de los pacientes, pero queda en duda el reconocimiento del farmacéutico comunitario como profesional sanitario capaz de llevar a cabo este cometido. En este sentido, y tratando de buscar una explicación a este hecho, se opina que quizás la causa sea la orientación eminentemente comercial que proyecta la farmacia y que convierte la imagen del farmacéutico en la de un “tendero”.

“...¿Por qué no se fían y por qué se conforman con que seamos solamente entregadores de medicamentos? Pues yo eso lo relaciono con el tema de la imagen que proyectamos, y la imagen que proyectamos es de tenderos...”

Algunos participantes opinan que una forma de modificar esta imagen del farmacéutico, es conseguir demostrar, mediante campañas, que este

profesional está dispuesto a realizar nuevos Servicios Profesionales. Estos servicios, además de exigir una mayor responsabilidad clínica al farmacéutico, generan beneficios para la salud y para la calidad de vida del paciente, así como ahorros económicos para la Administración sanitaria. Además, todo ello podría hacer que el resto de sanitarios considere al farmacéutico comunitario como un profesional de la salud y no como un empresario que se beneficia de dispensar las recetas que ellos prescriben a “sus” pacientes.

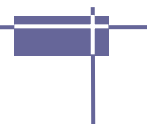
Sin embargo, otros participantes consideran que, aunque las campañas de marketing pueden beneficiar la imagen del farmacéutico como agente sanitario, no tienen que implicar directamente la potenciación del SFT como Servicio. De hecho, se recuerda que no todos los farmacéuticos de hospital ni los de primaria hacen Seguimiento Farmacoterapéutico.

A partir de considerar la importancia de realizar de una manera organizada y estructurada diferentes Campañas Externas destinadas a dar a conocer y difundir el Seguimiento Farmacoterapéutico, algunos participantes discuten sobre si es conveniente realizarlas antes o después de que el servicio del SFT esté implantado. En este sentido unos participantes opinan que si el SFT no está implantado y se genera demanda de algo inexistente, el resultado puede ser contraproducente. De hecho se afirma que si no se ha comenzado a realizar el SFT, es porque el farmacéutico, en general, no está profesionalmente preparado para su realización o tiene un desconocimiento claro sobre el propio Servicio.

“...campañas externas si no hay una base previa... si no existe el servicio qué vas a vender.”

“... yo creo que hacer una campaña antes de que el servicio tenga una base crítica de implantación,... igual es más negativo que positivo.”

Por el contrario, otros participantes creen que este tipo de campañas de promoción del Seguimiento Farmacoterapéutico contribuyen al proceso de implantación del Servicio. En este sentido se afirma que una vez que tanto la



población como el resto de profesionales sanitarios y el SNS conozcan los posibles beneficios en salud derivados del Servicio, se generará una demanda que favorecerá su implantación.

“...Y las campañas externas me parecen también importantísimas, porque pueden generar demanda ...”

Se opina también que, junto a lo expuesto anteriormente, es necesario que exista cada día un mayor número de farmacéuticos que lo realicen. De esta forma se conseguirá que el SFT sea conocido y, por consiguiente, demandado al demostrarse los beneficios obtenidos en el paciente que lo recibe.

“...Y que haya una masa crítica, o sea, que haya muchos farmacéuticos que lo hagan y que lo demuestren, que sea reconocido además, que sea un servicio que sea conocido por la sanidad.”

Los participantes consideran que además de las campañas de marketing para dar a conocer el SFT, la realización del propio Seguimiento Farmacoterapéutico podría ayudar a generar la demanda del Servicio por parte de los pacientes. Se afirma que, ambas acciones, hacer SFT y realizar campañas de marketing, son compatibles y complementarias y favorecen la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico a través de un aumento de su demanda.

“...no creo que en estos momentos vayamos a esperar que venga del Sistema, sino que será más fácil que a través de campañas, o de ponernos a hacer el Seguimiento, el propio paciente sea el que lo vaya demandando, se vaya extendiendo y vaya a lo mejor llegando hasta el cliente o Sistema que será el que al final nos obligue...”

De una manera más específica, algunos de los participantes consideran, además, que en el caso de que en el concierto con el Sistema Nacional de Salud (SNS) se exigiera la realización del SFT, el farmacéutico comunitario realizaría la provisión del Servicio ya que ello supondría un incremento en sus ingresos al recibir un pago adicional por los pacientes que tuviera en SFT. De modo que, si

en algún concierto con el SNS se firmara la obligatoriedad de implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico, el farmacéutico realizaría el reciclaje necesario para implantarlo. Se llegó a considerar que quizá sería favorable para la implantación del SFT la imposición desde fuera, por el Sistema Nacional de Salud siempre que fuera asociada al pago por realizar el Servicio.

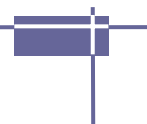
“...estamos perfectamente preparados, yo no sé conducir camiones, pero si me dicen que para seguir concertado tengo que aprender, yo en dos semanas saco el carné de camión y conduzco camiones y no pasa nada.”

Otro de los asuntos planteados es si es necesario un experto en SFT para implantar el Servicio. Se afirma que el farmacéutico siente la falta de una formación más clínica. Por ello se opina que es preciso que la Universidad reoriente tanto la formación de pregrado como la de postgrado, a fin de que el farmacéutico comunitario adquiera no sólo conocimientos sino habilidades y competencias para que pueda implantar el SFT.

En cuanto al pregrado, se manifiesta que es esencial que de la facultad se salga sabiendo realizar servicios de Atención Farmacéutica ya que, hasta ahora, la formación universitaria no ha cambiado y los futuros farmacéuticos siguen teniendo una formación orientada al medicamento en lugar de al paciente. Se afirma que éste constituye un tema muy importante a resolver para que los nuevos farmacéuticos salgan de la facultad capacitados para implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Así mismo, se comenta que este cambio en la formación es imprescindible para que el farmacéutico se sienta seguro ante el cambio. Algunos participantes comentaban que *“existe información, pero no formación”* y que al final no se hacen las cosas porque no se sabe cómo hacerlas, en contradicción a otras opiniones de participantes que afirman que se sabe, pero no se hace.

“...Yo es que creo que a pesar de que todos estos años hemos estado intentando cambiar la orientación de la farmacia, la formación



universitaria, que es la primera que todos tenemos no ha cambiado en absoluto. Por lo tanto siguen saliendo farmacéuticos con la misma formación o aproximada a la que salimos nosotros que para nada se hablaba del paciente y del tratamiento general y, por lo tanto, esa evolución no se ha ido llevando en paralelo, y por eso nos hemos quedado también muy atascados.”

Se opina que es precisa una formación adicional para la realización del SFT y que debería existir algún título que reconozca bien la acreditación, bien la capacitación de la persona que lo va a proveer, poniéndose como ejemplo el título de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico impartido en algunas Facultades de Farmacia.

En el caso de que esta acreditación no se obtuviera a través del Ministerio de Educación o Ministerio de Sanidad, se opina que, posiblemente el organismo que tiene más reconocimiento, en este momento, es el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y por tanto, el organismo que debería encargarse de dichas acreditaciones. También se considera la opción de que las encargadas de esa tarea sean las Sociedades científicas, como SEFAC.

“...En cuanto a experto yo creo que de las facultades tendríamos que salir para saber hacer esto que hemos estado contando hoy, que parece que es esencial, que es eso lo que hay que resolver...”

“...de la facultad, tendríamos que... salir sabiendo hacer algo o sino como el carné de conducir, que te enseñan un poquito y cuando sales será cuando te ruedas.”

Se recuerda que a nivel europeo, el tema de formación va a cambiar mucho y que se van a reconocer no sólo los conocimientos adquiridos, sino las competencias de las personas. Es decir, que si una persona demuestra que sabe realizar una práctica profesional determinada, del tipo que sea, y se le reconoce esta capacidad o competencia para su realización, no debería necesitar más

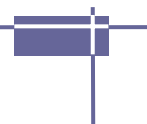
requisitos. En este sentido se opina que la mejor manera de considerar que un farmacéutico comunitario posee los conocimientos adecuados y las competencias suficientes para hacer SFT, es que lo demuestre realizándolo. Sin embargo, algunos participantes, a diferencia de lo comentado anteriormente, opinan que como el Seguimiento Farmacoterapéutico se aprende haciéndolo no es precisa ninguna formación adicional, ni siquiera en la Universidad.

En cuanto a la profesionalidad del farmacéutico, dado que, actualmente, la titularidad de la farmacia está ligada a un farmacéutico, se espera que éste actúe como el profesional sanitario que es, y que además de realizar una correcta conservación, custodia, distribución y dispensación de los medicamentos, implante nuevos Servicios Profesionales.

Se afirma que el farmacéutico que se siente comprometido como profesional sanitario está más predispuesto a la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico ya que este Servicio está orientado a mejorar la salud del paciente mediante un uso adecuado, seguro y eficaz de su medicación. Además, se opina que la realización del mismo contribuye a que la sociedad entienda la farmacia como un establecimiento sanitario y al farmacéutico como un profesional de la salud.

“...Y en cuanto a la profesionalidad del farmacéutico, evidentemente el Seguimiento Farmacoterapéutico, da un marchamo delante de la profesión y delante de la sociedad de farmacéutico puntero, farmacéutico vanguardista, ¿no?”

Sin embargo, se recuerda que, a pesar de los años que han pasado desde que se comenzó a hablar del SFT, el Servicio sigue sin extenderse de forma generalizada. Incluso se comenta que existen farmacéuticos que antes lo realizaban y ahora no. Se explica que este hecho puede deberse a que, hasta ahora, los farmacéuticos que habían implantado el Seguimiento Farmacoterapéutico habían realizado este esfuerzo a costa de su propio tiempo y dinero, por su propia satisfacción profesional y para demostrar que son necesarios en el control y uso del medicamento y para la consiguiente mejora



de la salud del paciente, Este esfuerzo conlleva un desgaste que puede conducir a una situación de cansancio o *burnout* que hace que el farmacéutico pueda desmotivarse y deje de realizar el Servicio, además del coste económico que supone la implantación y sostenibilidad del SFT, sin ninguna compensación o contraprestación económica.

Por todo ello, se afirma que aunque tanto la realización de campañas de marketing como la existencia de un farmacéutico profesional, preparado y acreditado para realizar Servicios Profesionales Farmacéuticos son facilitadores claves para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico, los incentivos constituyen el facilitador prioritario. El término "incentivos" incluye fundamentalmente los incentivos económicos, aunque también incluye otro tipo de incentivo, como es el reconocimiento profesional.

Se recuerda que el incentivo económico hace referencia al pago por servicios y algunos lo muestran como el facilitador más importante y decisivo a la hora de implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico. También se vuelve a manifestar que la realización del servicio de SFT supone al farmacéutico un gran coste económico, por diferentes motivos como la necesidad de un cambio en la estructura de la farmacia, con la creación de zonas de atención personalizada (ZAP), la utilización de un mayor número de nuevas herramientas informáticas, más personal y, sobre todo, de un consumo adicional de tiempo para la realización de este Servicio, con lo que esto supone de un mayor coste.

Además, todo profesional que implanta un nuevo servicio busca la rentabilidad del mismo, y el farmacéutico comunitario no es una excepción.

Se afirma que existen distintos métodos de incentivar económicamente a la farmacia que realiza SFT, describiéndose durante la celebración de la reunión grupal, tres abordajes diferentes. Por un lado se pueden asignar pacientes a una farmacia concreta de manera que el incentivo viene derivado del beneficio que generen esos nuevos pacientes por la compra de sus medicamentos en dicha farmacia. También se plantea la posibilidad del pago directo por la realización

del Servicio, sea quien sea el pagador, o el cambio hacia otro modelo de farmacia.

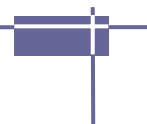
En relación a la primera posibilidad, se opina que el Sistema Sanitario podría asignar a cada farmacia que hace SFT un cupo de pacientes. En este caso el incentivo vendrá derivado del beneficio que generen dichos pacientes con la aportación de la compra de sus medicamentos. Dado el sistema retributivo actual, este supuesto de derivación de pacientes a farmacias que tengan implantado el Seguimiento Farmacoterapéutico, equivaldría a recibir dinero por incremento en el número de recetas. Sin embargo, algunos participantes afirman que en este modelo no se tiene en cuenta algo tan importante como el tiempo invertido por el farmacéutico comunitario en la provisión del servicio de SFT, ni la responsabilidad inherente a la realización del mismo.

“...mientras sigamos con el modelo retributivo actual, recibir a unos pacientes no deja de ser recibir dinero...”

Se asegura que en el caso en que el Sistema Nacional de Salud estableciera que determinados pacientes con determinadas patologías o con determinados tratamientos tuvieran que ir a una farmacia concreta con la suficiente acreditación, a que les hiciera Seguimiento Farmacoterapéutico, las farmacias que no realicen este servicio se verían obligadas a ir implantándolo ya que su no realización supondría una disminución del número de recetas y, por tanto, una disminución de los ingresos. Se opina, en este supuesto, que la “exclusividad” del Servicio podría ser determinante en la implantación del SFT.

“... En un pueblo en el que hubiera dos farmacias y sin que haya ninguna obligación la gente podría dividirse. Otra cosa muy diferente es que el servicio equis de salud le dijera a los pacientes: “perdona, tú a comprar la crema puedes ir donde quieras, pero a coger tus recetas sólo puedes ir a esta farmacia.”

También se aboga por la realización del SFT como una forma de fidelización de pacientes. Sin embargo algunos participantes observan que se han encontrado con pacientes que prefieren retirar sus medicamentos en



farmacias en la que el farmacéutico no se involucre en su medicación y que sea un mero dispensador.

“...llevo 20 años en la farmacia y hay algunas frases que me han dolido mucho, una frase que me dolió mucho de una señora que ya murió, Dios tenga en la gloria, fue: “yo prefiero ir a sitios donde no sepan tanto”

En el caso de que unas farmacias tuvieran implantado el SFT y otras no, se plantea a qué tipo de farmacia irían los pacientes. Al respecto, algunos participantes consideran que los pacientes irían a la que tuvieran más cerca por comodidad, mientras que otros piensan que depende de lo que fuesen a buscar o que incluso irían a distintas farmacias según lo que quisieran encontrar, bien profesionalidad o promociones y ofertas en productos de parafarmacia. Incluso se afirma que existen pacientes que van a una farmacia determinada buscando asesoramiento, porque confían en la profesionalidad del farmacéutico, y luego compran el producto en otra que les proporciona un mejor precio.

“... Entonces todo eso de la profesionalidad y tal y cual, que es muy bonito y que yo soy la mayor defensora, pero resulta que luego la realidad es esa, que la mayoría de la población se dirige hacia la oferta, incluso se dividen hacia lo que quiero comprar: de parafarmacia me voy a un tipo de farmacias y lo que quiero porque me dan consejo y porque veo que me hacen un seguimiento, lo que sea, me voy al...”

Otra circunstancia que hay que contemplar también es que el paciente quiera retirar los medicamentos en una farmacia determinada y que el Seguimiento se lo lleven en otra farmacia distinta, aunque lo normal es que el Seguimiento Farmacoterapéutico fidelice al paciente a la farmacia que le proporciona el mencionado Servicio.

En cuanto a la opción del pago por la realización de Servicios Profesionales Farmacéuticos se opina que es algo imprescindible para la

implantación y sostenibilidad del Seguimiento Farmacoterapéutico. En este sentido se recuerda que un servicio que no es rentable, no puede ser sostenible en el tiempo. Se afirma que actualmente con la reducción de la rentabilidad derivada de la dispensación de medicamento, el cobro por el Servicio adquiere una mayor trascendencia.

“...a mí me parece que un incentivo económico sí es importante, sobre todo ahora. Cuando empezamos hace 12 o 14 años nos podíamos permitir el tener a una persona dedicada a eso, que habían más recursos, ahora mismo si no te lo pagan esto no lo va a hacer nadie...”

Debido a esta disminución de ingresos de la farmacia, se afirma que gran parte de los farmacéuticos dedican su tiempo a mejorar la gestión económica de la misma, planteándose de quién o de qué pueden prescindir, hablese de herramientas, hablese de personal, y están dejando a un lado la atención al paciente. Se recuerda que esta actuación es justo la contraria a la deseable para la implantación del SFT. Por ello, se insiste en la necesidad de que se pague el Servicio generando ingresos adicionales para el farmacéutico comunitario.

“...yo creo que el incentivo económico hace falta y hay que reconocer el servicio y pagarle...”

Se reitera la necesidad del pago del SFT para que el farmacéutico comunitario pueda apostar por la realización de nuevos Servicios y no se centre sólo en la gestión económica, dada la situación actual de bajada continua de medicamentos e impagos por parte del Sistema Nacional de Salud.

De hecho, la situación económica para algunas farmacias ha llegado a ser insostenible como lo corrobora el RDL 9/2011, en el que se ha considerado la necesidad de una remuneración a las farmacias que no llegan a una cantidad determinada de facturación, que están en grupos aislados y en zonas deprimidas. Como consecuencia de esta situación, la implantación de nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos sólo sería viable si estos se remuneran.

“...ahora la parte económica es la que no está a salvo, es la que está pendiente de un hilo continuamente, y eso está perjudicando mucho a que los farmacéuticos no tiren por la vía profesional y estén tirando por la potencial...”

No obstante, también se opina que aunque el incentivo económico es muy importante no es definitivo puesto que, cuando la situación económica de la farmacia ha sido otra, tampoco la actitud del farmacéutico comunitario ha sido muy diferente y sólo unos pocos farmacéuticos apostaron por la implantación del SFT.

“...los incentivos económicos o profesionales activarán más o potenciarán más una actitud, pero primero tiene que haber otra cosa y hay momentos en que no existimos, no existimos como sanitarios ”

Como se ha comentado con anterioridad, se expone como otro sistema de incentivo la posibilidad del cambio hacia otro modelo de farmacia al que se denominó “farmacia funcionaria”. En este modelo el farmacéutico sería un miembro más dentro del equipo de salud, recibiendo una retribución por ello. El farmacéutico comunitario, además de percibir un sueldo como funcionario de la Administración sanitaria, recibiría un porcentaje determinado por hacer la distribución de los medicamentos y otro según el número de pacientes que tuviera en SFT. Se opina que ese sería el modelo perfecto para que el Seguimiento Farmacoterapéutico se implantara, porque todos los farmacéuticos se volverían profesionales sanitarios “*porque no tendrían más remedio*”, ya que en el caso de que el farmacéutico comunitario no tuviese pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico dejaría de percibir el porcentaje asignado a este Servicio.

“...si realmente los farmacéuticos quieren ser considerados como sanitarios pues tendrán que entrar en un modelo de retribución como tienen el resto de los sanitarios, es que es perverso el considerarse sanitario y luego gano el dinero con lo que vendo,

eso nunca se va a conjugar una cosa con la otra, yo creo que ahí está el problema...”

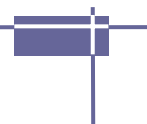
Respecto al cambio de modelo de farmacia se llegó a considerar, como otra opción, la concertación individual y la desregulación absoluta. Se trataría de una concertación individualizada anual en la que la Administración sanitaria podría exigir al farmacéutico comunitario la realización de determinados servicios.

“...la Administración dice: “yo para concertarme contigo te obligo a hacer esto, esto, esto y esto”...”

Sin embargo, otros participantes consideran que esta propuesta de concertación selectiva, en un modelo desregulado con precios no intervenidos, podría ser nefasta para la farmacia comunitaria. Se afirma que toda la red de farmacias debería estar concertada con el Sistema para garantizar el acceso de la población a los medicamentos, aunque se considera que otra cosa distinta es que los Servicios Profesionales Farmacéuticos tengan que estar concertados con todas las farmacias; es decir, se opina que pueden existir farmacias que hagan Seguimiento Farmacoterapéutico y otras que no.

“...otra cosa distinta es que no toda la cartera de servicios tenga por qué estar concertada con todas las farmacias, tenemos que enrasar por arriba, no enrasar por abajo....a lo mejor el servicio de Seguimiento para determinados pacientes o determinadas patologías pues se hará en determinadas farmacias que quieran hacerlo. Al final se trata de buscar un entorno competitivo, tener unas ventajas competitivas sostenidas...”

Se considera que el pago por realizar SFT queda justificado por los beneficios que aporta a la salud del paciente y a la reducción del gasto sanitario derivado de un buen uso de la medicación. Por ello, es fundamental demostrar que el SFT genera un ahorro económico y en salud para poder luego pedir el pago por el Servicio.



“...yo ya el discurso lo tengo muy claro, demostrando que el Seguimiento consigue beneficios en salud y si además son económicos...”

Asumiendo la hipótesis de la existencia de un pago por Servicios, se plantea la duda de a quién se debe pagar por la realización del mismo y quién debe ser el pagador.

Unos participantes consideran que es la farmacia la organización que debe recibir el dinero por la provisión del Servicio en la misma. Se comenta que se trata de un asunto diferente el hecho de que, dentro de dicha organización, el titular quiera incentivar al farmacéutico proveedor con un incentivo económico o de otro tipo. En este sentido se afirma que el farmacéutico adjunto está contratado como profesional sanitario y que, por tanto, la realización del SFT está dentro de sus cometidos.

“...si el Seguimiento se hace en la farmacia yo entiendo que lo tiene que cobrar la farmacia y que la farmacia pagará a sus colaboradores...”

Por otro lado, también se opina que los adjuntos se encuentran cansados porque, durante años, han estado haciendo una importante labor profesional en la farmacia sin que se les haya reconocido ni económica, ni profesionalmente. Por ello, se afirma que el SFT se debe pagar a quien lo hace, y si es el farmacéutico adjunto quien lo realiza es él quien debería recibir este incentivo.

“...yo estoy de acuerdo en que tiene que cobrarlo el que lo hace. Que desde mi punto de vista tiene que estar en la farmacia, sí. Y que creo que los adjuntos nos hemos cansado después de años de hacer las cosas sin que se nos reconociera ni económica ni profesionalmente.”

En cuanto a si existe probabilidad de que la Administración llegue a pagar algún día a la farmacia servicios como el SFT la respuesta varió desde el

“no” hasta el que aunque sea difícil *“todavía creo que estamos en disposición de venderlo”*.

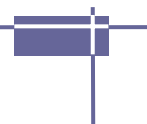
También se plantea la posibilidad de que el pago por el servicio de SFT lo realice directamente el paciente que lo recibe. En este sentido se manifiestan opiniones diversas ya que mientras algunos participantes consideran que el paciente está acostumbrado a que todo lo sanitario es gratuito y, por tanto no está dispuesto a pagar el servicio, más aun ahora, en época de crisis, otros opinan que si el paciente ve un beneficio claro en su salud, estará dispuesto a pagar por ello.

Otra opción es la posibilidad de que el pago del Seguimiento Farmacoterapéutico se lleve a cabo por parte de una aseguradora privada. Actualmente, debido a los recortes sanitarios efectuados por la Seguridad Social, se observa que las compañías de seguros privados están ofreciendo más servicios asistenciales.

“...fijaros lo absurdo de este tema, hace poco leí unas estadísticas en la que el número de personas que se había afiliado a un seguro privado, había aumentado más ahora en época de crisis, cuando estamos hablando de más de 50 euros al mes, que en años anteriores.”

Al describir los incentivos para implantar nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos en la reunión se plantean dos tipos bien diferentes, un incentivo de tipo económico, que ya ha sido comentado y descrito, y otro de tipo profesional. En cuanto a este último, los participantes consideran como un incentivo la acreditación de la farmacia que realiza SFT así como que la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico tenga algún tipo de relevancia a nivel curricular.

Se recuerda que el farmacéutico comprometido, como profesional sanitario, con los nuevos Servicios Profesionales valora mucho aspectos relacionados con la recompensa emocional. Por ello, independientemente de que el pago por realizar el SFT sea imprescindible para su implantación y



sostenibilidad, existe otro tipo de pago que reclama el farmacéutico comunitario comprometido con este nuevo Servicio y que tiene que ver con el reconocimiento al esfuerzo realizado. Se comenta que de no realizarse este tipo de incentivo, puede llevar al farmacéutico que lo realiza, al cansancio con la consiguiente desmotivación y abandono.

“...Para mí lo importante ¿qué es?, que me paguen por ello. ¿Por qué? Porque yo desde luego no trabajo sin reconocimiento, y cuando hablo de pagar no hablo de dinero, hablo de pagar,...no hablo de dinero, tiene que haber un reconocimiento, y no digamos si encima ese reconocimiento va unido a una obligación...”

En este sentido, se considera necesario plantear la forma de reconocer profesionalmente a los adjuntos que hacen Seguimiento Farmacoterapéutico. Se opina que sería muy interesante que la realización del SFT se reflejara en su curriculum, y que supusiera méritos para la carrera profesional. Otro tipo de reconocimiento podría ser el pago de cursos, asistencia a congresos, días libres, facilitar la realización del doctorado, etc.

“...Yo creo que... un buen incentivo a su labor es el reconocimiento profesional, a nivel de desarrollo curricular...sobre todo teniendo en cuenta que hay muchos farmacéuticos no titulares de oficina de farmacia que están implicados en el sistema de Atención Farmacéutica y que están en una etapa en la que el desarrollo curricular es interesante, ¿no?”

“...si a mí como farmacéutico titular me están pagando por dar un servicio, en mis manos estará reconocerle vía económica, vía vacaciones, vía días libres, vía te coges un puente, vía te pago un curso a aquel adjunto que me está generando esos ingresos.”

Algunos titulares consideran que el hecho de que haya adjuntos que realizan el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico ya constituye en sí mismo un plus para ellos ya que van a ser considerados mejores profesionales

sanitarios lo que, además, debería influir en su curriculum profesional, con la posibilidad de obtener mejores ofertas de trabajo para ellos y mejorar su carrera profesional..

“...si el Servicio es rentable y el Servicio se valora y el Servicio te produce rendimientos tú vas a intentar tener los mejores profesionales que tengan ese Servicio, si hacerlo mejor supone que tienes más rendimientos que hacerlo peor. Entonces, ficharás al mejor adjunto.”

Como resumen, se puede considerar que los participantes estaban de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio previo, que indican que el factor 1 al que denominamos “incentivos” es el facilitador más importante para la implantación de nuevos Servicios Profesionales Farmacéuticos. De hecho en la reunión grupal se afirma que este incentivo económico es indispensable para la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico y para que una vez que éste se implante el servicio sea sostenible.

En cuanto al reconocimiento profesional, se considera como un incentivo la acreditación de la farmacia que realiza SFT y que su realización tenga relevancia a nivel curricular para el farmacéutico proveedor.

6.- Discusión

"No se llegará a comprender la naturaleza humana hasta que se sepa por qué un niño montado en un tiovivo saluda a sus padres en cada vuelta y por qué sus padres le devuelven siempre el saludo."

(William D. Tammeus)

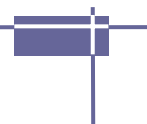
DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos, atendiendo a las características socio demográficas y profesionales, el perfil de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (69,5%). Comparando este hecho con los datos proporcionados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos que recoge que el 70,4% de los colegiados son mujeres, 44.756 en total²⁶³, se observa que la muestra aleatorizada, objeto de nuestro estudio, responde a la realidad observada en el colectivo farmacéutico.

En cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados son titulares de farmacia (75,5%) frente a un 22% de adjuntos. El 2,5% cuentan con un tipo de contrato de sustitución. Esto puede deberse a que en la realización del CATI se preguntaba en primera instancia por el titular de la farmacia y si éste se encontraba ausente se pasaba a realizar la encuesta al adjunto o sustituto. Para realizar el análisis de esta variable uniremos los datos referidos a adjuntos y sustitutos para una mejor comprensión de los resultados.

Las preguntas con un media más elevada fueron las preguntas 4, 13, 14, 29 y 30, con un promedio superior al 4,5 situándose la mediana en 5. Este resultado pone de manifiesto que los facilitadores mejor valorados fueron: la cooperación con los médicos; la información sobre el servicio a profesionales sanitarios y a la población general; la colaboración de todos los miembros del equipo de la farmacia y la necesidad de herramientas informáticas para la gestión del SFT.

Por el contrario las preguntas que fueron catalogadas con una puntuación inferior fueron la 9, 24, 26 y 28 con un valor medio cercano o inferior al 2 y una mediana igual o inferior a 2. Estas preguntas hacen referencia a la posible relación de la aplicación de sanciones como método para mejorar la implantación del SFT, a la falta de confianza del farmacéutico en el apoyo del médico, y al establecimiento de un nuevo sistema retributivo en el que se distribuirían los ingresos en función de la Dispensación y los Servicios.



Los encuestados opinan que es importante que tanto la población como los profesionales sanitarios vean al farmacéutico como otro profesional de la salud, integrado en el sistema sanitario (p4).

Así mismo consideran que para la realización de SPF es necesaria la implicación de todo el personal de la farmacia (p14), así como disponer de nuevas herramientas informáticas (p13) que faciliten su implantación.

Uno de los facilitadores más valorados consiste en la realización de campañas de marketing dirigidas tanto a los profesionales sanitarios (p30) como a la población general (p29) para dar a conocer los nuevos SPF. Más adelante, en la discusión de los resultados del AFE, se describe uno de los factores identificados en nuestro estudio, denominado "Campañas Externas", que apoya la importancia de este tipo de acciones. La realización de campañas de marketing para comunicar tanto a la sociedad como a los sanitarios en qué consisten los SPF, también han sido descritas por otros autores en diferentes estudios^{73,170,191,210,283}.

En las respuestas se percibe que el farmacéutico no confía en la colaboración con los médicos (p24). Esta percepción de falta de colaboración por parte de los médicos ha quedado reflejada en numerosos estudios^{87,190,195,196,198} y constituye una preocupación para el farmacéutico comunitario quien considera que la cooperación con los médicos es necesaria para la implantación del SFT. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que los médicos, al conocer en qué consiste este nuevo servicio y viendo los beneficios que revierten en el paciente, están cada vez más receptivos a las intervenciones del farmacéutico en el control de la medicación^{64,100,284,285}.

El farmacéutico está convencido que la implantación del SFT conseguirá que la población sea consciente de que en la farmacia se le puede ayudar a que los medicamentos que utiliza sean efectivos y seguros. Sin embargo, los farmacéuticos encuestados no apoyan la utilización de sanciones de ningún tipo (p.26 y p.28) para conseguir este fin. Afirman que es importante implantar

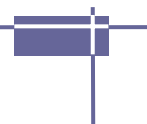
estos Servicios Profesionales y que dicha implantación debe ser fruto de un acto voluntario.

Los farmacéuticos encuestados no son favorables al reparto del actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de la práctica del SFT (p9). Dada la situación actual de la farmacia, de bajada continua del precio de los medicamentos, el farmacéutico cree que no puede disminuir los ingresos de la farmacia originados por la dispensación de medicamentos, aún cuando éstos sean compensados por otros provenientes de la realización del SFT²⁸⁶.

El farmacéutico comunitario, aunque no esté acostumbrado a cobrar por los servicios realizados, es consciente de que el pago por realizar SFT es la única forma de implantar este nuevo servicio y de que, una vez implantado, sea sostenible. Además, este pago por realizar SFT queda justificado por los beneficios que aporta a la salud del paciente y a la reducción del gasto sanitario derivado de un buen uso de la medicación, como queda patente en numerosos estudios^{87,207,287,288,289,290}.

Al respecto, como se verá más adelante en el AFE, el factor 1 se refiere fundamentalmente a la necesidad de que existan incentivos económicos aunque también hace referencia a otro tipo de reconocimiento profesional (p27). El farmacéutico comunitario responde que debería existir un incentivo económico para que la farmacia pueda realizar estos nuevos SPF (p16) por lo que es necesario el pago del servicio de SFT (p17) debiendo ser la remuneración del SFT un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento (p8).

Las opciones "No Sabe" se eligieron de manera destacable en las preguntas 9, 15, 24, y 28. Las respuestas a las preguntas 9, 24 y 28 se acaban de comentar. Se destaca que el valor más alto de la respuesta "No Sabe" se halla en la pregunta 15 con un 13,5% que es la que se refiere a si el farmacéutico estaría dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su



realización. Este hecho quizá se debe a que la subcontratación dentro de la farmacia comunitaria no es habitual, por lo que la pregunta acerca de subcontratar personal para la realización de SPF puede resultarle extraña.

De subcontrata se hablará también, dentro de los resultados del AFE, cuando se trate el factor 3, denominado “experto en SFT”, ya que la subcontrata podría plantearse en el caso de que la farmacia no tuviese personal formado para la realización de Seguimiento Farmacoterapéutico, aunque al subcontratar un experto para la realización de SFT puede ocurrir que el experto subcontratado, en un momento dado, decida prestar sus servicios fuera de la farmacia con el riesgo de que el SFT salga de la misma.

Habría que reseñar, además, que estas preguntas también han sido las que han obtenido unos valores medios inferiores por lo que quizá no estén bien formuladas y los encuestados no han captado su significado.

Entre los aspectos que acumulan mayor porcentaje de desacuerdo (>50%) y que por tanto se perciben como peor facilitador para la implantación del SFT están los siguientes:

- En caso de que no se realizara SFT, debería ser sancionado el farmacéutico (p28).
- Las sanciones por no realizar SFT facilitarían su implantación (p26).
- El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT (p24).
- Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de la práctica del SFT (p9).

Entre los ítems que acumulan mayor porcentaje de acuerdo (>82,5%), y que por tanto, se perciben como mejor facilitador para la implantación del SFT están los siguientes:

- La cooperación con los médicos es necesaria en la implantación del SFT (p25).
- Deberían existir campañas de información para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre el SFT (p30).
- Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación del SFT (p14).
- La implantación del SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario (p4).
- Es necesaria la existencia de herramientas informáticas para la gestión del SFT (p13).
- Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre el SFT (p29).
- Es necesario que la Universidad promueva investigaciones sobre los resultados de SFT para que se consiga evidencia suficiente que demuestre la necesidad de esta nueva práctica profesional (p20).
- Sería necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar el SFT (p19).

Del exceso de cargas burocráticas se hacen eco numerosos estudios^{89,170,199,205,291} en los que queda patente cómo éstas restan tiempo a que el farmacéutico comunitario pueda desarrollar servicios más clínicos.

Según los encuestados, el marketing del SFT (4,55) junto a la investigación y promoción de estudios que apoyasen el SFT (4,49) serían las dimensiones más destacadas. Las campañas de marketing^{170,191,210} como se ha comentado anteriormente, comunicarían en qué consisten estos servicios, tanto al personal sanitario como a la población general.

Las preguntas que han aglutinado mayor porcentaje en la opción de respuesta “ni acuerdo ni desacuerdo” son las siguientes:

- Existe demanda del SFT por parte de los pacientes (p21).

- Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad (p2).
- El médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SFT (p24).
- Es preciso repartir el actual gasto en medicamentos disminuyendo los ingresos de la farmacia originados por la dispensación y compensándolos por ingresos provenientes de la práctica del SFT (p9).
- La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento (p8).
- Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio (p5).

Éstas serían las 6 preguntas del cuestionario acerca de las cuales los participantes en el estudio no expresan tan claramente una opinión favorable o desfavorable (20-24%).

Otros aspectos relevantes serían crear un Mensaje de futuro del SFT (4.21), el Liderazgo del Consejo (4.16) y la Estructura de las farmacias (4.12).

En el AFE queda patente también, como se verá a continuación, que los farmacéuticos encuestados manifestaron que debe ser el Consejo General, como representante de todos los farmacéuticos, el que debe liderar la implantación del SFT. Así mismo este cambio profesional debe ser apoyado por la Administración Sanitaria.

El único factor relevante, en la diferente opinión entre la variable Sexo, es el referido al Mensaje de Futuro del SFT, en el que se observa que existen diferencias significativas entre las respuestas de los 2 grupos.

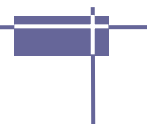
El factor relacionado con la relación con el personal facultativo, aun no siendo significativa la diferencia entre ambos, seguramente con un mayor tamaño de muestra se conseguirían diferencias significativas.

Se observa que para las mujeres es más importante el Marketing que se haga del SFT (4.60), mientras que para los hombres el factor más valorado es la Investigación y promoción de estudios relacionados con el SFT que impulsen su implantación (4.65).

Finalizando con este análisis descriptivo de los resultados, observamos las indicaciones referidas a través del análisis cualitativo de la pregunta 31, pregunta abierta, ¿Qué aspectos cree que facilitarían la implantación del SFT en las farmacias comunitarias?. Serían por orden de importancia:

- Apoyo por parte del personal sanitario, respaldo y concienciación de que se ofrece una ayuda por parte del farmacéutico.
- Información a los pacientes y al personal sanitario desde la propia institución farmacéutica que genere una demanda de este servicio.
- Eliminar papeleo, burocracia, que disminuya el tiempo que se emplea en estas tareas.
- Es necesario el apoyo por parte de la Administración.
- Incentivar económicamente la realización de este servicio.
- Modificación a nivel Universitario de las prácticas en farmacias así como de los planes de estudio.

En resumen podríamos concretar que, parece detectarse una necesidad de información y publicidad del SFT con campañas globales dirigidas a la población general y específicas para el personal sanitario que generen una demanda real de este servicio, así como promover y publicar estudios por parte de la Universidad. El cambio profesional debe ser liderado por el Consejo de Farmacéuticos y apoyado por la Administración Sanitaria. Así mismo se propone



una reestructuración de las Farmacias a nivel de espacio, herramientas informáticas y profesionales especializados e implicados.

Al realizar el análisis factorial se identificaron cuatro factores que se han denominado: Incentivos, Campañas externas, Experto en SFT y Profesionalidad del farmacéutico (Tabla 26):

Factor 1: Incentivos

El primer factor, Incentivos, fundamentalmente incluye incentivos económicos aunque también incorpora otro tipo de reconocimiento, el profesional, si bien este último contribuye menos a la carga del factor.

A-Incentivos económicos

El incentivo económico hace referencia a lo que, en general, la literatura denomina “pago por el servicio”. Este factor prioritario, resultado del análisis factorial exploratorio, está refrendado por otros muchos trabajos^{73,170,189,201,208,209,216} que afirman que el pago de los servicios es un requisito imprescindible y constituye un elemento previo para la implantación y sostenibilidad de los mismos. La sostenibilidad hace referencia al mantenimiento de un servicio a lo largo del tiempo, incluyendo sus sistemas de documentación e indicadores de control^{87,104}.

Por tanto, el pago constituye uno de los facilitadores más importantes para la implantación del SFT ya que supone, para el farmacéutico comunitario, un gran coste económico por la necesidad de un cambio en la estructura de la farmacia²⁹², con la creación de zonas de atención personalizada (ZAP)^{170,198,201,293}, de utilización de un mayor número de nuevas herramientas informáticas^{52,89,171}, de personal, y sobre todo un coste en tiempo necesario para la realización de este servicio²⁹⁴. Además, todo profesional que realiza un trabajo busca una rentabilidad del mismo^{294,295}.

Es necesario recordar que la principal finalidad de cualquier empresa es garantizar su perennidad financiera, de forma que el mantenimiento de

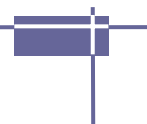
cualquier servicio profesional implantado vendrá dado por su rentabilidad individual^{133,294}.

Además, el pago por servicios también es importante porque los servicios que se hacen de forma gratuita no son valorados en su medida por quien los recibe ni incluso por quien los realiza, lo que lleva a una situación de desgaste y cansancio por parte del farmacéutico comunitario que los lleva a cabo^{296,297,298,299}.

En un estudio cualitativo¹⁷⁰ en el que se identificaron doce facilitadores para el cambio de la práctica en la farmacia comunitaria española, se concluyó que los farmacéuticos comunitarios españoles consideraban el pago por servicios como el facilitador más importante para que este cambio de práctica se produzca pero, al mismo tiempo, pensaban que era el menos aplicable. Es decir, los farmacéuticos que participaron en el grupo nominal a la vez que opinaban que era fundamental cobrar por los servicios realizados, creían que conseguir dicho pago era una tarea que entrañaba una gran dificultad.

A pesar de esto, el farmacéutico comunitario debe ser consciente de la necesidad de implantar nuevos servicios y de que éstos, necesitan asegurar su sostenibilidad en el tiempo mediante el pago de los mismos.

El pago por servicios tiene una doble función: Inicialmente sirve como facilitador para la implantación del servicio y, más tarde, contribuye al mantenimiento del mismo, quedando justificado este pago por los beneficios que aportan los nuevos servicios implantados a la salud del paciente y a la reducción del gasto sanitario derivado de un buen uso de los medicamentos^{207,288,289,300}. Lo expuesto anteriormente queda de manifiesto en un estudio piloto del programa conSIGUE que concluyó que realizar Seguimiento Farmacoterapéutico a mayores polimedicados podría suponer un gran ahorro al Sistema Nacional de Salud, teniendo únicamente en cuenta la disminución anual en el número de medicamentos utilizados por paciente^{287,288,301,302}. Éste estudio estaba dirigido a evaluar el impacto de hacer



SFT a pacientes polimedicados y su posterior implantación en las farmacias españolas^{100,283}.

Existen autores como Vázquez que afirman que si el pago de los SPF fuera de suficiente entidad, probablemente los farmacéuticos sí realizarían este tipo de servicios: “si la Administración remunerase los servicios cognitivos en lugar de remunerar los distributivos, la remuneración económica de los mismos se convertiría en el facilitador definitivo”¹⁶⁴.

Otros, por el contrario, afirman que el pago por servicios, aún siendo el facilitador más importante, necesita la combinación de otros facilitadores para impulsar el cambio. Un ejemplo de esto es el caso de Australia, país en el que una vez que la profesión farmacéutica ha conseguido que la Administración pague por ciertos servicios, como por ejemplo la realización de “intervenciones clínicas”, la revisión de la medicación en residencias (*Residential Medication Management Reviews*) o la realización de un Programa de Desarrollo de Farmacia, aún no se han implantado éstos de forma generalizada^{168,207}.

Ya se ha comentado anteriormente la importancia de la rentabilidad de un servicio en relación con su mantenimiento en el tiempo. Los ingresos que se obtengan deben superar los gastos que genera el servicio y dejar un cierto margen de beneficio. También se ha comentado la necesidad de realizar una serie de inversiones previas y durante la provisión del SFT. Algunos ejemplos son la adecuación de una zona de atención al paciente semiprivada, la inversión en herramientas informáticas, recursos humanos, etc.³⁰³.

No parece posible realizar SFT sin que exista en la farmacia una zona semiprivada que ofrezca la intimidad necesaria para que se pueda establecer la relación farmacéutico-paciente con la suficiente confidencialidad, que sería imposible conseguir en el mostrador, rodeados de otros pacientes. Este lugar físico es lo que se denomina Zona de Atención Personalizada (ZAP)^{293,304}. El hecho de que en la farmacia exista una ZAP se muestra como un elemento que facilita la implantación del SFT. Por otra parte, la existencia de un farmacéutico

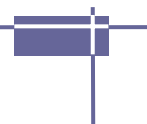
responsable del servicio aparece como un elemento que permite la sostenibilidad del mismo una vez implantado⁸⁸.

Además, es necesaria una inversión inicial en herramientas informáticas, imprescindibles, ya que la práctica del SFT requiere del registro de los datos generados tanto en cuanto a medicación como a PS (problemas de salud) del paciente, de forma que la historia farmacoterapéutica del paciente se vaya actualizando con todos los medicamentos de los que se le provea bien sea en la Dispensación o en la Indicación Farmacéutica³⁰⁵. La OMS, ya en 1974, afirma que registrar datos cuando se ejerce una función clínica implica llevar un registro permanente de lo observado o realizado a una persona cuya identificación consta en el registro y cuya finalidad es poder realizar acciones posteriores con mayor eficacia³⁰⁶.

A lo largo de la historia de la implantación de los SPF se ha hablado de la necesidad de documentar este servicio^{101,195,203,216,235}, ya que además de la imposibilidad de la práctica del SFT sin los correspondientes registros del paciente, si un servicio no se documenta es como si no se hiciera. Esta práctica, hasta ahora, ha sido muy poco habitual entre farmacéuticos comunitarios²⁰². Además, el registro nos permite demostrar a la sociedad los resultados de nuestra actividad sanitaria, lo que a la larga confirma la justificación del pago por el servicio³⁰⁷.

A todo esto es preciso añadir la necesidad de reorganizar la farmacia internamente asumiendo nuevas tareas, lo que conlleva la necesidad de formación de los farmacéuticos encargados de la realización del SFT. También la implantación de este nuevo servicio requiere la inversión de un plus de tiempo en su realización: tiempo para la entrevista con el paciente, la realización de los diferentes estados de situación, fases de estudio, toma de decisiones, diversos registros, etc.

De hecho, el tiempo es el concepto que más influye en los costes y posterior rentabilidad del SFT en el largo plazo. Controlar el tiempo exacto que



dedica el farmacéutico comunitario a hacer SFT es muy importante porque el tiempo es dinero y hay que medirlo^{100,294}.

Precisamente la falta de tiempo, que queda reflejada en muchos estudios^{52,170,191,196,199,200}, ha sido una de las barreras más presentes para la implantación de nuevos servicios en la farmacia comunitaria donde siempre planea, además, el exceso de cargas burocráticas^{89,170,199,291,308}.

El sistema de remuneración en la farmacia comunitaria española se basa en la existencia de un margen comercial por cada medicamento vendido con algunas excepciones como son la formulación magistral o algunos programas concertados con las Administraciones Sanitarias, como el Programa de mantenimiento con metadona¹⁵⁹. A pesar de que este margen se mantiene constante, la bajada continuada del precio de los medicamentos junto a otras medidas que ha tomado la Administración, RD 4/2010 y RD 8/2010, ha hecho que la rentabilidad de la farmacia haya disminuido notablemente^{286,309}.

Así lo demuestra un estudio elaborado por el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, basado en el gasto público medio por receta del Sistema Nacional de Salud. Se ha producido un descenso en la facturación debido a la aplicación de la reducción general de precios de los genéricos en un 25 por ciento y de los descuentos del 7,5 por ciento para los no Afectados por el sistema de precios por referencia y del 4 para los fármacos huérfanos. El estudio, preveía que en 2011 estos números negativos ascenderían a un 10 por ciento³¹⁰. Esta situación ha propiciado que, como alternativa, muchos farmacéuticos hayan optado por impulsar la venta de productos de higiene y parafarmacia¹⁶⁰, así los recortes hacen que haya farmacias que, ante la desesperación, adquieran un aspecto mucho más comercial y que la crisis alimente “el lado oscuro” de la farmacia aunque esto vaya en contra del futuro profesional de la farmacia comunitaria³¹¹.

Existen otras alternativas, como por ejemplo la australiana, país en el que también han ido disminuyendo los márgenes comerciales de los productos de venta, en la que se ha buscado como nuevas fuentes de ingresos el desarrollo

de nuevos servicios. Se opina que para que la red de farmacias comunitarias australianas siga siendo viable, es necesario que los SPF formen una parte integral de la práctica cotidiana de la farmacia¹⁶⁷.

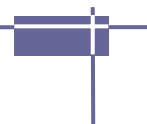
En este sentido es posible afirmar que, en los últimos años, han aumentado los modelos de negocio centrados en los servicios orientados a los pacientes y cada vez son más los farmacéuticos en todo el mundo que reciben una remuneración por este esfuerzo extra no sólo por parte de los gobiernos sino también por las aseguradoras, la industria y los pacientes^{312,313,314}.

Sin embargo, también es cierto que junto a ese aumento en el número de servicios y farmacéuticos que los proveen a nivel internacional, existe la sensación de que no se alcanzan los niveles de rentabilidad esperados. Así, en un reciente estudio de opinión realizado con 2000 farmacéuticos de ocho países (Australia, Francia, Alemania, Italia, Portugal, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos)³¹⁵ se ponía de manifiesto que el 78% de los farmacéuticos cree que no recibe una retribución justa y adecuada por los servicios que oferta, a la vez que considera que los “servicios extra” que ofrecen están mal valorados y poco pagados.

Como se ha comentado anteriormente, hay países en los que este pago lo están llevando a cabo los seguros privados, como sucede en los EEUU²⁰⁸. En otros, como Australia, con un sistema sanitario más parecido al que existe en España, el pago por la provisión de SPF lo realiza la Administración Sanitaria.

En un estudio realizado en España en el que se preguntaba a pacientes en Seguimiento sobre su opinión^{110,128} acerca de este nuevo Servicio y quién pensaban que debería pagar dicho servicio, la respuesta fue unánime; consideraron que el servicio debería ser financiado por la Administración Sanitaria³⁰⁵.

En nuestro trabajo, los farmacéuticos comunitarios a los que encuestamos también referían que el pago por servicios debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales sobre el precio del



medicamento. En este sentido opinaban que el SFT debería ser gratuito para los pacientes y financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Para conseguir que el pago por el servicio sea una realidad en España parece necesario que la profesión farmacéutica sea capaz de demostrar que dicho servicio, además de generar un impacto clínico y humanístico es capaz de originar un ahorro económico^{100,316,317,318}. Este ahorro económico es el método de lograr que la Administración considere el pago por servicios ya que preguntado al respecto, el Sr. Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, exponía que no es realista pensar en un nuevo modelo de financiación de la farmacia que conlleve un incremento global del coste para el SNS³¹⁹.

En España³²⁰ están muy desarrollados los servicios que la profesión quiere implantar (Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico)⁶⁹. Sin embargo, no se han realizado estudios que confirmen los resultados de proyectos de investigación en otros países^{101,196,321,322,323,324}.

Parece importante realizar estudios que evalúen el impacto económico, clínico y humanístico^{324,325} derivado de los diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos, concretamente del SFT. Por ello, parece interesante el inicio de un programa, denominado conSIGUE que pretende evaluar el impacto del SFT sobre los resultados clínicos, económicos y humanísticos, en pacientes mayores polimedicados^{100,283,288,326}.

Se afirma que, en la situación actual en la que el perfil del paciente se ha transformado de agudo a crónico, es necesario estudiar nuevas propuestas asistenciales que dada la situación de crisis económica, puedan contribuir a la sostenibilidad del sistema^{90,327,328,329}. Es aquí donde se perfila la implantación de los servicios de Atención Farmacéutica, y más concretamente del SFT, como parte de las prestaciones del sistema sanitario^{330,331}.

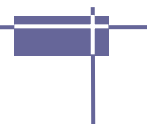
B-Reconocimiento profesional

Otro tipo de incentivo a tener en cuenta, aunque contribuye menos a la carga de este factor, es la necesidad de reconocimiento del esfuerzo que supone la implantación del SFT al farmacéutico que lo realiza¹³², diferente al reconocimiento económico, con acreditaciones, facilitando su asistencia a actividades formativas, asistencia a congresos, investigación, entre otras acciones. En los farmacéuticos comunitarios encuestados en nuestro estudio, el “reconocimiento”, sea del tipo que sea, puede explicar hasta el 20% de la variabilidad respecto al cambio de comportamiento⁸⁹. Por tanto, los farmacéuticos que realizan SFT deberían tener algún tipo de reconocimiento específico complementario al pago por servicios.

Al respecto, Herzberg afirma³³² que lo que de verdad motiva a los trabajadores es recibir algún tipo de “reconocimiento” al esfuerzo realizado tras un trabajo. Este autor manifiesta que el dinero no es un motivador sino que se debe incluir entre los elementos que él denominó como factores higiénicos o de mantenimiento. Dentro de los factores motivacionales, Herzberg expone que hay que brindarle al individuo la oportunidad de crecer personal y profesionalmente, de adquirir experiencia que le resulte valiosa para el puesto actual y para los potenciales, y brindarle un plan de desarrollo profesional de acuerdo con sus intereses propios ya que una persona motivada es una persona incentivada a la producción, proactiva y ansiosa por actuar en pos del alcance de sus objetivos³³³.

Corroborando esto, Roberts et al¹⁰¹ afirmaban que los farmacéuticos que realizaban SPF los hacían por su satisfacción profesional, por altruismo, a la vez que entendían que la provisión de estos servicios podían constituir un medio para afrontar el miedo a las amenazas contra el modelo de negocio. Además la implantación de estos nuevos servicios hacen que los pacientes se fidelicen con la farmacia que los realiza³³⁴.

El farmacéutico comprometido con los servicios valora mucho aspectos relacionados con la recompensa emocional, que le produce una satisfacción



profesional^{132,335}. En este sentido cuando al farmacéutico comunitario que realiza Servicios Profesionales Farmacéuticos se le pregunta cuál es la parte de su trabajo más gratificante, contesta que ayudar al paciente²⁹¹. Por el contrario se quejan de “la burocracia” y de la “sobrecarga de trabajo”^{89,291}.

Hasta ahora algunos farmacéuticos comunitarios han realizado este esfuerzo, incluso a costa de su propio dinero, por su propia satisfacción personal y para demostrar su valía profesional dentro del sistema sanitario, tratando de hacer ver que el farmacéutico no es sólo un “vendedor de medicamentos” sino un profesional sanitario formado, capaz de asumir responsabilidades y, por tanto, de gran utilidad para mejorar el proceso de uso de la medicación. De ahí la necesidad de evaluar el impacto que supone la realización del SFT tanto a nivel de paciente como de reducción de gasto sanitario^{100,283,288}. Este esfuerzo conlleva un desgaste y una necesidad de reconocimiento que como comentábamos antes no sólo es material sino de “reconocimiento al esfuerzo realizado” ya que si no, se puede caer en un efecto cansancio o burnout^{296,297,299} y de desmotivación profesional.

Factor 2: Campañas externas.

En la actualidad los SPF no están instaurados en la farmacia comunitaria de una manera generalizada a pesar de que los estudios reflejan los beneficios clínicos y económicos de la implantación de los mismos^{100,165,166,207}. Es posible que, por tratarse de nuevos servicios, la mayoría de los pacientes no conoce su existencia o, si la conoce, no sabe en qué consisten, para qué se utilizan y cómo y cuándo utilizarlos³³⁶ y, por tanto, no existe demanda de los mismos^{170,242,243}.

Las campañas de marketing^{170,191,210} de los SPF están destinadas a comunicar en qué consisten estos servicios y los beneficios que se derivarían de su implantación^{283,337,338}. Comunicar correctamente los servicios que se realizan en la farmacia comunitaria es muy importante ya que así la población será

consciente de que la farmacia además de dispensarles el medicamento puede ayudarles a que éste sea efectivo y seguro.

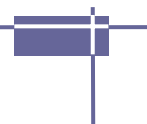
Dentro de la farmacia se deben utilizar mensajes, lo más claros posibles con el fin de que los pacientes entiendan en qué consisten estos nuevos servicios, puedan interesarse por ellos y vean cómo éstos pueden incidir para mejorar su salud. Estudios tan pioneros como el de Nelson Jr.²³⁹ habían recogido ya, en 1984, entre sus facilitadores para el cambio las habilidades en comunicación.

En las acciones de difusión del SFT no se debe utilizar una terminología desconocida para los pacientes como es el propio nombre del servicio, absolutamente ininteligible para los usuarios de la farmacia, sino mensajes más claros e intuitivos mediante la utilización de dípticos, carteles o monitores en los que se haga marketing del servicio en la propia farmacia³⁰⁵.

Diferentes autores han sugerido que el fomento del papel del farmacéutico comunitario debía estar dirigido al público general a fin de generar una demanda que actuara a su vez como facilitador del cambio de práctica^{242,243}. Esta demanda del servicio por parte de los usuarios es, a su vez, un facilitador del cambio¹⁷⁰.

Pero actualmente existe el riesgo de que, ante una demanda generada de los nuevos servicios profesionales, el farmacéutico no pueda dar respuesta debido a que no se encuentre profesionalmente preparado^{156,157} o bien a un propio desconocimiento del farmacéutico sobre en qué consiste el SFT²⁹⁷. En este sentido hay trabajos que demuestran que existen farmacéuticos que creen que están haciendo SFT sin realizarlo y que, por tanto, no son conscientes de la necesidad del cambio^{87,110,339,340,341}. Al respecto algunos farmacéuticos han comentado de sus propios compañeros.... *“o dicen creer que ya saben lo que es la atención farmacéutica, o el error es creer que lo que han estado haciendo toda su vida es atención farmacéutica”*⁵².

Este desconocimiento sobre en qué consisten estos nuevos SPF ha sido constatado hasta en un 91% de los farmacéuticos³⁴² y constituye una de las



constantes en diferentes estudios: o se desconoce o, lo que es peor, se cree que se conoce algo que se desconoce³⁴¹.

Quizá la mejor campaña externa para crear demanda es "realizar servicios"^{343,344} La mejor manera de que el SFT sea conocido es implantarlo y una vez demostrados los beneficios que aporta a la salud del paciente, que sean los propios pacientes y el resto de profesionales sanitarios los que demanden y fomenten su realización.

Existen dos formas diferentes de abordar el inicio de la implantación de estos nuevos servicios profesionales. Por un lado es posible comenzar implantando los servicios de forma generalizada para después, una vez demostrados los beneficios que se obtienen con los mismos, tratar de cobrarlos, como se está haciendo en Cataluña con los SPD (Servicios Personalizados de Dosificación). Para la Administración sanitaria, la inclusión de los SPD en la práctica asistencial puede suponer una importante mejora, ya que incide notablemente en la disminución del gasto generado por el incumplimiento terapéutico, como se ha demostrado en Canadá, Reino Unido y otros países³⁴⁵. Por ejemplo, en EEUU los costes por incumplimiento o mal uso de los medicamentos son superiores a los 76 billones de dólares al año. A nivel mundial, los países donde se está desarrollando el SPD son: Australia, Alemania, Irlanda, Reino Unido, Nueva Zelanda, EEUU, Canadá y Sudáfrica, entre otros.

La puesta en marcha de sistemas individualizados de dosificación en estos países se ha traducido en un aumento muy importante del índice de cumplimiento de los tratamientos, llegándose a un 80% frente al 31% que se conseguía con la dispensación tradicional. Todo ello ha supuesto un ahorro en el coste del sistema sanitario, al reducirse los abandonos de la medicación y los ingresos hospitalarios por mal uso de los medicamentos³⁴⁶.

Esta forma de implantar un nuevo servicio tiene el inconveniente de que es más difícil que una vez que alguien está acostumbrado a obtener algo de forma gratuita luego se lo hagan pagar.

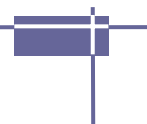
Otra manera de comenzar sería tratar de cobrar desde el principio tras un piloto que demuestre el impacto del servicio del SFT en los resultados clínicos, económicos y humanísticos de los pacientes^{100,347,348,349}. Pensamos que éste sería el sistema más adecuado ya que, una vez demostrado tanto el beneficio que supone para el paciente como para la Administración, por el ahorro conseguido, para que el servicio sea sostenible es necesario el pago por el mismo y esto debe hacerse desde el inicio de la implantación de los nuevos SPF.

En el análisis factorial exploratorio, este factor incluye la cooperación con los médicos porque los farmacéuticos valoran mucho la necesidad de esta colaboración interprofesional.

Actualmente, en términos generales, la falta de colaboración con los médicos sigue existiendo y afecta a la situación de la farmacia comunitaria en muchos países^{170,190,191,195,196,198,216}.

Existe, a priori, miedo por parte de los farmacéuticos a que los médicos vean como intrusismo profesional la implantación del SFT, por desconocimiento del médico de en qué consisten estos nuevos servicios; sin embargo es un hecho que si al médico se le ayuda él lo agradece, aunque al principio pueda estar a la expectativa porque existe una clara falta de incorporación del farmacéutico en el sistema sanitario debido al, hasta ahora, eminentemente aspecto comercial de la farmacia^{170,159,193}.

De hecho, en un estudio reciente en el que se evaluó la actitud de médicos, odontólogos y enfermeras sobre el consejo que debe ofrecerse a los pacientes en una terapia propuesta (vigilancia de la eficacia, de reacciones adversas, entrega de instrucciones y consejos, contraindicaciones, etc.) y quién es el profesional más idóneo, se concluyó que el médico (hospitalario) es el que más confía en el farmacéutico, influido por la experiencia con la Farmacia Hospitalaria³⁵⁰, por el hecho de que al farmacéutico hospitalario se le considera como a un profesional sanitario al carecer de ese aspecto comercial que lleva implícito el farmacéutico comunitario¹¹².



El marketing ayudaría al colectivo médico a comprender que el objetivo de la implantación, en la farmacia comunitaria, de los SPF es ayudar a sus pacientes y que se requiere colaboración entre farmacéuticos y médicos.

Es, por tanto, necesario mejorar la coordinación de los farmacéuticos con el resto de profesionales sanitarios^{82,351} lo que conllevaría a la incorporación del farmacéutico en el equipo de salud^{209,352,353}. De hecho, la definición de Atención Farmacéutica, incluye en su texto la necesidad de la cooperación del farmacéutico con el médico y otros agentes sanitarios⁴⁹.

Está ampliamente reconocido que la colaboración entre los médicos y los farmacéuticos debe mejorarse para facilitar la prestación del SFT. Este es uno de los objetivos a conseguir por la dificultad que ha supuesto en el pasado debido a la superposición de roles profesionales^{320,354}. Sin embargo, en la actualidad, se ha demostrado que cuando el farmacéutico interviene, el médico suele aceptar bien dicha intervención (88%)¹⁰⁰ resolviéndose además los problemas de salud del paciente, y sólo en algunos casos, la propuesta del farmacéutico no es tenida en cuenta.

Recientemente se ha puesto de manifiesto que gracias al SFT estos dos profesionales de la salud están interaccionando, tratando de solucionar problemas específicos de pacientes que utilizan medicamentos¹⁰⁰. El farmacéutico al hacer SFT está trabajando con el médico y el paciente para resolver problemas derivados de su medicación^{64,355,356,357,358}.

El farmacéutico utiliza distintas vías para comunicarse con el médico. Una buena herramienta de comunicación, con los servicios médicos del sistema sanitario del entorno de la farmacia, podría ser un documento de derivación del farmacéutico al médico que en cierta medida ayudaría a la integración del farmacéutico en el sistema sanitario³⁵⁹.

Se aboga por una mayor implicación de la farmacia en los servicios públicos de salud ya que "sería positivo estrechar lazos con otras disciplinas y

crear modelos de negocio centrados en la colaboración interdisciplinar para mantener la viabilidad de la farmacia comunitaria”³⁶⁰.

Nos sorprende que, a pesar de que puedan parecer dos dimensiones diferentes, las campañas de marketing y la cooperación con los médicos, hayan aparecido solapadas al realizar el AFE. Quizá esto se deba a que los farmacéuticos encuestados opinan que si los médicos están más informados van a colaborar más. Pensamos que puede ser interesante realizar más estudios para confirmar si realmente se trata de dos dimensiones diferentes o constituyen una única dimensión.

Factor 3: Experto en SFT

El farmacéutico, ante la necesidad del cambio en la práctica, en vías de una reprofesionalización de la farmacia comunitaria mediante la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico, se plantea una serie de cuestiones como quién debe hacer el SFT y qué se necesita para hacerlo. También se pregunta si para hacer el SFT sería necesario realizar una especialidad, poseer una acreditación o si bastaría con demostrar una formación mínima.

El farmacéutico comunitario no tiene claro si todos los farmacéuticos están capacitados o tienen los conocimientos suficientes para realizar SFT por lo que también se plantea si es necesario un experto en SFT para implantar el servicio.

Una de las mayores barreras descritas por el farmacéutico comunitario ante la implantación del SFT es la carencia de formación adecuada para afrontar este reto^{190,191,192,193}. El farmacéutico siente la falta de una formación más clínica, de ahí que se insista en que es preciso que la Universidad reoriente tanto la formación de pregrado como la de postgrado a fin de que el farmacéutico comunitario sea capaz de implantar nuevos servicios^{4,170,361,362,363}. En 2005, en Malta, como recomendación de la Asociación Europea de Facultades de Farmacia (EAFP), se consideró que en los estudios de Farmacia *“se deberá mantener un profundo conocimiento sobre ciencias básicas, los*

*recientes conceptos de atención farmacéutica, ética profesional, comportamientos y actitudes, farmacia clínica y análisis clínicos, mecanismos reguladores de medicamentos de prescripción y no prescripción, servicios médicos*³⁶⁴.

La necesidad de una formación más clínica se encuentra presente en muchos estudios^{152,163,240,262,365,366,367} ya que la formación tradicional ha estado desprovista de esta orientación profesional. Así se podrá conseguir que la Atención Farmacéutica pueda ser considerada como un “innovador proceso clínico asistencial farmacéutico”⁸².

Esta formación podrá contribuir a que vaya desapareciendo la falta de confianza debida a la sensación de falta de capacidad, que muchas veces manifiesta el farmacéutico comunitario, para abordar aspectos especializados sobre el paciente^{52,262}. Cuanto más preparado esté el farmacéutico más seguro se sentirá ante el paciente de forma que mejorará su autoeficacia, es decir, en el caso del SFT mejorará la capacidad percibida por los propios farmacéuticos para poder proveer este servicio³⁶⁸. Además, como indica la Organización Mundial de la Salud: “entre los profesionales de la salud es imprescindible una puesta al día continua de los conocimientos y habilidades necesarios por el bien de los pacientes”^{24,369}. En esta línea algunos autores han concluido que la formación consigue un cambio de actitud del farmacéutico que la recibe, lo que le permite evolucionar a lo largo de las diferentes etapas de la teoría de implantación de innovaciones de Rogers⁸⁶. Los alumnos pasan de las fases “anterior al conocimiento” y “conocimiento”, a etapas de “persuasión” y “decisión de adoptar”. Sin embargo, se paran ahí sin dar el paso decisivo de cambio de comportamiento necesario para pasar a las etapas de “implantación” y “confirmación”⁹⁶.

El farmacéutico comunitario se forma en los estudios de pregrado pudiendo continuar su formación a través de estudios de postgrado³⁷⁰. Entre estos últimos se encuentra el Programa Máster Oficial en Atención Farmacéutica, el Máster en Atención Farmacéutica y Farmacia asistencial; el Experto Universitario en SFT: el Experto Universitario en Atención Farmacéutica

y Farmacia asistencial, etc. Existe una amplia oferta de formación de postgrado tanto a nivel universitario como organizado por otras entidades que contribuyen a la formación continuada del profesional farmacéutico^{371,372}. Es necesario modificar los objetivos de la formación de postgrado de los farmacéuticos, ésta debe estar menos orientada a aumentar el conocimiento y más orientada a mejorar las habilidades y competencias, es decir, debe estar encaminada al cambio de comportamiento^{88,373}.

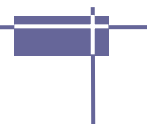
Hay autores que afirman que, además de reformar el plan curricular de Farmacia, y dada la necesidad de una formación universitaria más clínica, habría que crear lo que se denominan "unidades de optimización de la farmacoterapia": *"Serían unidades asistenciales y formativas, en las que los farmacéuticos aprenderían a hacer SFT y, lo que es más importante, con otros profesionales sanitarios, puesto que rotarían por distintos servicios clínicos"*. *"Parece lógico pensar que la ubicación de estas unidades sea en los hospitales, aunque no se descartaría la rotación en servicios de primaria y en la farmacia"*³⁷⁴.

En realidad la formación más efectiva es que el propio farmacéutico comunitario, cuando tiene implantados los SPF, actúe como un facilitador en sí mismo formando en los nuevos servicios asistenciales tanto a estudiantes que realicen las Estancias en su farmacia como a compañeros farmacéuticos que quieran realizar su implantación^{217,240}.

Por tanto, la implantación de un nuevo SPF no debe basarse únicamente en la formación continuada aunque es indiscutible que es una actividad necesaria para actualizar los conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científica y ante las demandas y necesidades de la sociedad y del propio sistema sanitario³⁷⁵.

Algunos autores concluyen que los farmacéuticos comunitarios generalistas pueden realizar SFT con efectividad y eficiencia cuando reciben una formación holística, apropiada y bien orientada¹⁰⁰.

En cuanto a las especializaciones en Farmacia, la formación especializada de postgrado abarca distintas disciplinas entre las que se encuentran los análisis



clínicos, la óptica, ortopedia, etc. Hasta ahora sigue abierto el debate sobre la idoneidad o no de una especialidad en SFT³⁷⁶.

Mientras que la especialidad en SFT es considerada por algunos autores como el trampolín definitivo para la implantación de este nuevo servicio otros opinan que reduciría su ejercicio a unos pocos, sólo podrían hacerlo los especialistas, por lo que no tendría el impacto social necesario para generar demanda en la población. Este impacto sólo será posible cuanto mayor sea el número de farmacéuticos que pongan el SFT a disposición de sus pacientes^{376,377}.

En nuestro estudio, los farmacéuticos encuestados consideran que debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad. Nosotros, sin embargo, consideramos que éste no sería el medio de conseguir el impacto social necesario para que el SFT sea una realidad en la farmacia comunitaria española. El objetivo buscado es que el SFT se provea por el mayor número de farmacéuticos posible de forma que la implantación del mismo se realice en el mayor número de farmacias.

En España, no existe un modelo para la acreditación de la calidad de los Servicios de Farmacia, ya sean hospitalarios o comunitarios, de ámbito privado o público³⁷⁸. Algunos servicios e incluso oficinas de farmacia vienen utilizando la norma ISO para obtener la certificación³⁷⁹ o la EFQM. Buscando un método de acreditación de la calidad de los Servicios Farmacéuticos, recientemente se ha llevado a cabo por parte de la ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) una experiencia de implantación de un programa de acreditación de oficinas de farmacia³⁸⁰.

Distintos países vienen poniendo el acento sobre políticas dirigidas a la Seguridad del Paciente como: USA, Canadá, Australia, Reino Unido, Alemania y Holanda, que se recogen en modelos de acreditación propios para los Servicios de Farmacia, Hospitalarios³⁸¹ o Ambulatorios; también, orientados a la

seguridad y efectividad de los fármacos. Recientemente, la Comisión Europea ha patrocinado un modelo para Farmacia Comunitaria³⁸².

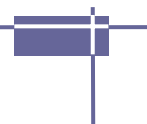
La implantación del SFT también podría desarrollarse mediante una subcontrata o bien con la figura de experto en SFT en la farmacia.

La subcontrata podría plantearse en el caso de que la farmacia no tuviese personal formado para la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico. Si el SFT se realizara por un experto, se tendría que llegar a un acuerdo sobre si es el titular de la farmacia el que cobra el servicio al paciente y le paga al experto o bien es el experto el que cobra por el SFT y le da parte del pago por este servicio al titular.

Al contratar un experto para la realización del SFT puede ocurrir que el experto subcontratado, en un momento dado, decida prestar sus servicios fuera de la farmacia con el riesgo de que el SFT salga de la misma, como es el caso de Australia. En este país, algunos Estados apuestan porque sea el farmacéutico comunitario quien realice este nuevo servicio y otros que lo hacen porque sea un especialista, en este último supuesto, en la farmacia comunitaria seguirían sin implantarse nuevos servicios asistenciales.

Respecto a la "percepción de los farmacéuticos sobre su futuro Profesional en Atención Farmacéutica"³⁸³, se comentaba que existen opiniones favorables a que el SFT pueda proveerse fuera de las farmacias comunitarias. A pesar de ello, esta opción no parece que sea la más adecuada para la farmacia ya que uno de los motivos de la implantación de nuevos servicios es la necesaria reprofesionalización de la misma.

En España, el modelo de gestión de farmacia está centrado en la venta de productos. Si en este sistema se empiezan a contratar especialistas se corre el riesgo de que estos decidan proveer este servicio fuera de la farmacia comunitaria, como se comentaba anteriormente, con lo que el objetivo de implantar nuevos SPF en la misma no se llevaría a cabo y el futuro de la farmacia comunitaria se vería en peligro.



El objetivo de la implantación de SPF es que el farmacéutico comunitario asuma su papel como profesional sanitario garante de la salud del paciente. De ahí que la implantación de nuevos servicios asistenciales deba realizarse dentro de la propia farmacia.

En farmacias en las que sólo hay un farmacéutico debe ser éste el encargado de realizar SFT. Cuando en una farmacia trabaja más de un farmacéutico, el titular de la farmacia debe ser el que tome la decisión de quién va a proveer el nuevo servicio en base a su formación, experiencia clínica, habilidades de comunicación, etc. Es importante que el farmacéutico que realiza esta actividad se sienta respaldado por el resto de personal de la farmacia, en especial por el titular, ya que esto genera seguridad y confianza en las acciones que el responsable del servicio realice relacionadas con sus acciones clínicas, intervenciones farmacéuticas, etc.³⁰⁵. Sería ideal que todos los farmacéuticos del equipo de la farmacia estuvieran capacitados para realizar SFT, aunque la práctica del Seguimiento requiere que el farmacéutico que la realiza se encuentre fuera del mostrador, en una ZAP, con lo que tendrá que haber otros profesionales encargados de realizar el resto de SPF como son la Dispensación e Indicación.

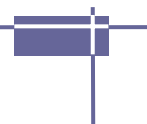
Para ayudar al farmacéutico comunitario a la implantación de nuevos servicios asistenciales se han desarrollado varios procedimientos:

El Método Dáder es un método para la realización del SFT que se basa en la obtención de información, mediante una entrevista al paciente, sobre sus problemas de salud y su farmacoterapia para a partir de estos datos elaborar la historia farmacoterapéutica del mismo⁴². A través de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, que plasman la situación de su salud y sus tratamientos farmacológicos en distintos momentos en el tiempo, y que permiten evaluar los resultados de la farmacoterapia. Una vez realizado su estudio se establece un plan de actuación con el paciente que llevará a la realización de una serie de intervenciones por parte del farmacéutico con el fin de mejorar su estado de salud.

Existen también procedimientos consensuados como los de Foro de Atención Farmacéutica⁶⁹ que pretende ser un instrumento para facilitar el trabajo en Atención Farmacéutica, conforme a la evidencia científica y la normativa actual, adaptando la práctica del día a día a cada paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria; existe también una Guía Práctica para los servicios de Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria, de reciente aparición²⁶¹, que describe de forma detallada los procedimientos a seguir en la realización de cualquiera de los tres servicios que constituyen la Atención Farmacéutica (Dispensación, Indicación y Seguimiento Farmacoterapéutico³⁸⁴). Se trata de una herramienta de gran ayuda y de fácil manejo en el día a día de la práctica farmacéutica asistencial.

El apoyo necesario para comenzar a implantar SPF en la farmacia comunitaria podría consistir en utilizar farmacéuticos formados que ayudaran, in situ, es decir en la propia farmacia^{100,385}, al farmacéutico comunitario tratando de aportar soluciones a los problemas y dificultades que surjan durante la implantación del SFT; por ejemplo, si el farmacéutico no sabe cómo captar pacientes, éste profesional le enseñaría habilidades para captarlos, si no sabe hacer intervenciones clínicas le daría el soporte necesario, etc. En conSIGUE¹⁰⁰ esta figura se denomina “formador colegial”. Es una figura que además actuará como un control necesario para la evaluación de los indicadores de proceso, que permitirán verificar que el servicio que se ofrece es sin duda el servicio de SFT^{386,387}.

Aunque en nuestro estudio, parte de los encuestados referían que debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas sean los que provean de este servicio a la sociedad, después de todo lo expuesto anteriormente, parece mejor que sea el farmacéutico generalista, con formación específica adicional, quien realice este servicio y que, además, no se subcontrate. Nosotros opinamos que la especialidad de SFT supone una restricción a su implantación generalizada ya que haría que los SPF no se realizaran por la mayoría de farmacéuticos que es en realidad el objetivo final para una reprofesionalización de la farmacia comunitaria.



En este factor se incluye el liderazgo del Consejo General ya que se entiende que esta organización debe estar al frente de este cambio profesional⁸⁹.

Se considera que uno de los facilitadores para cambiar la práctica de los farmacéuticos, es desarrollarse profesionalmente en una dirección apoyada tanto por los COF como por el Consejo^{73,170,189,388}, por lo que el apoyo de las organizaciones profesionales constituye un pilar fundamental para garantizar el éxito de la implantación de SPF en la farmacia comunitaria³²⁰.

En España, se está produciendo un cambio de actitud en la dirección del Consejo que queda de manifiesto en diversas acciones realizadas recientemente por esta institución. En primer lugar, se puede citar el Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica^{389,390} que es el conjunto de acciones dirigidas a difundir e implantar el modelo de Atención Farmacéutica a nivel nacional y constituye una actividad declarada de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Además, en 2004 la Organización Farmacéutica Colegial impulsó la formación de un grupo de trabajo compuesto por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos (primaria, hospitalaria y comunitaria) relacionados con la Atención Farmacéutica, que pasó a denominarse Foro de Atención Farmacéutica (Foro). Como resultado de los trabajos de este grupo de consenso, en febrero de 2008 se publicó el documento de consenso de Foro de Atención Farmacéutica⁶⁹. Recientemente, y como continuación a los trabajos de Foro de Atención Farmacéutica se ha constituido un nuevo grupo, denominado Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF en FC) que es un grupo de trabajo y debate constructivo formado por farmacéuticos representados en las siguientes instituciones: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), Fundación Pharmaceutical Care España y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

En 2010, el CGCOF apoya el programa conSIGUE¹⁰⁰ que cuenta así mismo con el respaldo del Ministerio de Sanidad y Política Social y de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) que participen en el mismo ya que las organizaciones farmacéuticas locales han sido alentadas por el Consejo para apoyar el mencionado programa^{320,391}. El gobierno español considera la reducción del gasto sanitario como una prioridad en sus planes estratégicos de salud en el futuro por lo que junto con el CGCOF han apoyado la prestación de servicios relacionados con la medicación en las farmacias comunitarias^{392,393}.

En el IV Congreso de SEFAC (Valencia 2010), la presidenta del Consejo General, Carmen Peña, animó a las sociedades científicas, SEFAC y Fundación Pharmaceutical Care, a su participación en el conSIGUE lo que también constituye una muestra de liderazgo, colaboración interinstitucional y apuesta por el cambio. Peña considera que es fundamental que este proyecto salga adelante ya que según sus propias palabras "este estudio permitirá obtener la certeza de que la implantación del servicio de SFT beneficia a todos, profesionales y sociedad"³⁹⁴.

En este mismo año aparece la Guía Práctica para los servicios de Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria^{261,395} que busca que los acuerdos adoptados para la implantación de los Servicios de Atención Farmacéutica alcancen la máxima difusión.

Hasta tal punto el Consejo está modificando su actitud que su presidenta, Dña. Carmen Peña, ha afirmado que el Consejo de Europa, la OMS, la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y, más recientemente, el propio Senado español, entre otros, están otorgando un papel protagonista al farmacéutico en labores asistenciales centradas en el paciente, solicitando una mayor participación de farmacéutico comunitario en el conjunto de los sistemas sanitarios^{396,397}.

Durante 2013, y con el lema de "Tu farmacéutico se compromete contigo", el Consejo General de Farmacéuticos pone en marcha nuevos proyectos para mejorar la salud del paciente. El objetivo es continuar mejorando

la prestación farmacéutica que ofrecen las 21.427 farmacias que asisten diariamente a dos millones de ciudadanos³⁹⁸.

En nuestro estudio, los farmacéuticos encuestados también manifestaron que debe ser el Consejo General, como representante de todos los farmacéuticos, el que debe liderar la implantación del SFT. Así mismo este cambio profesional debe ser apoyado por la Administración Sanitaria⁸⁹.

Factor 4: Profesionalidad del farmacéutico

El SFT representa la apuesta profesional del farmacéutico para mejorar la calidad de vida del paciente a través del uso adecuado, seguro y eficaz de su medicación, mediante la vigilancia y evaluación de sus resultados⁶⁹.

El farmacéutico al realizar SFT, aparte de ayudar al paciente individualmente, se implica en las políticas de calidad y uso racional de los medicamentos, de forma que ayuda a resolver problemas relacionados con medicamentos (PRM) y los consiguientes resultados negativos asociados a la medicación (RNM)^{59,338,399}. Según Foro, *“los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos”*⁶⁹.

Así, la realización de SPF haría que tanto el resto de profesionales sanitarios como los propios pacientes vieran la farmacia como un centro sanitario y no como una empresa distribuidora de medicamentos y productos de higiene y cosmética que es en muchos casos la imagen que ofrece la farmacia comunitaria en la actualidad^{401,402,403,404}. Algunos autores⁴⁰⁴, basándose en esta última percepción, son muy críticos respecto a la farmacia actual:

“No alcanzo a distinguir esa ‘actividad clínica’ que la oficina de farmacia ‘ya tiene’. Tomar un envase de la estantería, ponerlo

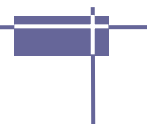
sobre el mostrador, recortar el precio del estuche, recoger la receta, cobrar. Basta con estar un rato en cualquier farmacia de España para advertir que casi todos, o todos, los actos del farmacéutico son actos mercantiles sin actividad científica alguna y menos, clínica; puros actos de venta de productos dosificados, envasados, estuchados y cuyo uso es explicado en un prospecto adjunto aprobado por el Gobierno y previamente al enfermo por el médico que los prescribe. Incluso en ocasiones el comercio es de cosméticos, potitos, pañales, etc. Y no de medicamentos⁴⁰⁴.

En la misma línea, otros autores afirman que, de momento, está claro que la farmacia es un “comercio minorista” y, es cierto, de carácter sanitario. Pero primero va el sustantivo comercio y después el adjetivo sanitario⁴⁰⁵.

Es cierto que aunque toda actividad profesional tiene un componente económico quizás éste, en el caso de la farmacia comunitaria, ha primado para algunos farmacéuticos sobre los aspectos profesionales. Existen farmacéuticos que pueden implicarse en la dispensación pero para ellos el SFT supone asumir responsabilidades en las que no están interesados, máxime cuando se trata de un servicio complejo y actualmente no remunerado¹⁸⁵. Además, es necesario recordar que la entrega del medicamento sin ninguna información adicional no puede considerarse una dispensación por lo que existen farmacéuticos que no realizan siquiera este acto profesional^{142,406}.

En contraposición con esa idea tan comercial, otros autores afirman que el Seguimiento supone una obligación ética y moral del farmacéutico, que debe dar el paso y empezar a implantarlo para demostrar el impacto de este servicio^{49,77}. “Es difícil, pero no tenemos más remedio que hacerlo. Está en juego nuestro futuro profesional”⁴⁰⁷.

Son pues necesarios cambios dentro de la farmacia comunitaria que logren integrar lo que supone el negocio de la farmacia con la vertiente profesional orientada a la atención de la salud del paciente^{50,138,210,308,388}.



Debería considerarse al farmacéutico como un elemento necesario en el sistema sanitario¹¹². Este hecho queda patente en numerosos estudios en los que se demuestra que la realización de SFT por los farmacéuticos genera beneficios en la salud del paciente^{408,409,410,411,412,413,414,415}. Por ello resulta obvio que el desarrollo del farmacéutico como profesional de la salud debe primar sobre la concentración en venta de productos^{206,313}.

Cada vez más, las administraciones sanitarias y demás agentes de salud están de acuerdo en la imprescindible labor del farmacéutico en la dispensación de medicamentos. La mayoría de ellos también están de acuerdo en la necesidad de la presencia del farmacéutico en la prevención sanitaria. Así, en un reciente informe del Dr. Bernat Soria (22 de enero de 2011), se concluye que:

“Se debe potenciar la labor del farmacéutico de Oficina de Farmacia como elemento de información al paciente y difusor de programas de prevención sanitaria, así como su potencial como educador sanitario o como organismo de control de un correcto cumplimiento y seguimiento terapéutico del paciente.

Se debe aprovechar el potencial del farmacéutico como profesional sanitario capaz de hacer un eficiente Seguimiento Farmacoterapéutico, sobre todo en aquellos pacientes polimedicados, con dependencia, y pacientes de centros sociosanitarios. Es necesario aprovechar y reconvertir a la Oficina de Farmacia hacia un elemento clave del sistema sanitario”.

Es preciso que la farmacia comunitaria española vea la implantación de nuevos servicios (SFT), además de como una oportunidad para crecer profesionalmente y una forma de cumplir con la misión que tiene encomendada la farmacia^{69,261,416}, como la solución a una posible desprofesionalización⁴¹⁷ e incluso desaparición debido a una excesiva orientación comercial^{100,305,308,407,418}.

Existen farmacéuticos comunitarios, una minoría, que ya están realizando SPF. Éstos pueden servir de modelo a imitar además de aportar información para el desarrollo de estrategias que ayuden a aquellos que aún no los hayan

implantado. De este modo los farmacéuticos innovadores pueden utilizarse como facilitadores en sí mismos^{52,169,240} ya que el impacto producido por la implantación de nuevos servicios asistenciales es el mejor método para su ejecución, pues como decía Einstein:

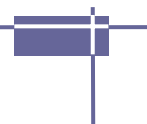
“Dar el ejemplo no es la principal manera de influir sobre los demás; es la única manera.”

En la farmacia se realizan distintas actividades que engloban actividades administrativas o de gestión y actividades de atención asistencial a los pacientes. La distribución por tareas y la importancia asignada a las diferentes actividades marcan el día a día de la farmacia^{185,419}.

El titular juega un papel fundamental a la hora de organizar las actividades que se realizan³⁰³ y, por tanto, a la hora de decidir qué servicios se ofrecen y cuáles no en su farmacia, así como el orden de prioridades ante los diversos trabajos que se deben realizar en la misma^{188,303}. Es el encargado de decidir la estrategia para integrar la realización de SPF en la gestión global de la farmacia³¹³, ésta debe ser una decisión personal ya que así habrá una mayor probabilidad de que los servicios se implanten y sean sostenibles³¹³.

Es una realidad que el futuro profesional de la farmacia está en juego²⁵⁰ y que su existencia depende de que el farmacéutico comunitario sea capaz de dar el paso de una farmacia tradicional, basada en la dispensación y/o venta de medicamentos, productos sanitarios y productos de parafarmacia, hacia una farmacia innovadora, basada en la realización de servicios clínicos y, por tanto, en la oferta del SFT.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, en nuestro estudio, los farmacéuticos comunitarios encuestados concluyen que es preciso que el farmacéutico cambie de actitud, asuma su responsabilidad y compromiso como profesional sanitario e implante nuevos servicios de forma que la farmacia comunitaria se contemple como un centro asistencial.



Consideramos que sólo mediante la implantación de SPF se conseguirá que tanto el paciente como otros profesionales sanitarios vean en el farmacéutico al profesional sanitario responsable del control de los problemas de salud de los pacientes, mediante la identificación, prevención y resolución de PRM y RNM.

Los resultados obtenidos en la reunión grupal son muy similares a los que se habían obtenido en dicho estudio^{73,245}, lo que aporta convergencia⁴²⁰ y validez cruzada, o confiabilidad⁴²¹, a los resultados. En ambos, el pago por servicios aparece como el facilitador prioritario, previo a la implantación del SFT, indispensable para su realización cotidiana, y necesario para su sostenibilidad.

La escasa implantación del SFT en España es un dato bien descrito^{88,94,170}. Probablemente la falta de pago por el servicio tenga una influencia directa en este hecho ya que puede justificar, por un lado el que sean pocos los farmacéuticos que se animan a implantar un servicio que supone esfuerzo y gasto económico, sin obtener ninguna recompensa en términos de rentabilidad y por otro, que aquellos farmacéuticos innovadores que se han animado a implantar el servicio¹⁰¹, en muchos casos lo hayan tenido que dejar por efecto del ya conocido cansancio o *burnt-out*^{298,299}. Sin embargo tampoco se debe olvidar que la implantación del SFT depende de muchos factores, no tan solo del que estamos discutiendo, y que por tanto, siendo importante, no se deben obviar el resto de facilitadores identificados hasta el momento^{170,189,262,365}.

En el presente estudio también se pone de manifiesto la importancia de la colaboración con los médicos¹⁹⁶, la necesaria implicación de las Administraciones sanitarias¹⁰⁰, y la concienciación de los pacientes en cuanto a la capacidad de los farmacéuticos para proveer este tipo de servicios^{112,164}.

Para implantar SPF el farmacéutico comunitario demanda una formación más clínica^{361,367} por lo que resulta imprescindible que la Universidad reoriente los estudios tanto de pregrado como de postgrado.

En cuanto al reconocimiento profesional, se considera como un incentivo la acreditación de la farmacia que realiza SFT y que su realización tenga relevancia a nivel curricular para el farmacéutico proveedor. Este reconocimiento tiene gran importancia para lograr una implicación voluntaria y motivada del farmacéutico no titular de forma que tenga relevancia a nivel de la carrera profesional, tal como propone SEFAC, mediante la acreditación de un perfil profesional ajustado a la experiencia en la prestación de una cartera de servicios profesionales y del tiempo de ejercicio en tareas asistenciales y de Atención Farmacéutica^{133,422}.

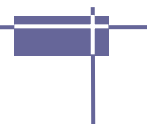
7.- Conclusiones

“No confiéis en quien haya perdido la fe.”

(William Shakespeare: Enrique VI, 3ª parte | Acto 4, Escena 4)

Conclusiones

- (1) El farmacéutico que realiza SFT necesita reconocimiento económico o de otro tipo, por la realización del mismo.
- (2) El pago por servicios supone un paso previo, imprescindible para la implantación y posterior sostenibilidad del Seguimiento Farmacoterapéutico, ya que un servicio que no es rentable, no puede mantenerse en el tiempo.
- (3) Actualmente con la reducción de la rentabilidad derivada de la dispensación del medicamento, el cobro por el servicio adquiere una mayor trascendencia para la farmacia comunitaria.
- (4) La remuneración del SFT debe suponer un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento.
- (5) Comunicar correctamente los servicios que se realizan en la farmacia comunitaria es muy importante para que la población sea consciente de que la farmacia, además de dispensar los medicamentos, puede ayudar a que éstos sean efectivos y seguros.
- (6) Las campañas de marketing del servicio ayudarán al resto de profesionales sanitarios a entender en qué consiste el SFT, facilitando así la imprescindible colaboración del colectivo médico.
- (7) Es necesaria la existencia de un experto en SFT que se responsabilice de la implantación y posterior provisión del servicio.
- (8) Para una correcta y eficiente provisión del SFT, el farmacéutico debe realizar una formación post grado adicional que le aporte los conocimientos y competencias necesarias.



- (9) El Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, como representante de todos los farmacéuticos, es quien debe liderar la implantación del SFT.

- (10) La implantación del SFT aumenta la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario, de forma que una farmacia proveedora de servicios como el SFT se muestra como un centro sanitario y no sólo como una empresa.

- (11) Es preciso que Administración, Universidad, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Asociaciones científicas se unan, en favor de la salud de los ciudadanos, facilitando la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

8.- Bibliografía

Bibliografía

- 001 García R. Autocuidado de la salud. Del farmacopola al boticario: un breve recorrido por la historia y las artes. Discurso de ingreso en la Academia de Farmacia Santa María de España. Murcia, Junio 2009
- 002 Farmacéuticos. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Número especial. Septiembre 1999
- 003 Esteva de Sagrera J. Historia de la farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Barcelona: Masson; 2005
- 004 Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56: 1758–1764
- 005 Plaza F. La atención farmacéutica. Situación actual y evolución de la prestación farmacéutica: motivos del cambio. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 48-51
- 006 Parrilla F. En busca del origen de los farmacéuticos titulares. *Gac Sanit* 2009; 23(1): 72-75
- 007 Brodie DC, Benson RA. The evolution of the clinical pharmacy concept. *Drug Intell Clin Pharm* 1976; 10: 507
- 008 Mikeal RL, Brown TP, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975; 32: 567-574
- 009 Brodie DC, McGhan WF, Lindon J. Theoretical Base for Pharmacy Practice. *Am J Hosp Pharm* 1991; 48(3): 536-540
- 010 Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Ed* 1980; 44: 276-278
- 011 Hepler CD. Pharmacy as a clinical profession. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42(6): 1298-1306
- 012 Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement. *Am J Pharm Ed* 1987; 51: 369-385
- 013 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543

- 014 WHO policy perspectives on medicines. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/>. [acceso 20 de enero de 2010]
- 015 Dolinsky DE, Lonie JM. Sociological implications of pharmaceutical care. En: Knowlton CH, Penn RP. *Pharmaceutical Care*. (2ª ed.). Bethesda (EEUU): American Society of Health-System Pharmacy. 2003 ISBN: 1-58528-037-2
- 016 Desselle SP. Pharmaceutical care as a management movement. En: *Pharmacy management. Essentials for all practice settings*. p.7 (2nd ed.) Desselle SP, Zgarrick DP (eds.) New York. McGraw Hill. 2005 ISBN: 978-0-07-149436-6
- 017 Hepler CD. Evolution des services pharmaceutiques, página 93. En *Actas del Consejo de Europa: Le pharmacien face au défi des nouvelles orientations de la société*. Strasbourg, 18-20 Octubre, 1995
- 018 Gastelurrutia MA. Reflexiones sobre el término Atención Farmacéutica. Hacia un correcto uso del mismo. *Aula de la farmacia* 2009; 3: 43-50
- 019 Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference?. *Drugs* 1995; 49:1-10
- 020 Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. Minneapolis: McGraw-Hill; 1998
- 021 Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37(6): 647-661
- 022 Alvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiedes L, et al. [Pharmaceutical care in people who have had acute coronary episodes (TOMCOR study)]. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 375-387
- 023 Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the pharmaceutical care project in Minnesota. *Am Pharm* 1995; NS35: 30-39
- 024 Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. *Ars Pharm* 1995; 36(2): 285-292
- 025 López-Cuello M, Cabezas MD, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Origen de la atención farmacéutica en España: El Congreso de Ciencias Farmacéuticas de Alcalá de Henares de 1995. *Ars Pharm* 2010; 51 (Supl 3): 15-21

- 026 Martí M. Origen e historia de la Fundación Pharmaceutical Care España, El Farmacéutico 2002; 273:101-105
- 027 Simposio de oficina de farmacia. En: Libro de resúmenes, ponencias y comunicaciones, Tomo II. V Congreso de Ciencias Farmacéuticas -XVI Jornadas nacionales de A. E. F. I. Rumagr Atención Farmacéutica S.A. Alcalá de Henares. Madrid; 1995
- 028 Fundación Pharmaceutical Care. Quienes somos. Disponible en: <http://www.atencionfarmaceutica.org/contenido.php?mod=estatico&menu=1.1&contenido=introducción>. [acceso 30 de noviembre de 2009]
- 029 Amariles P, Faus MJ, Martínez F. Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid, Ergon. ed.; 2008. 210p ISBN: 978 84 8473 609 7
- 030 Panel de consenso. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. Pharm Care Esp 1999;1:107-112
- 031 Martínez-Martínez F, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Régimen posológico inadecuado: Problema relacionado con medicamento (PRM) sí clasificado. Pharm Care Esp 1999; 1: 458
- 032 Díez Rodrigálvarez MV. Clasificación de problemas relacionados con la medicación según el Consenso de Granada. Sugerencia de definición para el PRM 3. Pharm Care Esp 2000; 2: 139-140
- 033 Castrillón CC, Martínez-Martínez F, Faus MJ, Gastelurrutia MA. Problemas relacionados con medicamentos (PRM) identificados durante la provisión de Seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. Propuesta de un nuevo PRM. Revista portuguesa de farmácia 2011; Supl.V(LII); 5: 83
- 034 Castrillón CC, Faus MJ, Gastelurrutia MA. Información contradictoria entre diferentes médicos. Propuesta de un nuevo PRM. Farmacéuticos Comunitarios 2011; 3(4):151-155
- 035 Sabater-Hernández D. Servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Conceptos: resultados negativos asociados a la medicación y problemas relacionados con los medicamentos. Aula de la Farmacia 2011; 7(79): 28-34
- 036 "Centenario del Colegio de Farmacéuticos de Gipuzkoa". Ed. COF Gipuzkoa SS-1342/1999

- 037 Faus MJ, Fernández-Llimós F, Martínez-Romero F, Eds. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Casos Clínicos. Barcelona. Universidad de Granada; 2001
- 038 Faus MJ. Atención Farmacéutica. Fundamentos de Farmacología básica y clínica. Universitaria Ramón Areces. 2005
- 039 Faus MJ. Programa Dáder. Pharm Care Esp 2000; 2: 73-74
- 040 Martínez-Martínez F, Fernández-Llimós, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Resultados de la fase piloto. Ars Pharm 2001; 42(1): 53-65
- 041 Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada; 2003
- 042 Sabater D, Silva MM, Faus MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera edición. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica; 2007
- 043 WHO consultative group on the role of pharmacist. The role of pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: Curricular development. WHO/PHARM/97/599. [acceso 16 Nov 2007]. <http://www.who.int/medicines/>
- 044 Fikri-Benbrahim N, Faus MJ, Martínez-Martínez F, González-Segura D, Sabater-Hernández D. Effect of a pharmacist intervention in Spanish community pharmacies on blood pressure control in hypertensive patients. The AFenPA study. Am J Health-Syst Pharm 2012; 69(15): 3111-3118
- 045 Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MA, Prats-Más R, Marín-Magán F, Galán-Ceballos JA, Jiménez-Martín J, Faus MJ. Effectiveness of Dader Method for Pharmaceutical Care on control of blood pressure and total cholesterol in outpatients with cardiovascular disease or cardiovascular risk: EMDADER-CV randomized trial. J Manag Care Pharm 2012; 18(4): 311-323
- 046 Sociedad Española de Farmacia comunitaria. Historia Sefac. <http://www.sefac.org/historia>. [acceso 20 de octubre de 2009]
- 047 Sociedad Española de Farmacia comunitaria. Filosofía Sefac. <http://www.sefac.org/filosofia>. [acceso 20 de octubre de 2009]

- 048 Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-222
- 049 Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
- 050 Wiedenmayer K, Summers RS, Macjie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. *Developing a Pharmacy practice. A focus on patient care.* The Hague: Ed. WHO and FIP; 2006
- 051 Del Arco J, Ruiz Golvano J, Menoyo C. La implicación de las farmacias en la prevención y tratamiento de las toxicomanías. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 138-142
- 052 Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2005
- 053 Sánchez-Caro J, Abellán F. La relación clínica farmacéutico-paciente. Cuestiones prácticas de Derecho Sanitario y Bioética, Ed. Comares. Granada, 2007: 81-104
- 054 Menéndez E, Lafita J, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2(4): 154-161
- 055 Rodríguez MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Pérez E, Martínez-Martínez F, Faus MJ. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria* 2011; 43: 245-253
- 056 Arrillaga MA, Martínez ML, Ortega B, Sanz S, Zulaika D. Detección del virus de la inmunodeficiencia humana en farmacias del País Vasco: balance de implantación. *Farmacéuticos. (Monografía sobre el sida)* 2011; 365: 10-13
- 057 Gastelurrutia MA. El rol de la farmacia comunitaria en salud pública. (El caso del farmacéutico ante las toxicomanías). *Farmacéuticos Comunitarios* 2012; 4(2): 78-83
- 058 Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1949-1456
- 059 Tuneu L, García-Peláez M, López S, Serra G, Alba G, de Irala C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 177-192

- 060 Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis doctoral]. Madrid: Ergon; 2004
- 061 Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41(2):192–199
- 062 Fajardo P. Resultados negativos asociados a la medicación causa de consulta a servicios de urgencia hospitalarias. [Tesis doctoral] Universidad de Granada; 2011
- 063 Alvarez de Toledo F, Fernández de Cano N, editores. Medafar hipertensión. Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en hipertensión. Madrid: Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), Laboratorios Esteve S.A.; 2007
- 064 World Medical Association. Statement on the relationship between physicians and pharmacists in medical therapy. Adopted by the 51st World Medical Assembly, Tel Aviv, Israel, October 1999 and amended by the WMA General Assembly, Vancouver, Canada, October 2010. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/m33/index.html> [acceso 13 de mayo de 2011]
- 065 Gastelurrutia MA. Servicios farmacéuticos remunerados en la farmacia comunitaria. Discurso de ingreso en la Academia Iberoamericana de Farmacia Granada-Sevilla. Granada, octubre 2012
- 066 Ellis SL, Billups SJ, Malone DC, Carter BL, Covey D, Mason B, et al. Types of interventions made by clinical pharmacists in the IMPROVE study. Impact of Managed Pharmaceutical Care on Resource Utilization and Outcomes in Veterans Affairs MedicalCenters. *Pharmacotherapy* 2000; 20(4):429-435
- 067 Peña E, Gómez JC. Documento de consenso. Abordaje de los síntomas y patologías digestivas más frecuentes en farmacia y atención primaria. Barcelona: Elsevier; 2008
- 068 Gastelurrutia P, Benrimoj SI, Espejo J, Tuneu L, Mangues MA, Bayes-Genis A. Negative Clinical Outcomes Associated With Drug-Related Problems in Heart Failure (HF) Outpatients: Impact of a Pharmacist in a Multidisciplinary HF Clinic. *J Card Fail* 2011; 17(3): 217-223

- 069 Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4
- 070 Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM). *Ars Pharm* 2007; 48(1): 5-17
- 071 Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez-Martínez F. Evolución del concepto de problema relacionado con los medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguim farmacoter*2005; 3: 167-188
- 072 Hepler C. A dream deferred. *Am J Health-Syst Pharm* 2010; 67: 1319-1325
- 073 Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio. *Aten Primaria* 2013; 45(7): 368–375. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.005>
- 074 Climent MT, Villaplana AM, Dols D, Martínez R, Tortajada M, Moreno L. Prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. Estudio piloto. *Farmacéuticos Comunitarios* 2012; 4(3): 96-100
- 075 Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-184
- 076 García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martín M, Espejo-Guerrero J, Faus MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2008; 49: 145-157
- 077 López Guzmán J. La Atención Farmacéutica desde la perspectiva ética. *El Farmacéutico* 1998; 214: 56-61
- 078 Baena I, Fajardo P, Luque FM, Marín R, Arcos A, Zarzuelo A, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario: resultados de la validación de un cuestionario. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 345-357
- 079 Alonso P, Otero MJ, Maderuelo JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farm Hosp* 2002; 26: 76-90

- 080 Martin MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2002;118(6): 205-210
- 081 Howard RL, Avery AJ, Howard PD, Partridge M. Investigation into the reasons for preventable drug related admissions to a medical admissions unit: observational study. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 280-285
- 082 Herrera J. La Atención Farmacéutica como actividad asistencial. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 61-63
- 083 Declaración del papel del farmacéutico en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas. FIP 2006. https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=285&table_id= [acceso 20 de junio de 2010]
- 084 Baos V, Faus MJ. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Madrid: Dispublic; 2008
- 085 Guía conjunta de la FIP/OMS sobre la buena práctica farmacéutica: estándares de calidad de los servicios farmacéuticos. FIP/OMS 2011. <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf> [acceso 30 de mayo de 2012]
- 086 Rogers EM. Diffusion of innovations. 5ª ed. Nueva York: Free Press; 2003
- 087 Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M, Noain MA, Castrillón CC. Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2009; 11: 52-62
- 088 Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Feletto E, Cardero M, Gastelurrutia MA. Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación a la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2011; 52(3): 35-45
- 089 Gil MI, Cardero M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Priorización de Facilitadores para la gestión del cambio en la práctica de la Farmacia Comunitaria en España. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla, octubre de 2009. *Pharm Care Esp* 2009;11 (Supl Congreso I): [Póster 51; CD-ROM]
- 090 Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del

- seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios* 2013; 5(3): 96-102
- 091 Moullin JC, Sabater-Hernandez D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Res Soc Admin Pharm* 2013. pii: S1551-7411(13)00041-7 [Epub ahead of print]
- 092 Faus MJ. Atención Farmacéutica: Servicios farmacéuticos orientados al paciente. En: Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. *Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos*. Madrid. Ed Ergon. 2008 ISBN: 978-84-8473-609-7
- 093 Hughes CM, Hawwa A, Scullin C, Anderson C, Bernstein CB, Björnsdóttir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci* 2010; 32: 472-487
- 094 Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation. *Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries*. *Curr Pharm Des* 2004; 10: 3969-3985
- 095 Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernandez-Llimos F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother* 2005; 39(12): 2105-2110
- 096 Dualde E. Evaluación de los cursos telemáticos del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (2001-2004). [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2008
- 097 Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: Pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. *J Soc Admin Pharm* 1996; 13: 74-78
- 098 Aguas Y. Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2005
- 099 Kassam R, Kwong M, Collins JB. Promoting direct patient care services at community pharmacies through advanced pharmacy practice experiences. *Int J Pharm Pract* 2013 doi: 10.1111/ijpp.12016
- 100 Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Farragher T, Feletto E, García Delgado P, Sáez-Benito L, et al. Resultados de la primera fase del programa conSIGUE. Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del seguimiento

farmacoterapéutico en mayores polimedcados. Madrid. Ed. Ergon. 2012 ISBN:
978-84-8473-931-9

- 101 Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney; 2003
- 102 Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Sigma Dos. Madrid. APROAFA. Septiembre de 2001
- 103 Gastelurrutia MA, de San Vicente OG, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernandez-Llimos F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. Pharm World Sci 2006; 28(6): 374-376
- 104 Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguir Farmacoter 2005; 3(2): 65-77
- 105 Nunes B, Baptista I, Contreiras T, Falcao JM. Estudio nacional de Satisfação dos Utentes com as Farmaciás. Lisboa. Ed. Centro de Estudios de farmacoepidemiologia da Associação Nacional das Farmacias (CEFAR-ANF). 2001
- 106 Imagen Social y aspectos de actualidad sobre los farmacéuticos de Farmacia de la provincia de Alicante. Alicante: COF de Alicante; 2002
- 107 Encuesta sobre "Valoración de los ciudadanos de la Región de Murcia en torno al servicio que dispensan las oficinas de farmacia y el papel del farmacéutico en las actuales estructuras socio-sanitarias". Murcia. Ed. COF Murcia. 2006
- 108 Estudio sobre la percepción de la población del País Vasco con los servicios farmacéuticos. Consejo de Farmacéuticos del País Vasco. 2007
- 109 Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Murillo L, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Percepción de los pacientes sobre la indicación farmacéutica, los farmacéuticos y las farmacias comunitarias en siete farmacias aleatorizadas en Sevilla capital. Rev. O.F.I.L. 2007, 18;1: 27-36

- 110 Rodríguez MA, Rodríguez A, García E, Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004.; 1(3): 10-26
- 111 Fornos JA, García P, Fernández M, Andrés NF, Andrés JC. Evaluación del conocimiento, el cumplimiento y la satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en la oficina de farmacia. *Av. Diabetol* 2008; 24(5): 399-406
- 112 Sabater M, Feletto E, Martínez-Martínez F, Gil MI, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI. Percepción del paciente mayor polimedcado sobre el rol del farmacéutico comunitario. *Pharm Care Esp* 2011; 13(6): 271-279
- 113 Armando P, Uema S, Solá N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2005; 3(4): 205-212
- 114 Armando PD, Martínez S, Martí M, Solá N, Faus MJ. Development and validation of a Spanish language patient satisfaction questionnaire with drug dispensing. *Pharm World Sci* 2008; 30: 169-174
- 115 Kassam R, Collins JB, Berkowitz J. Developing anchored measures of patient satisfaction with pharmaceutical care delivery: Experiences versus expectations. *Patient Prefer Adherence* 2009; 3: 113-122
- 116 Kassam R, Collins JB, Berkowitz J. Comparison of patients' expectations and experiences at traditional pharmacies and pharmacies offering enhanced advanced pharmacy practice experiences. *Am J Pharm Educ* 2010; 74(5). pii: 90
- 117 Armando PD, Martínez S, Molina AC, Martí M, Solá NH, Faus MJ. Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción de pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. *Rev Calid Asist* 2012; 27(6): 311-318
- 118 García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico.[Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2003
- 119 Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1 (3): 9-26
- 120 Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, Martínez-Martínez F, Moreno P, Calleja MA, Luque FM, Sierra F, Parras M, Romero JM, Vargas J, López E, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como

factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm* 2005; 46(4): 365-381

- 121 Rodríguez MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2009
- 122 Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez-Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (3): 195-205
- 123 Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. *Pharm World Sci* 2006; 28(2): 65-72
- 124 Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359: 1577-1589
- 125 Sanz A. Los modelos de decisión como herramienta de evaluación de intervenciones sanitarias. *Farmacéuticos Comunitarios* 2013; 5(1): 13-19
- 126 Solá N, Cámara R, Cosín A, Dago A, Gutiérrez P, Salar L. Programa D-Valor: evaluación de registros de dispensación de estatinas. *Farmacéuticos Comunitarios* 2013; 5(2): 65-68
- 127 García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ. Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003;1(2): 38-42
- 128 Castrillón CC, Faus MJ, Santos P, Calvo B, García-Delgado P, Gastelurrutia MA. Percepción de los pacientes sobre el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2010; 12(1): 4-11
- 129 Vilanova L, Bellver-Monzó O, Mena S, Villagrasa V. Estudio del coste-beneficio de un programa de seguimiento a pacientes con riesgo cardiovascular. *Farmacéuticos Comunitarios* 2012; 4(3): 102-106
- 130 Armour C, Brillant M, Krass I. Pharmacists' views on involvement in pharmacy practice research: Strategies for facilitating participation. *Pharmacy Practice* 2007; 5(2): 59-66

- 131 Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *Int J Pharm Pract* 2006; 14: 163-170
- 132 Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M, Sherbourne CD, Wells KB. Interventions in Organizational and Community Context: A Framework for Building Evidence on Dissemination and Implementation in Health Services Research. *Adm Policy Ment Health* 2008; 35: 21–37
- 133 Baixauli VJ, Satué E, Gil MI, Roig JC, Villasuso B, Sáenz de Buruaga S. Propuesta de la SEFAC sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. Primera edición. Madrid. Ed. ABCD Group-SEFAC. 2013. ISBN: 978-84-616-4031-7
- 134 Gastelurrutia MA on behalf of the FORUM on Pharmaceutical Care Consensus Committee. Spanish Consensus on Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Care Forum. *Pharm World Sci* 2009; 31(4): 494-508. DOI 10.1007/s11096-009-9298-8. PCNE Vimeiro (Portugal) 4-7 marzo de 2009
- 135 Council of Europe, Committee of Ministers. Resolution ResAP (2001) concerning the pharmacist's role in the framework of health security. Adopted by the Committee of Ministers on 21 March 2001 at the 76th meeting of the Ministers' Deputies. <http://cm.coe.int/ta/resAP/2001/2001xp2.htm> [acceso 10 de noviembre de 2010]
- 136 La declaración de Tokio. Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos. Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Tokio, Japón. 1993
- 137 Ley 16/1997 de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE nº 100 del 26 de abril; p.13450-2. Available at: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I16-1997.html. [acceso 2 de mayo de 2010]
- 138 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. "Dispensar y seguir al paciente". *Pharm Care Esp* 2009; 11 (Supl 1): 3-4
- 139 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. *Farmacéuticos* 2009; julio-agosto: 346
- 140 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. *Panorama Actual Med* 2009; 33 (326): 749

- 141 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. "Dispensar y seguir al paciente". (Editorial) *Farmacéuticos Comunitarios* 2009; 1(2): 45
- 142 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. "Dispensar y seguir al paciente". *AULA de la Farmacia* 2009; Noviembre: 61-62
- 143 Moreno JA. Estudio clínico de los factores de riesgo cardiovascular y su coste farmacológico en una muestra de pacientes derivados a endocrinología desde la atención primaria [Tesis doctoral]. Granada; 2006
- 144 Chedoe I, Molendijk HA, Dittrich STAM, Jansman FGA, Harting JW, Brouwers JRBJ, et al. Incidence and nature of medication errors in neonatal intensive care with strategies to improve safety: a review of the current literature. *Drug Saf* 2007; 30(6): 503-513
- 145 García Delgado P. Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2008
- 146 Santamaría A. Resultados Negativos asociados con Medicamentos como causa de ingreso hospitalario [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2008
- 147 Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(2):115-125
- 148 Ramos Linares S, Díaz Ruiz P, Mesa Fumero J, Núñez Díaz S, Suárez González M, Callejón Callejón G, et al. [Incidence rate of adverse drug effects in a hospital emergency unit and its associated factors]. *Farm Hosp* 2010; 34(6): 271-278
- 149 Foro de atención farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico. *Farmacéuticos* 2007; 329: 45-48
- 150 Foro de atención farmacéutica. PRM y RNM: conceptos y definiciones. *Farmacéuticos* 2006; 315: 28-29
- 151 Sáez-Benito L, Faus Dáder MJ, Feletto E, Fernandez-Llimos Somoza F, Plaza C, Benrimoj SIC. Propuesta de indicadores de proceso y descripción del seguimiento farmacoterapéutico en el pre-piloto de investigación del Programa conSIGUE. *Ars Pharm* 2010 ; 50 (Supl 1): 52-83
- 152 Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. Woods A. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1998; 15: 284-295

- 153 Penna RP. Pharmaceutical care: Pharmacy's mission for the 1990's. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 543-549
- 154 Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical Care. *Int J Pharm Pract* 2001; 9:163-168
- 155 Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención Farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2:193-200
- 156 Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 93-94
- 157 Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3 (3):144-149
- 158 Mahtani V. ¿Tan difícil es implantar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española?. *Aten Primaria* 2007; 39: 471-472
- 159 Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria* 2007; 39: 465-470
- 160 MacIntosh C, Weiser C, Wassimi A, Reddick J, Scovis N, Guy M, Boesen K. Attitudes toward and factors Atención Farmacéutica affecting implementation of medication therapy management services by community pharmacists. *J Am Pharm Assoc* 2009; 49 (1): 26-30
- 161 Fang Y, Yang S, Feng B, Ni Y, Zhang K. Pharmacists' perception of pharmaceutical care in community pharmacy: a questionnaire survey in Northwest China. *Health Soc Care Community* 2011; 19(2): 189-199
- 162 Westerlund LT, Bjork HT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden. *Ann Pharmacother* 2006; 40:1162-1169
- 163 Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004
- 164 Vázquez I. El fármaco y el paciente: un salto cualitativo. En: Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (Supl 1): 18-20

- 165 Pendergast JF, Kimberlin CL, Berardo DH, McKenzie LC. Role orientation and community pharmacists' participation in a project to improve patient care. *Soc Sci Med* 1995; 40: 557–565
- 166 Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services 1988–1995. *Pharmacotherapy* 1996; 16: 1188–1208
- 167 Benrimoj SI, Langford JH, Berry G, Collins D, Lauchlan R, Stewart K, Aristides M, Dobson M. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. *Pharmacoeconomics* 2000; 18 (5): 459-468
- 168 Benrimoj SI (Charlie). Dissemination, an important element in the implementation of a Pharmaceutical Service. En: Continuing professional development. How to disseminate a professional service that is being paid. Proceedings of the Community Pharmacy Section. 63th International Congress of FIP. Sydney. September 2003
- 169 Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos innovadores sobre el proceso de implantación del seguimiento farmacoterapéutico en España. *Ars Pharm* 2009; 50 (Supl 1): 48-49
- 170 Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillón CC, Casado de Amezúa MJ, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31: 32–39
- 171 Lee-Ham H, Dwyer J, Johnson I. Application of Nominal Group Technique to Evaluate a Community Health Status Report. 1996. *The Canadian Journal of Program Evaluation*: 11, 1
- 172 Olaz A. La técnica de grupo nominal como herramienta de investigación cualitativa. Madrid, ed. Bohodon: 2010 ISBN: 978-84-92828-57-9
- 173 Linstone HA, Turrof M. The Delphi method, techniques and applications, Addison wesley Publishing. 1975
- 174 Martínez-Sahuquillo ME, Echevarria MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. Método RAND/UCLA. *Rehabilitación* 2001; 35: 388-392
- 175 Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MS, Burnand B, La Calle JR, Lázaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual [monografía en Internet]. RAND Health Santa Mónica; 2001. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/

[acceso 24 de marzo de 2009]

- 176 Van het Loo M, Kahan JP. The RAND appropriateness method: an annotated bibliography through 1999. RAND Europe. Santa Monica: RAND Distribution Services; 1999
- 177 Landeta J. El método Delphi. Ariel 1999. Barcelona
- 178 Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL, Kamberg CJ, Park RE. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *N Eng J Med* 1998; 338: 1888-1895
- 179 Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J., Marteau T Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998; (2):3 (Executive summary)
- 180 McDaniel C, Gates RH, Gates R. Investigación de mercados. Cengage Learning Editores, 2005
- 181 Benassini M. Introducción a la investigación de mercados. Pearson Educación, 2001
- 182 Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. *Gac sanit* 2004;18 (2): 118-128
- 183 Stewart DW, Shamdasani PN, Rook DW. Focus Group. Theory and practice. *Applied Social Research Methods Series. Volume 20.* Sage Publications. Thousand Oaks, California (USA). 2007 ISBN: 0-7619-2583-X
- 184 Gibbs GR. Analyzing qualitative data. Sage publications Ltd. London 2010 ISBN 978-0-7619-4980
- 185 Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F. Taller sobre investigación cualitativa. Práctica de un Grupo Focal: Percepción de los farmacéuticos sobre su futuro profesional en Atención Farmacéutica. Ed. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Granada, 2010. ISBN: 978-84-608-1129-9
- 186 Samuels T, Guerreiro M, Tully MP. Focus groups and in-depth interviews are useful tools for qualitative research. *Pharm pract* 2005; 9: 190-194
- 187 Siccama CJ, Penna S. Enhancing Validity of a Qualitative Dissertation Research Study by Using NVIVO. *Qualitative Research Journal* 2008; 8(2): 91-103

- 188 Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Casado MJ. Influencia de factores organizativos internos en la farmacia comunitaria, para la implantación de servicio de seguimiento farmacoterapéutico. La opinión de los farmacéuticos adjuntos. *Ars Pharm* 2008; 49 (Suppl 1): 35-46
- 189 Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practise change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother* 2008; 42(6): 861-868
- 190 Basak SC, van Mil JWF, Sathyanarayana D. The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India. *Pharm World Sci* 2009; 31(6): 612-618
- 191 Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci* 2008; 30 (3): 211-215
- 192 Yamamura S, Yamamoto N, Oide S, Kitazawa S. Current State of Community Pharmacy in Japan: Practice, Research, and Future Opportunities or Challenges. *Ann Pharmacother* 2006; 40(11): 2008-2014
- 193 De Castro MS, Correr CJ. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Brazil. *Ann Pharmacother* 2007; 41(9):1486-1493
- 194 Jones EJ, Mackinnon NJ, Tsuyuki RT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada. *Ann pharmacother* 2005; 39(9):1539-1541
- 195 Herborg H, Sorensen EW, Frokjaer B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark. *Ann pharmacother* 2007; 41(4): 681-689
- 196 Montgomery A, Kälvemarm- Sporrang S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci* 2007; 29: 593-602
- 197 Mobach MP. The transformation of pharmacy concepts into building and organization. *Pharm World Sci* 2005: 27: 329–338
- 198 Latif A, Boardman H. Community pharmacists'attitudes towards medicines use reviews and factors Atención Farmacéutica affecting the numbers performed. *Pharm World Sci* 2008; 30(5): 536-543

- 199 Zardain E, Del Valle MO, Loza MI, Garcia E, Lana A, Markham WA, López ML. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. *Pharm World Sci* 2009; 31(2):174-182
- 200 René-Henri N, Khamla Y, Nadaira N, Ouellet C, Blais L, Lalonde L, Collin J, Beauchesne MF. Community Pharmacists' Interventions in Asthma Care: A Descriptive Study. *Ann Pharmacother* 2009; 43(1):104-111
- 201 Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Hopp T, Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. *Res Social Admin Pharm* 2005; 1(4): 546-564
- 202 Hatting HL, King MA, Smith NA. An evaluation of the integration of standards and guidelines in community pharmacy practices. *Pharm World Sci* 2009; 31(5): 542-549
- 203 Pronk MCM, Blom LTG, Jonkers R, Rogers EM, Bakker A, de Blaey KJ. Patient oriented activities in Dutch community pharmacy: diffusion of innovations. *Pharm World Sci* 2002; 24:154-161
- 204 Willink DP, Isetts BJ. Becoming 'Indispensable': Developing Innovative Community Pharmacy Practices. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45(3): 376-386
- 205 Feletto E, Wilson LK, Benrimoj SI. The search for business viability. *Aust J Pharm* 2008; 89(11): 68-69
- 206 Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Measuring organizational flexibility in community pharmacy: Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services. *Res Social Admin Pharm* 2011; 7: 27-38
- 207 Benrimoj SI, Roberts AS. Providing Patient Care in Community Pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother* 2005; 39(11): 1911-1917
- 208 Christensen DB, Farris KB. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in the US. *Ann Pharmacother* 2006; 40(7):1400-1406
- 209 Scahill S, Harrison J, Carswell P, Babar Z. Organisational culture: an important concept for pharmacy practice research. *Pharm World Sci* 2009; 31(5): 517-521
- 210 Hopp TR, Klinke BO, Sorensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services in Danish community pharmacies - perceptions of strategists and practitioners. *Int J Pharm Prac* 2006 ; 14(1): 37-49

- 211 Anonymous. Pharmacy Benefit Management Institute; PBMI Surveys Industry Stakeholders on Emerging Drug Benefit Trends. *Managed Care Weekly Digest*. Atlanta: Jun 2, 2008. p. 71
- 212 Kansanaho H , Puumalainen I, Varunki M, Ahonen R, Airaksinen M. Implementation of a professional program in Finnish community pharmacies in 2000–2002. *Patient Educ Couns* 2005; 57(3): 272-279
- 213 Kaae S, Traulsen JM, Søndergaard B, Haugbølle LS. The relevance of political prestudies for implementation studies of cognitive services in community pharmacies. *Res Social Admin Pharm* 2009; 5(2):189-194
- 214 van Mil F. Pharmaceutical Care in Community Pharmacy: Practice and Research in the Netherlands. *Ann Pharmacother* 2005; 39(10):1720-1725
- 215 Schommer JC, Singh RL, Cline RR, Hadsall RS. Market dynamics of community
- 216 Alvarez-Risco A, Van Mil JWF. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Peru. *Ann Pharmacother* 2007; 41(12) : 2032-2037
- 217 Rodis JL, Legg JE, Casper KA. Partner for Promotion: An Innovative Advanced Community Pharmacy Practice Experience. *Am J Pharm Educ* 2008 Dec 15; 72(6): 134
- 218 Metha BH, Rodis JL, Nahata MC, Bennet MS. Advancing patient care through innovative practice: The Clinical Partners Program. *Am J Health-Syst Pharm* 2005; 62(23): 2501–2507
- 219 Kassam R. Evaluation of Pharmaceutical Care Opportunities Within an advanced Pharmacy Practice Experience. *Am J Pharm Educ* 2006 June 15; 70(3): 49
- 220 Kassam R, Collins JB. Validation of a survey instrument to evaluate students' learning during community-based advanced pharmacy practice experiences. *Am J Pharm Educ* 2009 Oct 1; 73(6):106
- 221 Bell JS, Väänänen M, Ovaskainen H, Närhi U, Airaksinen MS. Providing Patient Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Finland. *Ann Pharmacother* 2007; 41(6):1039-1046
- 222 Leiker LL, Mehta BH, Rodis JL, Pruchnicki MC, Pedersen CA. Assessment of pharmacy faculty members' opinions regarding required postgraduate pharmacy residencies. *Am J Health-Syst Pharm* 2009; 66: 378-388

- 223 Farris KB, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1539–1541
- 224 Prochaska JO, Di Clemente CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood (Illinois): Dow Jones-Irwin; 1984. ISBN: 087094438X
- 225 Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994; 13: 39–46
- 226 de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Educ Res* 1988; 3(3): 273–282
- 227 de Vries H, Backbier E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behaviors as predictors of smoking onset. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25: 237–257
- 228 Zardain E, del Valle MO, López ML, García E. Validación de un cuestionario para medir factores psicosociales asociados al seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos españoles. *Psicothema* 2006; 18 (4): 778-784
- 229 Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Proc* 1991; 50: 179-211
- 230 Davies P, Walker AE, Grimshaw JM. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implement Sci* 2010 Feb 9; 5:14
- 231 de Vries H, Willems K, Mesters I, Reubsaet A. Skin cancer prevention behaviours during summer holidays in 14 and 18-year-old Belgian adolescents. *Eur J Cancer Prev* 2006; 15(5): 431-438
- 232 de Vries H, Lezwijn J, Hol M, Honing C. Skin cancer prevention: behaviour and motives of Dutch adolescents. *Eur J Cancer Prev* 2005;14: 39–50
- 233 Zardain E, López González ML. Categorización de los factores psicosociales del seguimiento farmacoterapéutico en el modelo A.S.E., en farmacéuticos de oficina de farmacia. *Pharm Care Esp* 2003; 5(5): 216-225

- 234 Hansen RA, Roth MT, Brouwer ES, Herndon S, Christensen DB. Medication therapy management services in North Carolina community pharmacies: current practise patterns and projected demand. *J Am Pharm Assoc* 2006; 46(6): 700-706
- 235 Doucette WR, Koch YD. An exploratory study of community pharmacy practice change. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40: 384–391
- 236 Montgomery AT, Sporrong SK, Tully MP, Lindblad K. Follow-up of patients receiving a pharmaceutical care service in Sweden. *J Clin Pharm Ther* 2008; 33(6): 653-662
- 237 García Del Río R. Francia se sube al carro de pagos por servicios. *Correo farmacéutico* 2009. Semana del 23 al 29 de noviembre: 40
- 238 McDonough RP, Pithan ES, Doucette WR, Brownlee MJ. Marketing pharmaceutical care services. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38: 667–677
- 239 Nelson Jr AR, Zelnio RN, Beno CE. Clinical pharmaceutical services in retail practice II. Factors influencing the provision of services. *Drug Intell Clin Pharm* 1984;18: 992–996
- 240 Odedina FT, Segal R, Hepler C. Providing pharmaceutical care in community practice: differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm* 1995; 12: 170–180
- 241 Tully MP, Seston EM, Cantrill JA. Motivators and barriers to the implementation of pharmacist-run prescription monitoring and review services in two settings. *Int J Pharm Pract* 2000; 8:188–197
- 242 Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. Societal perspectives on the role of the community pharmacist and community-based pharmaceutical services. *J Soc Admin Pharm* 2000;17: 119–128
- 243 Larson RA. Patients' willingness to pay for pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40: 618–624
- 244 Zelnio RN, Nelson AR, Beno CE. Clinical pharmaceutical services in retail practice.I. Pharmacists' willingness and abilities to provide service. *Drug Intell Clin Pharm* 1984;18: 917–922
- 245 Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Aplicación del análisis factorial exploratorio en la priorización de facilitadores

- para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2012; 4 (Supl 1): 41-110
- 246 Fité B, ¿Qué modelo profesional queremos para los próximos 10 años? :Los cambios necesarios. *Pharm Care Esp* 2008; 10(4):155-156
- 247 Gastelurrutia MA, García-Delgado P. De la Dispensación al Seguimiento Farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2009; 50 (Supl 1): 9-12
- 248 Fernández-Llimós F, Faus MJ, Caelles N, Espejo J, Gastelurrutia MA, Ibáñez J, Machuca M, Tuneu L. Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: Diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 179-185
- 249 Gastelurrutia MA, García Delgado P. Aspectos generales de la dispensación. En: García Delgado P, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, Faus MJ. *Dispensación de medicamentos*. Ed. Ergon. Madrid, 2009 ISBN: 978-84-608-0851-0
- 250 Canaday BR. Taking the fork in the road... and changing the world. *J Am Pharm Assoc* 2006; 46 (5): 546-548
- 251 Roberts A. The constant crossroads-change management in community pharmacy. *Australian Pharmacist* 2007; 26: 200-206
- 252 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Portalfarma. Una farmacia profesional y sostenible. Compromiso asistencial de la farmacia con el paciente y el SNS.
- <http://www.portalfarma.com/Profesionales/DestacadosProfesionales/Paginas/Compromiso-Asistencial.aspx> [acceso 16 de julio de 2012]
- 253 European Society of Clinical Pharmacy (ESCP). <http://www.escpweb.org/cms/> [acceso 16 de julio de 2012]
- 254 Foro de Atención Farmacéutica, Farmacia Comunitaria. Las instituciones ligadas a la farmacia comunitaria consideran necesario implantar los Servicios de Atención Farmacéutica en nuestro país. *Farmacéuticos* 2010; 354: 49-51
- 255 Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) <http://www.pcne.org/> [acceso 16 de julio de 2012]

- 256 Comisión de bioética de SEFAC. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. Madrid; Ed. ABCD Group, 2011
- 257 Chrischilles EA, Carter BL, Lund BC, Rubenstein LM, Chen-Hardee SS, Voelker MD, Park TR, Kuehl AK. Evaluation of the Iowa Medicaid Pharmaceutical Case Management Program. *J Am Pharm Assoc* 2004; 44: 337–349
- 258 Roughead EE, Semple SJ, Vitry AI. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. *Int J Pharm Pract* 2005; 13: 53–70
- 259 van Mil JWF, Fernández-Llimós F. What is “pharmaceutical care” in 2013?. [editorial] *Int J Clin Pharm* 2013; 35:1–2
- 260 Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Reply to the paper: Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm* 2013; 9(4): 490-491
- 261 Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Madrid. Ed. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. 2010
- 262 Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: Perceptions and experiences among Danish community pharmacies. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19: 55-64
- 263
[http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocuments/BC90535B8D675284C12577440052FAEB/\\$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocuments/BC90535B8D675284C12577440052FAEB/$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement) [acceso 10 de agosto de 2011]
- 264 Nunnally JC, Bernstein IJ. Validez. 1995. Cap.3. Ed. McGraw Hill. 92-127
- 265 Campell DT, Fiske DW. Convergent and discrimination validation by the multitraitmultimethod matrix. *Psychological Bulletin* 1959; 56: 81-105
- 266 Halsall D, Ashcroft D, Noyce P. Assessing quality in community pharmacy. *Int J Pharm Pract* 2008; 16: 137-148
- 267 Magnusson, D. Teoría de los tests. México: Trillas. 1982
- 268 Azofra MJ. Cuestionarios. Capitulo 1. Centro de investigaciones Sociológicas, Cuadernos metodológicos. Madrid. 1999

- 269 Goode WJ, Hato PK. *Metodos de investigacion social*. Trillas. Mexico.1981
- 270 Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. *Making Sense of Factor Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003
- 271 Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*.4th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2000
- 272 Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate Data Analysis*. 6th ed. New Jersey, NJ: Pearson Education International; 2006
- 273 Ford JK, MacCallum RC, Tait M. The application of exploratory factor analysis in applied psychology: a critical review and analysis. *Personnel Psychology* 1986; 39: 291–314
- 274 Conway JM, Huffcutt AI. A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organ Res Methods* 2003; 6(2):147–168
- 275 Cattell RB. *The Scientific Use of Factor Analysis*. New York: Plenum. 1978
- 276 Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid. Ed. Síntesis. 2007. ISBN: 978-84-773844-9-6
- 277 Watson M, Hart J, Johnston M, Bond CM. Exploring the supply of non-prescription medicines from community pharmacies in Scotland. *Pharm World Sci* 2008; 30(5): 526-535
- 278 Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. *Analysing qualitative data*. *BMJ* 2000; 320:114-116
- 279 Foro de Atención Farmacéutica, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. *Farmacéuticos* 2009; 346: 51
- 280 Roberts AS, Hopp T, Sørensen EW, Benrimoj SI, Williams K, Chen TF, Aslani P, Herborg H. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25: 227–234
- 281 Pardo A, Ruiz MA. *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. McGraw Hill, Madrid. 2002. ISBN 84-841-3750-7
- 282 Costello AB, Osborne W. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Pract Assess Res Eval* 2005; 10: 1-9

- 283 Sáez-Benito L, Benrimoj SI, Feletto E, García V, Gastelurrutia MA, Martínez F. Evaluación del impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en el número de medicamentos de los pacientes mayores polimedicados en el estudio piloto del programa conSIGUE. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S23-S80
- 284 Anónimo. Approaches to enhancing the quality of drug therapy a Joint statement by the CMA and the Canadian Pharmaceutical Association. *Canadian Medical Association. CMAJ* 1996 September 15; 155(6): 784A-784F
- 285 Beauchesne MF, Bercier D, Julien-Baker F, Lalonde L, Boileau R, Blais L. Community pharmacy-based medication assessment program for asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian Pharmaceutics Journal*, marzo-abril 2012. Disponible en: <http://www.cpjournal.ca/doi/pdf/10.3821/145.2.cpj70>. [acceso: 25 de abril de 2012]
- 286 La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/\\$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement) [acceso 13 de junio de 2011]
- 287 Guillén J. El plan consigue avanza. *Correo farmacéutico* 2010. Semana del 13 al 19 de septiembre: 22
- 288 Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Jódar F, Martínez F, Sáez-Benito L. Evaluación del coste-efectividad del Seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes mayores polimedicados en el estudio piloto del programa conSIGUE. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S23-S80
- 289 Fernández-Llimós F, Tuneu L, Baena MI, Garcia-Delgado A, Faus MJ. Morbidity and Mortality Associated with Pharmacotherapy. Evolution and Current Concept of Drug-Related Problems. *Curr Pharm Des* 2004; 10: 3947-3967
- 290 Faus MJ. Atención Farmaceutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharm* 2000; 41(1): 137-143
- 291 Andrews E, Besançon L, Riggins P. Increased responsibility, increased prominence. The changing role of pharmacist. *International Pharmacy Journal* 2010; 26(2): 14-19

- 292 Carnes P, Koons K. Leading the next renovation: Redesigning a pharmacy structural workspace. *J Am Pharm Assoc* 2010; 50: 416–418
- 293 Aguiló MC. Estructura física de la farmacia. En: Faus MJ, Martínez F, editores. *Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria*. 1ª ed. Valencia: General Asde; 1997. Unidad 1:p. 71-85
- 294 Noain MA, Feletto E, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI. Rentabilidad de la prestación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria española. *Ars Pharm* 2010; 51(Supl. 1): 51-85
- 295 Marín C. Los costes como herramienta en la toma de decisiones (I). *Farmacia Profesional* 2005; 19(4): 34-35
- 296 Aguas Y, Fernández-Llimós F. Evaluación del "efecto cansancio" en el Programa Dáder en la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp* 2003; 5(Extraordinario):119
- 297 Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim Farmacoter* 2005; 3(1): 10-16
- 298 Torrecillas RA, Espejo J. Aproximación a la situación de burnout de los farmacéuticos comunitarios rurales españoles. [abstract 141] *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2(Supl 1): S23-S80
- 299 Torrecillas RA, Espejo J. Prevalencia del síndrome de «burnout» en farmacéuticos comunitarios titulares de oficina de farmacia rural en España. *Pharm Care Esp* 2011; 13(4): 168-180
- 300 Jódar F, García L, Martín JJ, López del Amo M, Karlsdotter K. Evaluación económica del seguimiento farmacoterapéutico en los mayores institucionalizados en Andalucía. XXXV Reunión Anual Estudios Regionales. Valencia, 25 a 28 de noviembre de 2009. <http://www.reunionesdeestudiosregionales.org/valencia2009/htdocs/pdf/p113.pdf>. [acceso 22 de Enero de 2010]
- 301 Villafaina A, García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharm Care Esp* 2009; 11(1): 3-12

- 302 Fernández LC, Barón B, Vázquez B, Martínez T, Urendes JJ, Pujol E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. *Farm Hosp* 2006; 30: 280-283
- 303 Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la farmacia comunitaria para la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. [póster] *Pharmacy Practice* 2007; 5 (Supl.1): 25-41
- 304 Aguiló MC. Introducción a la calidad en farmacia comunitaria (II). La zona de atención personalizada (ZAP). *Pharm Care Esp* 2007; 9(2): 91-96
- 305 Gastelurrutia MA, Castrillón CC. Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. En: Curso de Implantación y gestión. Servicios profesionales en farmacia comunitaria. Módulo 3. Tema 13. Ed SEFAC. Madrid 2009. ISBN 978-84-613-2788-1
- 306 Brooke EM. The current and future use of registers in health information systems WHO. Offset Pub. Num 8. Ginebra. 1974
- 307 Gutiérrez-Rios P, Abellán-García Sánchez F, Molina P, Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Evaluación de la utilidad de un libro de incidencias en la farmacia comunitaria. Proyecto LIFAC. *Farmaceuticos Comunitarios* 2011; 3(3): 127-135
- 308 Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. *Res Social Adm Pharm* 2010; 6(3):163-173
- 309 ASPIME. Informe Anual Oficinas de Farmacia 2010. <http://www.aspime.es/asesoramiento/PRESENTACION%20INFORME%20FARMACIAS%202010%20COFB%2027%20MAYO%202010.pdf>. [acceso 24 de junio de 2010]
- 310 Ortega E. Recortes: la botica pierde ya un 8%, y un 10 en 2011, según un informe andaluz. *Correo farmacéutico* 2010. Semana del 13 al 19 de septiembre: 10
- 311 García B. La presión comercial y la crisis alimentan “el lado oscuro” de la farmacia. *Correo Farmacéutico* 2011. Semana del 3 de enero al 9 de enero: 24

- 312 García P, Caelles N, Gastelurrutia MA, Cristna C, Rodriguez MA, Isantana JR, et al. Servicios profesionales en la farmacia comunitaria. EN: Martin I, financiación de los servicios profesionales. Madrid: SEFAC; 2009
- 313 Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharm World Sci* 2010; 32(2):130-138
- 314 Garcia F, Garcia B. La atención farmacéutica está inexorablemente unida al desarrollo y la aplicación de un sistema mixto de remuneración en España. *Pharm Care Esp.* 2012; 14(2): 80-83
- 315 Guillén J. La mayoría de los farmacéuticos cree que los servicios 'extra' que ofrecen están mal valorados y poco pagados. *Correo Farmacéutico* 2010. Semana del 6 al 12 de septiembre: 20
- 316 Rodríguez Caro A, González López-Valcárcel B. El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad. *Rev. Esp. Salud Publica [revista en Internet]* 2009 [acceso 19 de octubre de 2012]; v.83 n.1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000100003&script=sci_arttext
- 317 Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010. Osakidetza. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; 2010 [acceso 15 de abril de 2013]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- 318 Sanz A. La farmacoeconomía en la farmacia comunitaria. Aplicación en la evaluación de intervenciones farmacéuticas. *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2(3): 107-112
- 319 Bustelo MF. Pago por servicios: "Ni la profesión lo pide ni debe añadir costes al SNS". *Correo farmacéutico* 2010. Semana del 27 de septiembre al 3 de octubre. Disponible en: www.correofarmaceutico.com/.../pago-por-servicios-ni-la-profesion-lo-pide-ni-debe-anadir-costes-al-sns. [acceso 12 de octubre de 2010]
- 320 Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Faus MJ. A Holistic and Integrated approach to the challenges of implementing Cognitive Pharmaceutical Services in Community Pharmacy. *Ars Pharm* 2010; 51(2): 69-87
- 321 Garrett D, Martin LA. The Asheville Project: Participants' Perceptions of Factors Contributing to the Success of a Patient Self- Management Diabetes Program. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43(2):185-190

- 322 Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes in a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43(2): 173-184
- 323 Bunting BA, Cranor CW. The Asheville Project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community based medication therapy management program for asthma. *J Am Pharm Assoc* 2006; 46(2):133–147
- 324 Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE. The Asheville Project: Clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *J Am Pharm Assoc* 2008; 48(1): 23-31
- 325 Kozma CM, Reeder CE, Schlulz RM. Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. *Clin Ther* 1993; 15: 1121-1132
- 326 Cea-Calvoa L, Redónb J, Lozanoc JV, Fernández-Pérez C, Martí-Canalese JC, Llisterrif JL, et al. Prevalence of Atrial Fibrillation in the Spanish Population Aged 60 Years or More. The PREVICTUS Study. *Rev Esp Cardiol [revista en Internet]* 2007; 60(6):616-624. [acceso 15 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/en/prevalence-of-atrialfibrillationn/articulo/13109897/>
- 327 Tuesca R, Guallar P, Banegas JR, Graciani-Pérez A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit* 2006; 20(3): 220-227
- 328 Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Ed. Elsevier España SL. Barcelona, 2008. ISBN: 978-84-458-1949-4
- 329 RESPECT Trial Team. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract* 2010; 60(570): e10-e19
- 330 Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother* 2007; 41: 1770-1778
- 331 Campo M, Alonso L, Herreros de Tejada A. Continuidad del Seguimiento Farmacoterapéutico en los pacientes polimedicados después del alta hospitalaria. *Pharm Care Esp* 2010; 12(1): 21-28

- 332 Herzberg F. One More Time How Do You Motivate Employees?. Harvard business review January 2003; 2-13
- 333 Cómo entender la motivación: Frederick Herzberg y su teoría de los Dos Factores. Disponible <http://www.suite101.net/content/como-entender-la-motivacion-a357#ixzz0zm9E98Yi>. [acceso 23 de julio de 2011]
- 334 Bofí P, Martínez MC, Bofí A, Sellens J, Escrivá RM, García-Jiménez E, Martínez-Martínez F. Análisis del efecto y grado de fidelización de los pacientes mediante los servicios de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico ofertados desde la farmacia comunitaria (Proyecto Fisftes). *Farmacéuticos Comunitarios* 2011; 3(2): 62-66
- 335 Bonal J. Toda profesión tiene románticos como los que creamos la Atención Farmacéutica. *Correo Farmacéutico* 2005. Semana del 14 al 20 febrero: 23
- 336 Gonzalbo M, Vidal A, Alehya A. Seguimiento farmacoterapéutico: ¿nuevo reto en la oficina de farmacia?. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S23-S80
- 337 Sáez-Benito L, Chemello C, Faus Dáder MJ, Feletto E, Fernandez-Llimos Somoza F, García-Cardenas MV, et al. Evaluating the clinical impact of pharmacotherapy follow-up (SFT) on geriatric polypharmacy patients' health: a pre-pilot. *Pharmacy Practice* 2010; 8 (Supl.1): 77-131
- 338 Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. EPOC Methods Paper: Including Interrupted Time Series (ITS) Designs in a EPOC Review [Internet]. The Cochrane Collaboration. 2010; [acceso 12 de febrero de 2010]
- 339 Zardain E. Factores psicosociales y proceso de cambio en farmacéuticos comunitarios españoles. [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo; 2007
- 340 Casado de Amezúa MJ, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica. [póster] *Ars Pharm* 2008; 49 (supl. 1): 35-46
- 341 Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opinions of pharmacists, experts in delivering advanced cognitive services such as Medicine Management, about the lack of implementation of these services in Spain. PCNE Sixth International Working Conference on innovation in Pharmaceutical Care research. [póster] 4-7 March 2009. Vimeiro. Portugal

- 342 Arroyo L, Ramos R, Puche M, March JC. Análisis de la implantación de Atención Farmacéutica en farmacias comunitarias. [póster] *Ars Pharm* 2008; 49 (Supl. 1): 35-46
- 343 Castrillón CC, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, Gastelurrutia MA. Influence of facilitating activities taken by members of the Atención Farmacéutica a community pharmacy to the implementation of the medication follow-up service. *Pharm Pract* 2007; 5 (Supl 1): 25-41
- 344 Castrillón CC, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Resultados clínicos de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria a los ocho meses de su inicio. [póster] *e-Farmacéutico Comunitario* 2008; extra-comunicaciones: 19-45
- 345 Serra-Prat M, Bartolomé M, Fité B, Agustí C. Eficacia de un sistema personalizado de dosificación (SPD) en la mejoría del cumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Aten Primaria* 2006; 37: 524-526
- 346 <http://www.farmaceuticonline.com/> [acceso 10 de octubre de 2011]
- 347 Malone DC, Carter BL, Billups SJ, Valuck RJ, Barnette DJ, Sintek CD, et al. An economic analysis of a randomized, controlled, multicenter study of clinical pharmacist interventions for high-risk veterans: The IMPROVE Study. *Pharmacotherapy* 2000; 20(10): 1149-1158
- 348 Clifford R, Davis W, Batty K, Fremantle Diabetes Study. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*. 2005; 28(4): 771-776
- 349 Taitel M, Cohen E, Duncan I, Pegus C. Pharmacists as providers: Targeting pneumococcal vaccinations to high risk populations. *Vaccine*. 2011; 29(45): 8073-8076
- 350 Quiñones S, Martínez A. Seguimiento farmacoterapéutico del farmacéutico frente al médico, odontólogo y ATS. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S23-S80
- 351 Laubscher T, Evans C, Blackburn D, Taylor J, McKay S. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications. *Can Fam Physician*. 2009 Dec; 55(12): e69-e75

- 352 Chen TF, de Almeida AC. Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. *Pharm World Sci* 2007; 29(6): 574-576
- 353 March JC, Puche MT, Ramos R, Arroyo L, Romero M. La Atención Farmacéutica: Médicos, Farmacéuticos y pacientes. [póster] *Gac Sanit* 2008; 22(Supl 2): 9-49
- 354 Pérez M. Los roles profesionales tienen siempre límites difusos y la discrepancia ayuda a determinarlos. *Semergen* 2002; 28(1): 58-60
- 355 Spence M, Polzin J, Weisberger C, Martin J, Rho J, Willick G. Evaluation of a pharmacist-managed amiodarone monitoring program. *J Manag Care Program*. 2011; 17(7): 513-522
- 356 Lapane K, Hughes C, Daiello L, Cameron K, Feinberg J. Effecto of a pharmacist-led multicomponent intervention focusing on the medication monitoring phase to prevent potential adverse drug events in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(7):1238-1245
- 357 Khmour M, Aqas A, Kidney J, Smyth B, Elnay J, Crealey G. Cost-utility analysis of a pharmacy-led self-management programme for patients with COPD. *Int J Clin Pharm* 2011; 33(4): 665-673
- 358 Sendra-Lillo J, Sabater-Hernández D, Sendra-Ortolá A, Martínez-Martínez F. Agreement between community pharmacy, physician's office and home blood pressure measurement methods. The PALMERA study. *Am J Hypertens* 2012; 25(3): 290-296
- 359 Barris D, Sánchez R. Análisis de las derivaciones documentadas al médico de una farmacia comunitaria. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S23-S80
- 360 JGV. "La tendencia internacional de la profesión es el pago por servicios" *Correo Farmacéutico* 2010. Semana del 6 al 12 de septiembre: 20
- 361 Greene RJ, Cavell GF, Jackson SHD. Interprofessional clinical education of medical and pharmacy students. *Medical Education*. 1996 ; 30(2): 129-133
- 362 Raehl CL. Changes in Pharmacy Practice Faculty 1995–2001: Implications for Junior Faculty Development. *Pharmacotherapy* 2002; 22(4): 445-462
- 363 Coleman CI, Schlesselman LS, Lao E, White CM. Number and Impact of Published Scholarly Works by Pharmacy Practice Faculty Members at Accredited

US Colleges and Schools of Pharmacy (2001-2003). Am J Pharm Educ 2007 Jun 15; 71(3): 44

- 364 Asociación Europea de Facultades de Farmacia. Declaración de Malta de acuerdo con los posicionamientos de la laguna. Malta, 2005. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FERNANDO_MARTINEZ.pdf. [acceso 10 de abril de 2011]
- 365 Hopp TR, Sørensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. Int J Pharm Pract 2005, 13: 1–11
- 366 Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists' perspectives on Pharmaceutical Care implementation in New Zealand. Pharm World Sci 2002; 24: 224-230
- 367 Skomo ML, Kamal KM, Berdine HJ. A Required Course in the Development, Implementation, and Evaluation of Clinical Pharmacy Services. Am J Pharm Educ 2008 Oct 15; 72(5): 109
- 368 Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Nueva York: WH Freeman and Company, 1997
- 369 World Health Organization. Guide to Good Pharmaceutical Practice. Geneva 2002. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/eeb11130.pdf [acceso 15 de marzo de 2010]
- 370 Mariño EL. Sobre la formación universitaria del farmacéutico en el Postgrado y Doctorado. Farmacéuticos Comunitarios. 2012; 4(3): 118-121
- 371 Agencia Laín Entralgo -acreditación-. Organización, procedimiento y criterios de Evaluación de Actividades de Formación Continuada: "Guía de evaluación de actividades de formación continuada"
- 372 Comisión Europea. Comité consultivo de formación de farmacéuticos. Informe y recomendaciones para la formación continuada de los farmacéuticos. Adoptado por el Comité en la reunión celebrada los días 22 y 23 de abril de 1997. Bruselas. 28/10/98
- 373 Andrés NF. ¿Es posible una carrera profesional en farmacia comunitaria?. Farmacéuticos Comunitarios 2009; 1(3): 91
- 374 Machuca M. Sin la especialidad, el SFT será siempre entelequia. Correo farmacéutico 2009. Semana del 12 al 18 de octubre. [acceso 20 de febrero de

- 2010] <http://www.correofarmaceutico.com/especial/atencion-farmaceutica/rsin-la-especialidad-el-sft-sera-siempre-entelequiar>
- 375 García-Cárdenas V, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Faus MJ. Factores que influyen en la participación de farmacéuticos comunitarios en un servicio de Atención Farmacéutica para pacientes asmáticos. *Pharm Care Esp* 2012; 14(1): 19-27
- 376 GSM. 'Pros' y 'contras' de ser especialista en Seguimiento Farmacoterapéutico. *Correo Farmacéutico* 2009. Semana del 12 al 18 de octubre [acceso 12 de Octubre de 2011] <http://www.correofarmaceutico.com/especial/atencionfarmaceutica/rprosr-y-rcontrasr-de-ser-especialista-en-seguimiento-farmacoterapeutico>
- 377 GSM La especialidad limitaría el SFT a solo unos pocos. *Correo farmacéutico* 2009. Semana del 12 al 18 de octubre. [acceso 12 de Octubre de 2011] <http://www.correofarmaceutico.com/especial/atencionfarmaceutica/rprosr-y-rcontrasr-de-ser-especialista-en-seguimiento-farmacoterapeutico>
- 378 Buisson J. Accrediting Community Pharmacies: A way of bringing in quality standards ?. *Pharm J* 2002; 269: 274-275
- 379 La seguridad del paciente: farmacia y medicamentos. <http://www.sAtenciónFarmacéuticaetypatient.com/>. [acceso 10 de marzo de 2012]
- 380 Barris D, Sánchez R. Experiencia de la implantación del programa de acreditación de oficinas de farmacia de la agencia de calidad sanitaria de Andalucía en una farmacia comunitaria. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S23-S80
- 381 Alós M, Andrés C, Casterá E, Jiménez NV, Ordovás JP, Poveda JL, Ruiz MC, Sirvent M. Criterios de calidad para la acreditación de los servicios de farmacia hospitalaria. Ed. Generalitat Valenciana. Valencia, 2005
- 382 Quality Care Standards in Community Pharmacy Report of a Working Group FIP. September 2005. <http://www.fip.org/files/fip/CPS/Quality%20Care%20Standards%20final.pdf>. [acceso 15 de marzo de 2010]
- 383 Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F. Percepción de los farmacéuticos sobre su futuro profesional en Atención Farmacéutica. Ed. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Granada, 2010. ISBN: 978-84-608-1129-9

- 384 Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro A, Pérez EM, Martínez-Martínez F. Adaptación del estado de situación al documento de consenso en atención farmacéutica definido por FORO. *Ars Pharm* 2011; 52 (Supl 1): 35-39
- 385 Benrimoj SI, Feletto E, Wilson LK. Building Organisational Flexibility to Promote the Implementation of Primary Care Service in Community Pharmacy [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2010. http://www.guild.org.au/research/4cpa_project_display.asp?id=1865. [acceso 2010 Mar 15]
- 386 García-Cardenas MV, Feletto E, Fernández-Galdón R, Navas-Vargas E, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Formación de formadores colegiales. Programa conSIGUE. *Ars Pharm* 2010 ; 50 (Supl. 1): 52-83
- 387 Benrimoj SI, Chemello C, Faus Dáder MJ, Feletto E, Fernandez-Llimos Somoza F, García-Cardenas MV, et al. Programa de evaluación del seguimiento farmacoterapéutico: manual. Granada: Universidad de Granada; 2010
- 388 Roberts AS, Benrimoj SI, Dunphy DC, Palmer IC. Community pharmacy: Strategic change management. Sydney: McGraw-Hill Medical; 2007
- 389 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2002. [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/\\$File/index.htm?OpenElement#](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/$File/index.htm?OpenElement#). [acceso 25 de noviembre de 2010]
- 390 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Documento base primera versión (diciembre 2002). Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Introducción. Justificación del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica. [acceso 13 de marzo de 2012]. <http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/planestrategico/acciones/Paginas/documentobaseprimeraversion.aspx>
- 391 Guillén J. El logro del pago por servicios pasa por la apuesta real de los colegios. *Correo Farmacéutico* 2010; Semana del 11 al 17 de octubre de 2010: 30
- 392 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2003. [acceso 25 de noviembre de

- 2012]. [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/73CCC188B3FEE9D9C1256C4B00398D49/\\$File/INDICE.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/73CCC188B3FEE9D9C1256C4B00398D49/$File/INDICE.pdf)
- 393 Ministerio de Sanidad y Consumo – Dirección General de Farmacia y Productos sanitarios. Consenso sobre Atención Farmacéutica [Internet]. 2002 ;[acceso 12 de noviembre de 2010] <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>
- 394 Guillén J. "El 'conSigue' necesita de las sociedades científicas". Correo Farmacéutico 2010. Semana del 22 al 28 de Noviembre: 45
- 395 Peña C, Gastelurrutia MA, Álvarez F, Aliaga A, Varas R. Guía práctica para los servicios de atención farmacéutica (AF) en la farmacia comunitaria (FC) (Foro AFFC). Farmacéuticos Comunitarios 2010; 2 (Supl. 1): S23-S80
- 396 Peña C. Atención farmacéutica y sostenibilidad. Correo farmacéutico 2010. Semana del 8 al 14 de Noviembre: 23
- 397 Peña C. Carmen Peña destaca el importante papel del farmacéutico en el ámbito de la salud pública. <http://www.elfarmaceutico.es/cronicas/item/484-carmen-pena-destaca-el-importante-papel-del-farmaceutico-en-el-ambito-de-la-salud-publica.html>. [acceso: junio, 2011]
- 398 El Consejo General de Farmacéuticos renueva sus compromisos asistenciales con pacientes y Sistema Nacional de Salud. <http://www.portalfarma.com/Profesionales/Notas-de-prensa/Paginas/12-Objetivos-CGCOF-2013.aspx>. [acceso 10 de marzo de 2013]
- 399 García V, Marquina I, Miranda G, Rubiera G, Baena MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. Farmacia Hospitalaria 2008; 32(3):157-162
- 400 Gastelurrutia MA, de Amezua MJC. Situación de la farmacia comunitaria: una reflexión personal. AULA de la farmacia. 2008; (Abril): 52-57
- 401 Cobián B. Reflexiones sobre la imagen que ofrecemos en la farmacia. [carta al director]. Farmacéuticos Comunitarios 2009; 1: 130
- 402 Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. La imagen de una farmacia orientada al paciente. Cuarto comunicado de Foro de de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Panorama Actual Med 2010; 34: 1012 – 1013

- 403 Riu I, Martínez-Martínez F, Grande MD, de Pablo D, Ramos J, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos que trabajan en un grupo de farmacias cuya diferenciación es la presentación de servicios de atención farmacéutica. El caso de Farmacias Trebol. *Pharm Care Esp* 2011; 13(2): 48-56
- 404 Lombardía Costas E. Respuesta a un "análisis" crítico sobre la atención farmacéutica. *Semergen* 2002; 28 (1): 51-60
- 405 Valencia V. El futuro inmediato de la farmacia. *Farmacia Profesional* 2007; 21: 14-16
- 406 Meneu R. La distribución y dispensación de medicamentos. *Gac Sanit* 2006; 20(Supl 1): 154-159
- 407 Escavias M. El seguimiento farmacoterapéutico supone una obligación moral y ética del farmacéutico. *Correo farmacéutico* 2009. Semana del 12 al 18 de octubre: 20
- 408 Rupp MT. Value of community pharmacists' interventions to correct prescribing errors. *Ann Pharmacother* 1992; 26 (12): 1580-1584
- 409 Grabenstein JD, Hartzema AG, Guess HA, Johnston WP, Rittenhouse BE. Community pharmacists as immunization advocates: cost-effectiveness of a cure to influenza vaccination. *Med Care* 1992; 30(6): 503-513
- 410 Rupp MT, McCallian DJ, Sheth KK. Developing and marketing in a community pharmacy based asthma management program. *J Am Pharm Assoc* 1997; 37(6): 694-699
- 411 Bluml BM, McKenney JM, Cziraky MJ. Pharmaceutical care services and results in Project ImPACT: Hyperlipidemia. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40(2): 157-165
- 412 Bond C, Raehl C. Clinical Pharmacy Services, Hospital Pharmacy Staffing, and medication errors in the United States Hospitals. *Pharmacotherapy* 2002; 22(2): 134-147
- 413 Fernández-Llimós F, Faus MJ. Resultados del programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico del paciente en España. *El Farmacéutico* 2002; 290: 83-88
- 414 APhA. Evidence of the value of the pharmacist. <http://www.aphanet.org/AM/Template.cfm?Section=Search§ion=Payment&template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=373>. [acceso 12 de febrero de 2010]

- 415 Fernández-Llimós F. Resultados del programa Dáder: 5 años. *Seguim Farmacoter* 2005; 3 (Supl. 1): 12-13
- 416 Gastelurrutia MA, Feletto E, Noain MA, Martínez-Martínez F, Varas R, Benrimoj SI. Exploración de las percepciones de los farmacéuticos comunitarios en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico dentro del contexto del programa conSIGUE. *Pharm Care Esp* 2011; 13(6): 280-288
- 417 Bugnon O. Implantación y remuneración de servicios cognitivos en farmacia comunitaria. ¿Nos vale el actual modelo?. Conferencia Inaugural Congreso SEFAC, Valencia 2010. *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): S10-S22
- 418 Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs, and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000:CD000336
- 419 Valoración de los ciudadanos y ciudadanas de la Región de Murcia en torno al servicio que dispensan las oficinas de farmacia y el papel del farmacéutico en las actuales estructuras socio-sanitarias regionales. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia y Federación Murciana de Asociaciones de amas de casa, consumidores y usuarios (THADER). Murcia, 2001
- 420 Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 2009; 119(10): 1442-1452
- 421 Olabuénaga JI, Aristegui I, Melgosa L. Como elaborar un proyecto de investigación social. Segunda edición. Bilbao: Universidad de Deusto. 2002 ISBN 84-7485-547-0
- 422 Andrés NF, Baixauli VJ, Calle J, Rodríguez MJ, Rúa FJ. Propuesta de modelo de carrera profesional en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2011; 3(1):10-15

9.- Anexos

ANEXO 1. Plantilla de votaciones Ronda 1 del método RAND/UCLA

Ronda de votación 1

1

Area: Farmacéutico_Educacion Clínica

1	¿Es necesaria una formación más clínica en el pregrado?								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2	¿Es necesaria una formación de pregrado más asistencial?								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3	Es necesario incluir pacientes en la formación de pregrado								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4	Es importante hacer un balance entre los aspectos de ciencia básica y los aspectos asistenciales								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5	Es necesaria una remodelación de los estudios de farmacia en aras de poder implantar SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6	Debe ser SFT una asignatura clave en la licenciatura de farmacia								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7	Es necesario reforzar la formación farmacológica con un enfoque asociado a la práctica clínica								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8	La implantación de SFT implicaría una mayor necesidad de actualizar los conocimientos farmacológicos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

9	Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer este servicio a la sociedad								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	La existencia de la especialidad en SFT añadiría credibilidad a la farmacia								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
14	Ayudaría a la implantación del SFT la presencia de un tutor en el ámbito de trabajo								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
15	Consideras la formación continuada un elemento necesario para la implantación del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
23	La satisfacción profesional es uno de los principales factores para implantar SFT en la farmacia comunitaria								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
62	Sería necesario conseguir introducir cambios en el sistema de pago a los farmacéuticos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
80	Es importante trabajar conjuntamente con los médicos cuando se implanta SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Farmacia_Sistemas de remuneracion

40	Es necesario modificar el sistema retributivo de las farmacias disminuyendo los ingresos de la distribución y aumentando los ingresos por SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

41	Es preciso mantener el sistema de remuneracion a la vez que se comienza a pagar el servicio								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
42	La implantacion de un SFT remunerado haria que la dispensacion no fuera la prioridad en la farmacia comunitaria								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Profesión Farmaceutica_Pago por Servicios

58	El pago del servicio de SFT es necesario para que estos se implanten								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
59	Sin pago por servicios no es posible su sostenibilidad en el tiempo								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
60	Deberia existir un incentivo economico para el farmaceutico para que este pueda implantar el SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
61	Es imposible plantear la implantacion de SFT si no supone un beneficio economico para la farmacia								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
63	Podria perder clientes la farmacia con la implantacion de SFT con la consiguiente perdida economica								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
64	Es importante asegurarse de que la implantacion de SFT es rentable para las farmacias								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

65 Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Miscelanea_Demanda por los pacientes

66 Podrían influir las asociaciones de pacientes en la implantacion de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

67 Mejoraría la efectividad del tratamiento de los pacientes la implantación de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

68 Mejoraría la calidad de la atención percibida por los pacientes

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

69 La implantacion de SFT daría a los pacientes la seguridad de que su salud es lo mas importante para el farmaceutico comunitario

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

70 La implantacion de SFT conseguiria aumentar la fidelidad de los pacientes

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

71 La implantacion de SFT daría a lospacientes la seguridad de una atención más personalizada

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

72 La implantacion de SFT mejoraria la seguridad de los farmacos

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

73	La implantación de SFT aumentaría la implicación del farmacéutico en los problemas de salud de los pacientes								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
75	El SFT reforzaría la información sanitaria de los pacientes								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
76	Esta motivado el farmacéutico para implantar SFT porque los pacientes lo demandan								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
77	La implantación de SFT puede hacer que se pierdan clientes "de paso"								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Farmaceutico_Mensaje sobre el futuro

16	El apoyo de los directivos de la Administración (ej:(Consejero de Sanidad, Director Regional de salud, etc..) darían seguridad a la implantación de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17	Los líderes profesionales deben enviar mensajes concretos a los farmacéuticos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
18	Los farmacéuticos necesitan seguridad y claridad sobre en que debe consistir su práctica profesional en el futuro								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
19	El mensaje de futuro debe estar orientado a una práctica que pasa por la realización del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

20	El futuro farmacéutico debe estar orientado a una práctica que pasa por la realización de dispensación, indicación farmacéutica y SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
21	El mensaje de futuro, con la implantación de SFT, es tener el reconocimiento como un sanitario y no como un vendedor								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
22	La implantación de SFT demostraría que el farmacéutico es necesario en el sistema sanitario								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
106	Sería necesario que el consejo liderara la implantación de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Farmaceutico_Actitud

24	Es imprescindible que el farmacéutico cambie de actitud y asuma la necesidad de cambio								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
25	El SFT contribuiría a aumentar el reconocimiento social y a prestigiar la profesión farmacéutica								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
26	Aumentarían las oportunidades del farmacéutico de ejercer como educador sanitario al implantar SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
28	El SFT modernizaría la asistencia farmacéutica								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

29	El SFT implicaría un aumento en la calidad de la prestación farmacéutica								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
30	Implicaría un cambio de mentalidad del farmacéutico								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
31	La implantación de SFT haría que el farmacéutico desarrollara su profesión de una forma más plena								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
32	El SFT implicaría un aumento en el prestigio de la profesión								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
33	El SFT facilitaría la supervivencia del ejercicio profesional en las farmacias comunitarias								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
34	La implantación de SFT disminuiría la excesiva orientación comercial hacia el producto								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
35	Aumentaría la orientación hacia la oferta de servicios								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
36	El SFT pondría de manifiesto el desconocimiento de la magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos y sociedad								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
37	Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

38	La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no solo como una empresa								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
39	La implantación de SFT nos haría trabajar en una farmacia mas agradable desde el punto de vista profesional								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
78	Esta motivado el farmacuetico para implantar SFT porque los pacietnes lo necesitan								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
88	La realizacion de sesiones clinicas de farmaceuticos de distintas farmacias contribuiría a la implantacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Farmacia_Estructura

44	Tener un numero suficiente de farmaceuticos es importante para implantar SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
45	El numero de personas de la farmacia afecta a la implantacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
47	Un experto en SFT seria necesario para implantar el servicio								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
48	Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantacion								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

49	La implantación de SFT mejoraría la comunicación y el trabajo en equipo								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
50	Es importante que todo el personal de la farmacia este motivado en la implantación de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
51	Es necesario que todo el equipo este formado adecuadamente y realice cursos de reciclaje para poder realizar SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
52	Es necesario tener áreas semiprivadas o espacios adecuados específicos para la realización de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
53	Es necesario un diseño correcto de la estructura de la farmacia para la realización de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
54	Es necesario que existan subvenciones para adecuar la infraestructura de la farmacia a la realización de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
55	Debería existir subvenciones para contratar mas personal y así adecuar la farmacia a la realización de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
56	Es necesaria la existencia de herramientas informaticas para la gestion del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
57	Es necesaria la existencia de instrumentos de medida para la realización del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Miscelanea_Relaciones con los medicos

79	La comunicación con los medicos apoya la implantacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
81	La cooperacion con los medicos es un elemento clave en SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
82	La implantacionb de SFT completaria el conocimiento que tiene el medico sobre los farmacos de su paciente								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
83	El SFT implicaria una mejora de la sanidad al facilitar la relacion entre medico, farmaceutico y pacientes								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
84	Cree que la implantacion de SFT en las farmacias seria vista por el medico como positiva								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
85	Cree que el medico estaria dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmaceutico en el SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
86	Reuniones conjuntas entre farmaceuticos y medicos contribuirian a implantar el SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
97	Deberian administracion y colegios profesionales garantizar la implantacion del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

112	Una buena relacion de trabajo con los medicos es esencial cuando se implanta SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Area: Miscelanea_Apoyo de la Administracion

89	La implantacion de SFT contribuiría a reducir el gasto global en medicamentos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

90	Sería necesario, en el futuro, lograr incentivos economicos por el SFT para su implantacion								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

91	La implantacion de SFT contribuiría a racionalizar los recursos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

92	Debería eliminarse el exceso de papeleo existente en las oficinas de farmacia para así facilitar la implantacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

93	Sería necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

94	El Sft permitiría al farmaceuto participar en investigaciones , estudios epidemiologicos y/o pogramas sanitarios								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

95	Sería necesario para la implantacion de SFT que las competencias de cada sanitario del sistema de salud esten claras delimitadas, para obviar problemas de intrusismo real o								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

96	Seria necesario que la Administracion o los Colegios profesionales facilitaran la comunicacion interprofesional de las experiencias presentes y futuras sobre SFT en								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
98	Deberia la Administracion sanitaria y colegios profesionales facilitar la coordinacionb entre los profesionales sanitarios								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
99	Deberia reconocerse el esfuerzo de la implnatacion de SFT con incentivos (por ejemplo, facilitando la asistencia a la formacion, en actividad sobre farmactoeapia, etc)								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
100	Deberia la administracion reconocer el esfuerzo con una acreditacion oficial de las oficinas de farmacia que hacen SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
101	Deberian adminsitracion y Colegios profesionales establecer relaciones fluidas y caucs de comunicacion eficaces con los profesionales sanitarios de A.P. para asi facilitar la implantacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
107	Deberia ser obligatoria la realizacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
108	En caso de que no se realizara, deberia ser sancionado								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
109	Las sanciones por no realizar SFT, facilitarían su implantacion								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

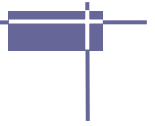
Area: Miscelanea_Marketing de SFT

102 Pueden influir los medios de comunicación en la implantación de SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

103 Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

104 Deberían existir campañas de información exhaustiva para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

105 La publicidad de la realización de SFT es una oportunidad para competir con otras farmacias comunitarias									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	



ANEXO 2. Plantilla de votaciones Ronda 2 del método RAND/UCLA

Ronda de votación 2

Area: Farmacéutico_Educacion Clinica

1 ¿Es necesaria una formación más clínica en el pregrado?									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						2	4	6	8,5

2 ¿Es necesaria una formación de pregrado más asistencial?									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1					2	4	5	8

3 Es necesario incluir pacientes en la formación de pregrado									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	5	1	5	7,5

4 Es importante hacer un balance entre los aspectos de ciencia básica y los aspectos asistenciales									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				2	4	3	1	2	6,5

5 Es necesaria una remodelación de los estudios de farmacia en aras de poder implantar SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						2	5	5	8

6 Debe ser SFT una asignatura clave en la licenciatura de farmacia									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						6	3	3	7,5

7	Es necesario reforzar la formación farmacológica con un enfoque asociado a la práctica clínica								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1	1	3	5	2	8
8	La implantación de SFT implicaría una mayor necesidad de actualizar los conocimientos farmacológicos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			1		1	2	2	6	8,5
9	Debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer este servicio a la sociedad								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				2		3	5	2	8
10	La existencia de la especialidad en SFT añadiría credibilidad a la farmacia								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					3	3	3	3	7,5
14	Ayudaría a la implantación del SFT la presencia de un tutor en el ámbito de trabajo								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1	2		5	4	8
15	Consideras la formación continuada un elemento necesario para la implantación del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			1			3	4	4	8
23	La satisfacción profesional es uno de los principales factores para implantar SFT en la farmacia comunitaria								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	1	2	1	4	1	2	7

62	Sería necesario conseguir introducir cambios en el sistema de pago a los farmacéuticos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1		8	1	2	7
80	Es importante trabajar conjuntamente con los médicos cuando se implanta SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1			1		2	1	5	2	8

Area: Farmacia_Sistemas de remuneracion

40	Es necesario modificar el sistema retributivo de las farmacias disminuyendo los ingresos de la distribución y aumentando los ingresos por SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			1	1	4	2	3	1	6,5
41	Es preciso mantener el sistema de remuneración a la vez que se comienza a pagar el servicio								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1		4	5	2	8
42	La implantación de un SFT remunerado haría que la dispensación no fuera la prioridad en la farmacia comunitaria								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1				3	5	2	1		6

Area: Profesión Farmacéutica_Pago por Servicios

58	El pago del servicio de SFT es necesario para que estos se implanten								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					3	4	4	1	7

59 Sin pago por servicios no es posible su sostenibilidad en el tiempo									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		1	3	3	2	2	7

60 Debería existir un incentivo económico para el farmacéutico para que este pueda implantar el SF.									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	6	2	3	7

61 Es imposible plantear la implantación de SFT si no supone un beneficio económico para la farmacia									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1			1	1	4	4	1		6

63 Podría perder clientes la farmacia con la implantación de SFT con la consiguiente pérdida económica									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	1		3	4	2	1		6

64 Es importante asegurarse de que la implantación de SFT es rentable para las farmacias									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				3	1	4	2	2	7

65 Estaría usted dispuesto a subcontratar el SFT en caso de que no tuviese personal para su realización									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			1		2		8	1	8

Area: Miscelanea_Demanda por los pacientes

66 Podrían influir las asociaciones de pacientes en la implantacion de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					6	6			6,5

67 Mejoraría la efectividad del tratamiento de los pacientes la implantación de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						4	3	5	8

68 Mejoraría la calidad de la atención percibida por los pacientes

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						3	5	4	8

69 La implantacion de SFT daría a los pacientes la seguridad de que su salud es lo mas importante para el farmaceutico comunitario

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	5	4	2	7,5

70 La implantacion de SFT conseguiría aumentar la fidelidad de los pacientes

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1		5	5	1	7,5

71 La implantacion de SFT daría a lospacientes la seguridad de una atención más personalizada

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	5	3	3	7,5

72	La implantación de SFT mejoraría la seguridad de los farmacos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	1			3	2	5	8
73	La implantación de SFT aumentaría la implicación del farmacéutico en los problemas de salud de los pacientes								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1	1	3	4	3	8
75	El SFT reforzaría la información sanitaria de los pacientes								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			1	1	3	3	2	2	7
76	Esta motivado el farmacéutico para implantar SFT porque los pacientes lo demandan								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1		4	3	2	2			5
77	La implantación de SFT puede hacer que se pierdan clientes "de paso"								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	2	2	2	2	2		2		4,5

Area: Farmaceutico_Mensaje sobre el futuro

16	El apoyo de los directivos de la Administración (ej:(Consejero de Sanidad, Director Regional de salud, etc..)) darían seguridad a la implantación de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1			2		5	3	1	7

17	Los líderes profesionales deben enviar mensajes concretos a los farmacéuticos								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1		3	3		1	4		5
18	Los farmacéuticos necesitan seguridad y claridad sobre en que debe consistir su práctica profesional en el futuro								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	1	1	1	2	1	2	3	6,5
19	El mensaje de futuro debe estar orientado a una practica que pasa por la realizacion del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			2	1	2	3	2	2	7
20	El futuro farmaceutico debe estar orientado a una practica que pasa por la realizacion de dispensación, indicación farmaceutica y SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		2	3	1	3	2	6,5
21	El mensaje de futuro, con la implantación de SFT, es tener el reconocimiento como un sanitario y no como un vendedor								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	1	2	3	2	1	2	6
22	La implantacion de SFT demostraria que el farmaceutico es necesario en el sistema sanitario								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		1	1	4	4	1	7
106	Seria necesario que el consejo liderara la implnatacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	1		2	1	1	3	3	7,5

Area: Farmaceutico_Actitud

24 Es imprescindible que el farmaceutico cambie de ctitud y asuma la necesidad de cambio

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	3	4	4	8

25 El SFT contribuiría a aumentar el reconocimiento social y a prestigiar la profesion farmaceutica

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	1	1	1	3	2	3	7

26 Aumentarian las oportuidades del farmaceutico de ejercer como educador sanitario al implantar SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1	1	1	2	1	1	1	3	1	5,5

28 El SFT modernizaria la asistencia farmaceutica

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	2			2	2	3	1	2	6,5

29 El SFT implicaria un aumento en la calidad de la prestacion farmaceutica

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	1		1	3	2	4	7,5

30 Implicaria un cambio de mentalidad del farmaceutico

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
2		1		1	2	2	1	3	6,5

31	La implantación de SFT haría que el farmacéutico desarrollara su profesión de una forma más plena								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	3			2	3	1	1	2	6
32	El SFT implicaría un aumento en el prestigio de la profesión								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2			2	4	2	2	7
33	El SFT facilitaría la supervivencia del ejercicio profesional en las farmacias comunitarias								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2	2			3	2	3	7
34	La implantación de SFT disminuiría la excesiva orientación comercial hacia el producto								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1				3	1	2	3	2	7
35	Aumentaría la orientación hacia la oferta de servicios								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1	1	1		1	5	2		1	6
36	El SFT pondría de manifiesto el desconocimiento de la magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos y sociedad								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	1	1	1		5	2	1	7
37	Aumentaría la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario especializado en el medicamento								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1			3	4	1	3	7

38 La implantación de SFT nos haría ver la farmacia como un centro sanitario y no solo como una empresa

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2	1			3	4	2	7,5

39 La implantación de SFT nos haría trabajar en una farmacia más agradable desde el punto de vista profesional

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	1	3	4	1	1		1	5

78 Esta motivado el farmacéutico para implantar SFT porque los pacientes lo necesitan

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	2		2	1	1	5		6,5

88 La realización de sesiones clínicas de farmacéuticos de distintas farmacias contribuiría a la implantación de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				2		3	7		8

Area: Farmacia_Estructura

44 Tener un número suficiente de farmacéuticos es importante para implantar SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		1	2	3	2	3	7

45 El número de personas de la farmacia afecta a la implantación de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1		1		2	2	3	2	1	6,5

47	Un experto en SFT sería necesario para implantar el servicio								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	2	5	4	8
48	Es importante que todos los miembros del staff trabajen en equipo para la implantación								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			1			5	4	2	7,5
49	La implantación de SFT mejoraría la comunicación y el trabajo en equipo								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1		1	1	1	4	1	2	1	6
50	Es importante que todo el personal de la farmacia este motivado en la implantación de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1		1			2	6		2	7
51	Es necesario que todo el equipo este formado adecuadamente y realice cursos de reciclaje para poder realizar SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	3	1	1	2	1	3	6,5
52	Es necesario tener áreas semiprivadas o espacios adecuados específicos para la realización de SF								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					1	1	6	4	8
53	Es necesario un diseño correcto de la estructura de la farmacia para la realización de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1		1		1	1	3	2	3	7

54	Es necesario que existan subvenciones para adecuar la infraestructura de la farmacia a la realización de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1	1		1		3	3	1	2	6,5
55	Debería existir subvenciones para contratar mas personal y asi adecuar la farmacia a la realizacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1		2	1	2	1	3	2	6,5
56	Es necesaria la existencia de herramientas informaticas para la gestion del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1		4	3	4	8
57	Es necesaria la existencia de instrumentos de medida para la realizacion del SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1	1		2		3	1	4	7

Area: Miscelanea_Relaciones con los medicos

79	La comunicación con los medicos apoya la implantacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1			3				4	4	8
81	La cooperacion con los medicos es un elemento clave en SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				2	2	3	3	2	7

82 La implantación de SFT completaría el conocimiento que tiene el médico sobre los fármacos de su paciente									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		3	3		3	1		2	5

83 El SFT implicaría una mejora de la sanidad al facilitar la relación entre médico, farmacéutico y pacientes									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2		2	2	3		3	6,5

84 Cree que la implantación de SFT en las farmacias sería vista por el médico como positiva									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		2	2	1	5	1	7,5

85 Cree que el médico estaría dispuesto a colaborar con las intervenciones del farmacéutico en el SF									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				2		1	8	1	8

86 Reuniones conjuntas entre farmacéuticos y médicos contribuirían a implantar el SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1				1	1	2	1	6	8,5

97 Deberían administración y colegios profesionales garantizar la implantación del SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1			1	1	2	3	1	3	7

112 Una buena relación de trabajo con los médicos es esencial cuando se implanta SFT									
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
			2		2	2	4	2	7,5

Area: Miscelanea_Apoyo de la Administracion

89 La implantacion de SFT contribuiria a reducir el gasto global en medicamentos

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2	1	2	2	2	1	2	6

90 Seria necesario, en el futuro, lograr incentivos economicos por el SFT para su implantacion

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2	1	3	1	1	2	2	5,5

91 La implantacion de SFT contribuiria a racionalizar los recursos

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1		1	2		4	1	2	1	6

92 Deberia eliminarse el exceso de papeleo existente en las oficinas de farmacia para asi facilitar la implantacion de SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	2	3	1	1	1	2		2	4,5

93 Seria necesario eliminar la sobrecarga de tareas administrativas existentes en la farmacia comunitaria para implantar SFT

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	2		1	3	2	3	7

94 El SFT permitira al farmaceutco participar en investigaciones , estudios epidemiologicos y/o pogramas sanitarios

En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1	2	1	2	2	1	1		2	4,5

95	Seria necesario para la implantacion de SFT que las competencias de cada sanitario del sistema de salud esten claras delimitadas, para obviar problemas de intrusismo real o percibido								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
1	1	1	3	3				3	4,5
96	Seria necesario que la Administracion o los Colegios profesionales facilitaran la comunicaci3n interprofesional de las experiencias presentes y futuras sobre SFT en nuestro pa3s								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1	1	2	2	4		2	6,5
98	Deberia la Administracion sanitaria y colegios profesionales facilitar la coordinacionb entre los profesionales sanitarios								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1	3	3	2	3	7
99	Deberia reconocerse el esfuerzo de la implnatacion de SFT con incentivos (por ejemplo, facilitando la asistencia a la formacion, en actividad sobre farmactoerapia, etc)								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1		3	5	3	8
100	Deberia la administracion reconocer el esfuerzo con una acreditacion oficial de las oficinas de farmacia que hacen SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						7	2	3	7
101	Deberian adminsitraci3n y Colegios profesionales establecer relaciones fluidas y caucs de comunicaci3n eficaces con los porfesionales sanitarios de A.P. para asi facilitar la implantacion d SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1			2	5	1	2	1	6
107	Deberia ser obligatoria la realizacion de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		1	1	4	2	3	7

108	En caso de que no se realizara, debería ser sancionado								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
					2	3	5	2	8
109	Las sanciones por no realizar SFT, facilitarían su implantación								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
						3	5	4	8

Area: Miscelanea_Marketing de SFT

102	Pueden influir los medios de comunicación en la implantación de SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		1		1	1	4	3	2	7
103	Deberían existir campañas de información exhaustiva destinadas a la población general sobre SF								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
				1	1	3	3	4	8
104	Deberían existir campañas de información exhaustiva para médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios sobre SFT								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
		2	1	2		2	2	3	7
105	La publicidad de la realización de SFT es una oportunidad para competir con otras farmacias comunitarias								
En desacuerdo			Dudoso			De acuerdo			Puntos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mediana
	1			2	1	4	2	2	7

Anexo 3. Matriz de correlaciones; inversa de matriz de correlaciones; matriz anti-imagen; Anti-Image Matrices

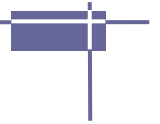
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
P1	.601 ^a	-.054	-.153	-.039	-.168	-.016	.107	-.069	.025	.003	-.056	.091	-.017	.111	.025	-.008	.013	-.116	-.031	-.029	-.085	-.118	-.102	.171	-.086	-.141	.185	.060	-.014	.027
P2	-.054	.667 ^a	-.187	.147	-.028	-.091	-.059	.008	-.015	.155	-.098	.139	-.025	-.031	-.127	.127	-.109	-.208	-.086	-.124	.002	.083	-.065	-.099	.063	-.051	.032	.015	-.092	.037
P3	-.153	-.187	.760 ^a	-.169	-.150	-.031	-.017	-.016	.001	-.015	-.063	-.093	-.094	.001	-.080	-.064	.102	-.049	.066	-.053	.058	.034	.006	-.039	-.118	.049	-.079	.088	.058	.083
P4	-.039	.147	-.169	.719 ^a	-.125	-.164	-.108	-.057	-.025	.042	-.041	.141	-.106	.074	-.035	.024	-.012	-.025	.050	-.009	.010	-.009	-.065	-.024	.154	-.020	.068	-.015	-.214	.000
P5	-.168	-.028	-.150	-.125	.672 ^a	-.175	-.158	.141	-.060	-.092	-.006	-.159	.095	-.027	.162	-.078	-.027	.206	-.155	.057	-.081	-.042	.038	.112	.043	.017	-.012	-.062	-.018	-.019
P6	-.016	-.091	-.031	-.164	-.175	.770 ^a	-.260	.045	-.089	-.165	.073	-.084	-.101	-.145	.022	.002	-.075	-.105	.016	.018	-.063	-.050	-.083	-.016	.062	.119	-.022	-.075	.181	-.172
P7	.107	-.059	-.017	-.108	-.158	-.260	.746 ^a	.001	-.025	.091	-.094	.072	.087	-.078	-.123	-.188	.072	-.084	.104	.028	-.153	.006	.029	.045	-.175	-.019	-.103	.109	-.068	.082
P8	-.069	.008	-.016	-.057	.141	.045	.001	.679 ^a	-.056	-.018	-.157	-.192	-.082	-.163	.056	-.287	-.258	.225	.061	.054	-.099	.105	.072	-.094	.014	.129	-.198	.019	-.024	.005
P9	.025	-.015	.001	-.025	-.060	-.089	-.025	-.056	.716 ^a	-.126	.080	-.048	.039	.052	-.092	-.056	.024	-.135	-.029	.044	-.065	.015	-.105	-.006	.095	-.122	-.053	.113	.057	.069
P10	.003	.155	-.015	.042	-.092	-.165	.091	-.018	-.126	.528 ^a	-.141	.122	.015	.077	.047	-.027	-.041	-.087	.051	-.148	-.129	.139	.048	-.191	-.073	-.039	.034	.068	-.097	-.002
P11	-.056	-.098	-.063	-.041	-.006	.073	-.094	-.157	.080	-.141	.642 ^a	-.043	-.028	.123	-.238	.073	-.077	-.133	-.081	-.037	-.032	-.030	.093	-.008	.120	-.192	.060	.015	.141	-.060
P12	.091	.139	-.093	.141	-.159	-.084	.072	-.192	-.048	.122	-.043	.625 ^a	-.070	-.050	-.026	.086	-.063	-.162	-.167	.015	-.088	-.072	-.109	.024	-.028	-.068	.139	.073	-.022	-.094
P13	-.017	-.025	-.094	-.106	.095	-.101	.087	-.082	.039	.015	-.028	-.070	.821 ^a	-.081	.023	-.122	-.044	-.030	-.118	.084	-.064	-.168	-.094	.019	.089	-.016	.005	.012	-.112	-.045
P14	.111	-.031	.001	.074	-.027	-.145	-.078	-.163	.052	.077	.123	-.050	-.081	.682 ^a	-.162	.068	.015	-.040	.015	-.064	-.053	-.040	-.008	-.052	.007	-.116	.126	-.032	.017	-.051
P15	.025	-.127	-.080	-.035	.162	.022	-.123	.056	-.092	.047	-.238	-.026	.023	-.162	.743 ^a	-.040	-.026	.012	.008	-.069	-.038	-.068	-.088	-.087	-.050	.018	.026	-.133	.055	-.003
P16	-.008	.127	-.064	.024	-.078	.002	-.188	-.287	-.056	-.027	.073	.086	-.122	.068	-.040	.736 ^a	-.354	-.019	-.176	-.123	.188	.027	.110	.065	.035	-.064	-.260	-.098	-.072	.037
P17	.013	-.109	.102	-.012	-.027	-.075	.072	-.258	.024	-.041	-.077	-.063	-.044	.015	-.026	-.354	.759 ^a	.015	.105	.045	.074	-.033	-.042	.087	-.040	.019	-.057	.010	.001	.109
P18	-.116	-.208	-.049	-.025	.206	-.105	-.084	.225	-.135	-.087	-.133	-.162	-.030	-.040	.012	-.019	.015	.656 ^a	-.001	.063	.047	-.041	-.001	.134	.055	.086	-.198	-.027	-.050	-.081
P19	-.031	-.086	.066	.050	-.155	.016	.104	.061	-.029	.051	-.081	-.167	-.118	.015	.008	-.176	.105	-.001	.643 ^a	-.275	-.033	.007	.095	-.069	-.097	.010	-.041	.003	.056	-.008
P20	-.029	-.124	-.053	-.009	.057	.018	.028	.054	.044	-.148	-.037	.015	.084	-.064	-.069	-.123	.045	.063	-.275	.698 ^a	.040	-.083	-.157	.143	-.017	.003	-.047	.032	-.004	-.160
P21	-.085	.002	.058	.010	-.081	-.063	-.153	-.099	-.065	-.129	-.032	-.088	-.064	-.053	-.038	.188	.074	.047	-.033	.040	.685 ^a	.069	-.012	.089	.025	.085	-.019	-.176	-.146	-.006
P22	-.118	.083	.034	-.009	-.042	-.050	.006	.105	.015	.139	-.030	-.072	-.168	-.040	-.068	.027	-.033	-.041	.007	-.083	.069	.674 ^a	-.019	-.174	-.038	-.086	-.101	.126	-.015	-.013
P23	-.102	-.065	.006	-.065	.038	-.083	.029	.072	-.105	.048	.093	-.109	-.094	-.008	-.088	.110	-.042	-.001	.095	-.157	-.012	-.019	.694 ^a	-.141	-.279	-.017	-.051	-.112	-.060	.114
P24	.171	-.099	-.039	-.024	.112	-.016	.045	-.094	-.006	-.191	-.008	.024	.019	-.052	-.087	.065	.087	.134	-.069	.143	.089	-.174	-.141	.525 ^a	-.079	.038	-.023	-.052	-.132	.022
P25	-.086	.063	-.118	.154	.043	.062	-.175	.014	.095	-.073	.120	-.028	.089	.007	-.050	.035	-.040	.055	-.097	-.017	.025	-.038	-.279	-.079	.665 ^a	-.013	-.080	.024	-.092	-.161
P26	-.141	-.051	.049	-.020	.017	.119	-.019	.129	-.122	-.039	-.192	-.068	-.016	-.116	.018	-.064	.019	.086	.010	.003	.085	-.086	-.017	.038	-.013	.584 ^a	-.150	-.531	-.017	.007
P27	.185	.032	-.079	.068	-.012	-.022	-.103	-.198	-.053	.034	.060	.139	.005	.126	.026	-.260	-.057	-.198	-.041	-.047	-.019	-.101	-.051	-.023	-.080	-.150	.773 ^a	-.012	-.005	-.035
P28	.060	.015	.088	-.015	-.062	-.075	.109	.019	.113	.068	.015	.073	.012	-.032	-.133	-.098	.010	-.027	.003	.032	-.176	.126	-.112	-.052	.024	-.531	-.012	.560 ^a	-.030	.014
P29	-.014	-.092	.058	-.214	-.018	.181	-.068	-.024	.057	-.097	.141	-.022	-.112	.017	.055	-.072	.001	-.050	.056	-.004	-.146	-.015	-.060	-.132	-.092	-.017	-.005	-.030	.668 ^a	-.568
P30	.027	.037	.083	.000	-.019	-.172	.082	.005	.069	-.002	-.060	-.094	-.045	-.051	-.003	.037	.109	-.081	-.008	-.160	-.006	-.013	.114	.022	-.161	.007	-.035	.014	-.568	.678 ^a

Anti-image Correlation

ANEXO 4. PUBLICACIONES RELACIONADAS

4.1 Artículos revistas

- A. Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio. *Aten Primaria* 2013; 45(7): 368–375. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.005>
- B. Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios* 2013; 5(3): 96-102
- C. Baixauli VJ, Satué E, Gil MI, Roig JC, Villasuso B, Sáenz de Buruaga S. Propuesta de la SEFAC sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. Primera edición. Madrid. Ed. ABCD Group-SEFAC. 2013. ISBN: 978-84-616-4031-7
- D. Sabater M, Feletto E, Martínez-Martínez F, Gil MI, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI. Percepción del paciente mayor polimedcado sobre el rol del farmacéutico comunitario. *Pharm Care Esp* 2011; 13(6): 271-279
- E. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M, Noain MA, Castrillón CC. Integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en las Farmacias Comunitarias Españolas. *Pharm Care Esp* 2009; 11(2): 52 – 62



ANEXO 4.1.A Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio

Aten Primaria. 2013;45(7):368-373



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

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

Modesta Inmaculada Gil^{a,*}, Shalom Isaac Benrimoj^b, Fernando Martínez-Martínez^a, Manuel Cardero^c y Miguel Ángel Gastelurrutia^a

^a Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada, España

^b University of Technology, Sydney, Australia

^c Estadística, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

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

Disponible en Internet el 6 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

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

KEYWORDS

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la situación actual en la que se utilizan diferentes políticas sanitarias para abordar el cada vez más importante problema de la cronicidad, se deben analizar nuevas propuestas asistenciales que puedan contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud utilizando un abordaje multidisciplinario de colaboración de todos los agentes de salud, en un entorno de crisis¹. Los farmacéuticos comunitarios pueden contribuir al abordaje de la cronicidad mediante la implantación de servicios profesionales farmacéuticos (SPF)², y más concretamente del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT)³.

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

En las pasadas décadas se han identificado facilitadores potenciales para su implantación pero, a pesar de ello, el SFT sigue sin realizarse de una manera generalizada en las farmacias comunitarias (FC) españolas⁴. Esta nueva actividad más clínica requiere la colaboración entre pacientes, médicos y farmacéuticos³, siendo por tanto muy importante la participación del farmacéutico comunitario en los equipos de salud⁵.

Para afrontar este cambio en la práctica de la FC se suelen considerar 2 tipos de abordajes amplios: el que asume que es el farmacéutico quien debe cambiar y otro que entiende la farmacia como una organización⁶:

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

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

2) *Nivel de farmacia como organización.* Este abordaje asume que para que se produzca el cambio descrito, las farmacias, como organizaciones que son, deben transformarse y adaptarse a una nueva situación⁹. Para su estudio se deben utilizar técnicas de cambio organizativo, como la flexibilidad organizacional^{5,10} que puede permitir que la farmacia se adapte a dichos cambios a medida que estos se van sucediendo^{11,12}. De hecho, se ha visto que la cultura organizativa contribuye a la implantación del cambio necesario para que la farmacia comunitaria se convierta en una organización más eficaz de atención primaria⁹.

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

Tabla 1 Número de preguntas por dimensiones

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

de gestión que integren los nuevos servicios en la gestión global de la farmacia^{10,13}.

Desde un punto de vista holístico y positivo parece interesante priorizar los facilitadores identificados en estudios previos en España⁶, que coinciden con las dimensiones y categorías que se muestran en la tabla 1, ya que esto puede permitir diseñar estrategias que faciliten la implantación generalizada del SFT y su sostenibilidad en este país.

Método

Diseño del instrumento

El equipo investigador diseñó un primer borrador de cuestionario basado en las dimensiones y categorías obtenidas en un estudio cualitativo previo realizado en España para identificar facilitadores para el cambio en la práctica de las farmacias comunitarias españolas⁶. Para validar el cuestionario se constituyó un panel de expertos que siguiendo el método RAND/UCLA¹⁴ redefinió los diferentes ítems del cuestionario (n = 30) (anexo 1).

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

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

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

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

Población y tamaño

Se calculó un tamaño de muestra representativa del total de las farmacias comunitarias españolas¹⁵ mediante muestreo aleatorio simple con una precisión absoluta de 0,2 unidades y un nivel de significación $\alpha = 0,05$. Dado que no se había realizado un pilotaje previo, y por tanto no se conocía la desviación estándar de la población, se decidió utilizar una muestra total de 200 farmacias (población: 20.537; fracción de muestreo: 0,97%).

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

Validez y fiabilidad del cuestionario

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

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

Análisis factorial exploratorio

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

La factorabilidad de /R/ se analizó utilizando como criterio de correlación valores de los diferentes ítems iguales o superiores a |0,30|¹⁸, de manera que todos los ítems cumplirían siempre dicho criterio. El test de esfericidad de Bartlett fue significativo (< 0,000). La medida de adecuación de la muestra de Kaiser (KMO) resultó ser de 0,717 lo que indicaba buena factorabilidad. Solo se utilizaron ítems con una correlación en la matriz anticorrelación mayor a 0,60¹⁷⁻¹⁹.

Los resultados fueron comparados utilizando varios métodos de extracción (Oblimin y Promax), mediante los que se correlacionaron las diferentes variables¹⁷. Finalmente, para elegir la solución factorial más apropiada se utilizaron los siguientes criterios^{17,19,20}: a) el mayor porcentaje de varianza explicada; b) autovalores (*eigenvalues*) superiores a uno; c) valor del α de Cronbach superior a 0,600; d) que al menos hubiera 3 ítems por factor; e) aplicación de la solución factorial al marco utilizado con el fin de obtener una mayor interpretabilidad e implicaciones teóricas de la solución.

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

Se excluyó el factor 5, porque a pesar de tener un autovalor superior a 1 (1.004), solo contiene 2 ítems²¹. En el factor 3, se aceptó un α de Cronbach de 0,556 ya que cumplía con

Priorización de facilitadores mediante análisis factorial exploratorio

Tabla 2 Matriz de componentes

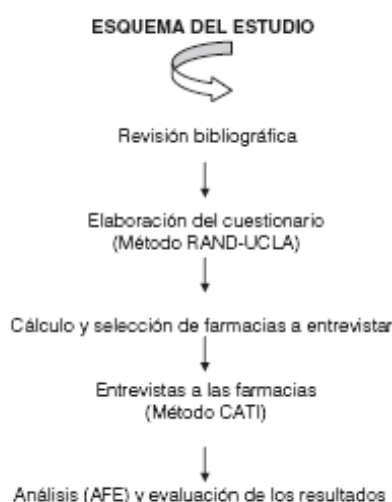
Matriz de componentes	Factor			
	1	2	3	4
Debería existir un incentivo económico para la farmacia para que esta pueda implantar SFT (16)	0,818	0,012	-0,046	-0,101
La remuneración del SFT debería de ser un ingreso adicional al sistema actual de márgenes comerciales del medicamento (8)	0,711	0,025	-0,047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

Tabla 3 Matriz de la estructura factorial

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

Método de extracción: factorización de eje principal.

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



Esquema general del estudio:

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discusión

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

Aunque la varianza explicada no es muy elevada, los resultados obtenidos guardan buena relación con los resultados de otros autores a nivel internacional^{9,23}.

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

Constituye uno de los facilitadores más importantes, ya que para el farmacéutico supone un gran coste económico tanto por los costes de inversión como el coste en tiempo necesario para la realización de este servicio²⁶. Además, todo profesional que implanta un nuevo servicio busca la rentabilidad del mismo, y el farmacéutico comunitario no puede ser una excepción.

Parece que para conseguir que el pago por servicios sea una realidad en España es necesario que la profesión farmacéutica sea capaz de demostrar que dichos servicios, además de generar un impacto clínico y humanístico son capaces de originar un ahorro económico².

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

Actualmente los SPF no están implantados de una manera generalizada^{13,27,28}, a pesar de que diferentes estudios reflejan los beneficios clínicos, humanísticos y económicos de su implantación². Es posible que, por tratarse de nuevos servicios, la mayoría de los pacientes no conoce su existencia o, si la conoce, no sabe en qué consisten, para qué se utilizan y cómo y cuándo utilizarlos y, por tanto, no existe demanda de los mismos⁶.

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

Priorización de facilitadores mediante análisis factorial exploratorio

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

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

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

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

formación adecuada para afrontar este reto^{6,29}. Es preciso que la universidad reoriente tanto la formación de pregrado como la de posgrado a fin de que el farmacéutico sea capaz de implantar nuevos servicios⁶.

La necesidad de una formación más clínica se encuentra presente en muchos estudios³⁰. Mientras que la especialidad

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

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

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

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

El SFT representa la apuesta del farmacéutico para mejorar su imagen como profesional sanitario implicado en mejorar la calidad de vida del paciente² a través del uso adecuado, seguro y efectivo de su medicación, mediante la vigilancia y evaluación de sus resultados.

Conclusiones

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

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

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

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

Lo conocido sobre el tema:

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

Qué aporta este estudio:

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

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Anexo. Material adicional

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

Bibliografía

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

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

ANEXO 4.1.B Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

ORIGINAL ES

Farmacéuticos Comunitarios
2013; 5(3): 96-102



AUTORES

Modesta Inmaculada Gil García¹
Shalom Isaac Benrimoj²
Fernando Martínez-Martínez³
Manuel Cardero Rivas²
Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda³

1. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.
2. University of Technology, Sydney (Australia).
3. Estadístico, Servicio Andaluz de Salud.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:
Modesta Inmaculada Gil García
m.gil0113@gmail.com

FINANCIACIÓN:
Ninguna ajena.

CONFLICTO DE INTERESES:
Los autores declaran no existir conflictos de intereses en relación con el contenido del presente artículo.

Este trabajo forma parte de la tesis doctoral de Modesta Gil García, que se presentará en la Universidad de Granada en el tercer trimestre de 2013. Fue presentado en formato póster en el V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC), en Barcelona, noviembre de 2012.

RESUMEN

En el contexto de un estudio de investigación sobre priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas, se realizó un grupo focal compuesto por miembros de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. El objetivo era explorar sus opiniones sobre los facilitadores priorizados en dicho estudio que se habían definido como "Incentivos", "Campañas externas", "Experto en SFT" y "Profesionalidad del farmacéutico".

El facilitador prioritario del estudio, denominado "incentivos", incluye fundamentalmente incentivos económicos, imprescindibles en la implantación y sostenibilidad del Seguimiento Farmacoterapéutico, aunque también hace referencia a otro tipo de incentivo como el reconocimiento profesional.

Continúa →

Gil García MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero Rivas M, Gastelurrutia Garralda MA. Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

OPINIÓN DE UN GRUPO DE EXPERTOS SOBRE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

OPINION OF A GROUP OF EXPERTS ON FACILITATORS FOR INTRODUCING PHARMACOTHERAPY FOLLOW-UP IN SPANISH COMMUNITY PHARMACIES

INTRODUCCIÓN

Uno de los abordajes para la implantación de servicios profesionales farmacéuticos en general y del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en concreto es el estudio de facilitadores para la implantación de dicho servicio (1,2,3).

Un facilitador es cualquier elemento que ayuda a la farmacia y/o al farmacéutico a superar las barreras para la implantación de servicios, a la vez que puede actuar como inductor independiente del cambio (3). En estudios previos de investigación cualitativa se habían identificado diferentes facilitadores, por lo que resultaba interesante su cuantificación, como se ha hecho en otros países (2). Para ello se diseñó un estudio con el objetivo de priorizar facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en las farmacias comunitarias españolas mediante Análisis Factorial Exploratorio. En dicho estudio se identificaron cuatro factores que, a su vez agrupan distintos facilitadores, y que se definieron como "Incentivos", "Campañas externas", "Experto en SFT" y "Profesionalidad del farmacéutico". La existencia de incentivos se mostró como el más importante de los cuatro (4). Con el fin de triangular los datos obtenidos en dicho estudio (5,6) se pensó en la posibilidad de contrastar la opinión de

líderes en la implantación de servicios de atención farmacéutica, sobre éste y los otros tres facilitadores identificados.

Por ello se decidió explorar la percepción de un grupo de expertos en farmacia comunitaria (FC) sobre los cuatro facilitadores resultantes del citado estudio.

MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa en la que el método de obtención de información consistió en la realización de un grupo focal (GF) (7). Un grupo focal consiste en una reunión formada por un número reducido de personas que, guiadas por un moderador y un observador, permite obtener una gran cantidad de información sobre el tema objeto de estudio en muy poco tiempo (8).

Como participantes se seleccionaron a los asistentes a una reunión de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro de AF en FC) (9) sin relación previa con el trabajo de investigación, con representantes del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), Fundación Pharmaceutical Care España y del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. También asistieron el coordinador del GF y una observadora.

Los participantes estaban de acuerdo con los resultados del estudio, que indican la necesidad de un pago previo para implantar nuevos servicios profesionales. Se considera que este pago queda justificado por los beneficios que la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico aporta a la salud del paciente y a la reducción del gasto sanitario derivado de un buen uso de la medicación. Por consiguiente, se plantearon distintos métodos para incentivar económicamente a la farmacia que realiza Seguimiento Farmacoterapéutico. En cuanto al reconocimiento profesional, se consideró como un incentivo la acreditación de la farmacia que realiza SFT y que su provisión tenga relevancia a nivel curricular. Se confirma también como de gran importancia tanto la realización de campañas externas como la existencia de un experto farmacéutico profesional, preparado y acreditado para realizar nuevos SPF.

ABSTRACT

A focus group, consisting of members of the Community Pharmacy Pharmaceutical Care Forum, was created as part of a research study into prioritising facilitators for introducing pharmaceutical follow-up in Spanish community pharmacies

The aim was to explore their options regarding the facilitators prioritised in this study that had been defined as 'Incentives', 'External Campaigns', 'Expertise in Pharmacotherapy Follow-Up Service' and 'Pharmacist Professionalism'.

The priority facilitator of the study, 'Incentives', mainly includes economic incentives, which are essential for the introduction and sustainability of pharmacotherapy follow-up services, although they also refer to other kinds of incentive, such as professional recognition.

The participants agreed with the results of the study, which indicate the need for a preliminary payment to introduce new professional services. It is considered that this payment is justified by the benefits that the pharmacotherapy follow-up service offers patients' health and the reduction in health expenses derived from the correct use of medication. Therefore, various methods of economic incentives for pharmacists who offer pharmacotherapy follow-up services were proposed.

As far as professional recognition is concerned, the accreditation of the pharmacy that offers pharmacotherapy follow-up services was considered to

Continúa →

Previamente, a cada posible participante se le había enviado un documento en el que se le invitaba a participar en el GF (figura 1), que se acompañaba de un documento de consentimiento informado. También con anterioridad a la realización del GF, se había preparado una guía de la entrevista (10,11), cuyo esquema se muestra en la figura 2.

El contenido de la sesión se grabó íntegramente y se transcribió en su totalidad para realizar después un análisis de contenido (12), utilizándose para ello el programa de software NVivo® (13).

RESULTADOS

RESULTADOS

El grupo se celebró el 15 de septiembre de 2011. Dio comienzo a las 15:00 h, tras la finalización de una reunión de trabajo de Foro de AF en FC, y finalizó a las 16:18 h, con una duración de setenta y ocho minutos. Tuvo lugar en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, sito en Madrid en la calle Villanueva, 11.

En la reunión grupal participaron ocho farmacéuticos: tres pertenecientes al CGCOF; dos, al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada; dos, a la Fundación Pharmaceutical Care España, y uno, a SEFAC. Además, estaba presente el coordinador del grupo focal y una observadora, ambos pertenecientes al equipo investigador.

A continuación, se describen las principales opiniones de los integrantes del grupo focal sobre los cuatro facilitadores priorizados:

1. Campañas externas

Los participantes coinciden en la importancia de implantar servicios profesionales como la mejor manera de evolucionar hacia la necesaria reprofesionalización de la farmacia comunitaria. Sin embargo, se recuerda que los servicios farmacéuticos no están implantados de una manera generalizada en la FC. En este sentido, se confirma la necesidad de realizar campañas externas de marketing para dar a conocer los nuevos servicios profesionales farmacéuticos (SPF), tanto a los profesionales o agentes de salud (médicos y personal

de enfermería) como a la sociedad en general (usuarios de la farmacia o pacientes) y a la Administración sanitaria. Las opiniones recogidas a este respecto fueron las siguientes:

- Se afirma que para el farmacéutico comunitario constituye una preocupación que el colectivo médico desconozca en qué consiste el SFT, ya que considera su colaboración imprescindible para su implantación. Del mismo modo, se manifiesta que difícilmente los pacientes solicitarán el SFT, si ignoran su existencia.

- Estas campañas de marketing también deben ir dirigidas a la Administración sanitaria para que no considere al farmacéutico comunitario como un mero distribuidor de medicamentos y adquiera conciencia de que el SFT, además de beneficios para la salud de sus pacientes, implica un ahorro significativo para el Sistema Nacional de Salud. *"[...] A ver, es que lo que se está demandando por parte de la entidad pagadora al farmacéutico, es la distribución para y dura..."*

- En este sentido se recuerda que, junto a las campañas externas, es importante que el farmacéutico trabaje el mundo asistencial, ya que, si se sigue promocionando la orientación eminentemente comercial que actualmente proyecta la farmacia, se contribuye a potenciar la imagen del farmacéutico como la de un comerciante más o, en boca de uno de los participantes, como la de un "tendero".

"[...] ¿Por qué no se flan y por qué se conforman con que seamos solamente entregadores de medicamentos? Pues yo eso lo relaciono con el tema de la imagen que proyectamos, y la imagen que proyectamos es de tenderos..."

2. Experto en SFT

Se afirma que el farmacéutico siente la falta de una formación más clínica. Por ello es preciso que la universidad reoriente tanto la formación de pregrado como la de postgrado, a fin de que el farmacéutico comunitario adquiera no sólo conocimientos sino habilidades y competencias para implantar el SFT. En este sentido, se opina que,

ORIGINAL ES

Farmacéuticos Comunitarios
2013; 5(3): 96-102

Gil García MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero Rivas M, Gastelurrutia Garralda MA. Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

be an incentive, and that this service should be relevant at a curricular level. Carrying out external campaigns as well as the existence of a professional pharmaceutical expert, qualified and accredited to offer the new professional pharmaceutical services (PPS) were also confirmed as being very important.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Incentivos, servicios profesionales farmacéuticos, pago por servicios, grupo focal.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Incentives, professional pharmaceutical services, payment for services, focus group.

ABREVIATURAS

AFE: análisis factorial exploratorio.
CGCOF: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
FC: farmacia comunitaria.
Foro de AF en FC: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.
GF: grupo focal.
SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria.
SFT: seguimiento farmacoterapéutico.
SNS: Sistema Nacional de Salud.
SPF: servicios profesionales farmacéuticos.
ZAP: zona de atención personalizada de la farmacia.

Fecha de recepción: 18/5/2013

Fecha de aceptación: 12/7/2013

para que el farmacéutico realice SFT, es preciso que adquiera una formación adicional a la vez que se considera importante que exista algún título que reconozca bien la acreditación, bien la capacitación de la persona que lo va a proveer. En este sentido, se pone como ejemplo el título propio de Experto Universitario en SFT que se imparte en algunas universidades.

3. Profesionalidad del farmacéutico

Se afirma que el farmacéutico que se siente comprometido como profesional sanitario está más predispuesto a la implantación del SFT, ya que la realización del mismo contribuye a que la sociedad entienda la farmacia

FIGURA 1 INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE TESIS DOCTORAL, QUE LLEVA POR TÍTULO PRIORIZACIÓN DE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

PRIORIZACIÓN DE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

Estimado miembro de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria:

Mediante este escrito quisiera pedirle su colaboración en el trabajo de investigación que estoy realizando en la Universidad de Granada, encaminado a la elaboración de mi Tesis Doctoral.

Se trata de un proyecto en el que pretendo priorizar facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en las farmacias comunitarias españolas.

Tras un proceso complejo de elaboración de un cuestionario, realización de una encuesta telefónica utilizando la técnica CATI (Computerassisted telephoning interviewing) y recepción de respuestas al mismo, he realizado un análisis factorial exploratorio a los resultados de las 200 respuestas a la encuesta. Utilizando el método de extracción de factorización del eje principal (PAF) con rotación Direct Oblimin se obtuvo una solución que explicaba el 40,0% de la varianza, compuesta por los cuatro factores siguientes:

FACTOR 1: INCENTIVOS

Fundamentalmente incluye incentivos económicos aunque también hace referencia a otro tipo de reconocimiento profesional, si bien este contribuye menos a la carga del factor. El factor 1 explicaba la mayor parte de la varianza, llegando a explicar, él solo, el 21% de la variabilidad.

Los incentivos se catalogaron en dos grupos:

- A - Incentivos económicos.
- B - Reconocimiento profesional.

FACTOR 2: CAMPAÑAS EXTERNAS

Los farmacéuticos demandan campañas externas para promocionar el SFT y conseguir que éste sea conocido por la población y los agentes sanitarios. Este factor incluye la cooperación con los médicos porque los farmacéuticos valoran mucho la necesidad de esta colaboración interprofesional.

FACTOR 3: EXPERTO EN SFT

Los farmacéuticos creen que es precisa una formación adicional para la realización del SFT. En este factor se incluye el liderazgo del Consejo General, ya que es la organización que debe liderar el cambio y, por tanto, el organismo que debe decidir el tipo de formación necesaria.

FACTOR 4: PROFESIONALIDAD DEL FARMACÉUTICO

La implantación del SFT contribuye a que se entienda la farmacia como un establecimiento sanitario y al farmacéutico como un profesional de la salud.

Como última fase del estudio y dado que el Factor 1, el sólo explica el 17,5% de la varianza me ha parecido que puede tener gran importancia profundizar en dicho factor realizando un grupo focal en el que pueda obtener información a partir de informantes clave sobre aspectos relacionados con los incentivos a la provisión del SFT, ya sean económicos o de otro tipo.

Por todo ello, y en su condición de miembro de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, le solicito acepte participar en una reunión grupal que tendrá lugar en la calle Villanueva, 11, a continuación de la reunión de Foro, el próximo día 15 de septiembre. La duración prevista no superará las dos horas, dando comienzo a las 15:00 horas.

El objetivo de dicho grupo focal es explorar aspectos relacionados con la importancia y la factibilidad de los distintos incentivos en la implantación y sostenibilidad del SFT.

MÉTODO:

Estudio cualitativo mediante la realización de un grupo focal y análisis posterior de la información obtenida.

Un grupo focal consiste en una reunión formada por un número reducido de personas que, guiadas por un moderador y un secretario, permite obtener una gran cantidad de información sobre el tema objeto de estudio en muy poco tiempo. El contenido de la sesión se graba íntegramente en una cinta magnetofónica y se transcribe en su totalidad. Posteriormente se analizan los datos obtenidos, mediante la realización de un análisis de contenido.

Es preciso señalar que en todo momento se garantiza la confidencialidad de las opiniones vertidas durante la reunión (grupo focal) con la seguridad de que nadie podrá relacionar ninguna información del trabajo que se elabore o de las publicaciones que origine, con ninguno de los farmacéuticos participantes en el mismo.

Fdo.: Modesta Gil

Co-directores: Fernando Martínez-Martínez
Miguel Ángel Gastelurrutia

FIGURA 2 GUÍA DE LA ENTREVISTA

GUÍA DE LA ENTREVISTA DEL GRUPO FOCAL PARA DETERMINAR LA IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD DE LOS INCENTIVOS EN LA IMPLANTACIÓN DEL SFT. SEPTIEMBRE 2011

Conclusiones prácticas para materializar los resultados obtenidos en el FACTOR 1 del AFE: INCENTIVOS

A-INCENTIVOS ECONÓMICOS

Pago por servicios que permita la implantación del SFT y su sostenibilidad
¿Cómo implantarlo?

A. Por parte de la Administración:

- ¿Está la Administración dispuesta a pagar nuevos SPF al farmacéutico?
- ¿Solo piensa la Administración en la reducción del gasto en medicamentos olvidando el establecimiento de incentivos positivos para favorecer el cambio o para financiar la implantación de nuevos SPF que, a medio-largo plazo pudieran suponer una mejora para los pacientes a la vez que un ahorro para el sistema?
- ¿Estaría dispuesta a realizar pago por servicios si el farmacéutico demuestra un ahorro económico y una disminución del número de medicamentos a utilizar por el paciente?
- ¿Cómo se realizaría el pago por servicios?:
 - Pago por número de pacientes que reciban SFT.
 - Establecimiento de un baremo por realización de SPF.
 - Pago independiente del margen profesional.
 - Pago adicional al margen profesional en función de los pacientes tratados.
 - Pago por número de intervenciones.
 - Pago por concierto o contrato con la Administración por ser una farmacia proveedora de SPF.

B. Por parte del paciente:

- Pago por parte del paciente que recibe el SFT.
- Pago por estados de situación realizados.

C. Pago mixto:

- Co-pago por parte del paciente que recibe el SFT.
- El pago del SFT al farmacéutico puede ser:
 - Pago del SFT al farmacéutico que lo realiza.
 - Pago del SFT al farmacéutico titular, siendo éste el que pague el servicio al farmacéutico que lo lleva a cabo.

B.-RECONOCIMIENTO PROFESIONAL

Reconocimiento al esfuerzo realizado para la implantación de nuevos SPF con:

- Acreditaciones.
- Facilitando asistencia a actividades formativas.
- Asistencia a congresos.
- Investigación.
- Que incrementen el currículum profesional.
- Este reconocimiento por la realización de SPF aumenta la autoestima del farmacéutico como profesional sanitario frente a la actividad, fundamentalmente distributiva, actual.

como un establecimiento sanitario y al farmacéutico como un profesional de la salud.

"[...] Y, en cuanto a la profesionalidad del farmacéutico, evidentemente el seguimiento farmacoterapéutico da un marchamo delante de la profesión y delante de la sociedad de farmacéutico puntero, farmacéutico vanguardista, ¿no?"

Sin embargo, los participantes coinciden en que el SFT sigue sin extenderse de forma generalizada, hasta el punto de que existen farmacéuticos

que antes lo realizaban y ahora no. Se explica que este hecho puede deberse a que los farmacéuticos que habían implantado el SFT habían realizado este esfuerzo a costa de su propio tiempo y dinero, y para demostrar que son necesarios en el control y uso del medicamento para la consiguiente mejora de la salud del paciente. Este esfuerzo conlleva un desgaste que puede conducir a una situación de cansancio o *burn-out* que hace que el farmacéutico pueda desmotivarse y deje de realizar el servicio, además del coste econó-

mico que supone la implantación y sostenibilidad del SFT, sin ninguna compensación o contraprestación económica.

4. Incentivos

El término "incentivos" incluye fundamentalmente los incentivos económicos, aunque también incluye otro tipo de incentivo, como es el reconocimiento profesional (3,14,15). Se recuerda que el incentivo económico hace referencia al pago por servicios y algunos lo muestran como el facilitador más importante y decisivo a la hora de implantar el SFT, ya que la realización del mismo supone al farmacéutico un gran coste económico, por la necesidad de un cambio en la estructura de la farmacia, con la creación de zonas de atención personalizada (ZAP), la utilización de un mayor número de nuevas herramientas informáticas, más personal y, sobre todo, de un consumo adicional de tiempo para la realización de este servicio. Además, se recuerda que todo profesional que implanta un nuevo servicio busca la rentabilidad del mismo y el farmacéutico comunitario no es una excepción. Se opina que el pago por los SPF supone un paso previo, imprescindible para la implantación y posterior sostenibilidad del seguimiento farmacoterapéutico, ya que un servicio que no es rentable, no puede ser sostenible en el tiempo. Se afirma que, actualmente con la reducción de la rentabilidad derivada de la dispensación del medicamento, el cobro por el servicio adquiere una mayor trascendencia.

"[...] Un incentivo económico sí es importante, sobre todo ahora... Hace doce o catorce años nos podíamos permitir el tener a una persona dedicada a eso, que habían más recursos; ahora mismo, si no te lo pagan, esto no lo va a hacer nadie..."

De hecho, se recuerda que debido a esta disminución de ingresos de la farmacia, gran parte de los farmacéuticos dedica su tiempo a mejorar la gestión económica de la misma y está dejando a un lado la atención al paciente.

"[...] Yo creo que el incentivo económico hace falta y hay que reconocer el servicio y pagarlo..."

ORIGINALS

Farmacéuticos Comunitarios
2013; 5(3): 96-102

Gil García MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero Rivas M, Gastelurrutia Garralda MA. Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

Para tratar de revertir esta tendencia se reitera la necesidad del pago del SFT para que el farmacéutico comunitario pueda apostar por la realización de nuevos servicios y no se centre sólo en la gestión económica, dada la situación actual de bajada continua de medicamentos e impagos por parte del SNS.

"[...] Ahora la parte económica es la que no está a salvo, es la que está pendiente de un hilo continuamente, y eso está perjudicando mucho a que los farmacéuticos no tiren por la vía profesional..."

INCENTIVOS ECONÓMICOS

Se afirma que existen distintos métodos de incentivar económicamente a la farmacia que realiza SFT, describiéndose durante la reunión grupal tres abordajes diferentes: asignación de pacientes a una farmacia concreta de manera que el incentivo venga derivado del beneficio que generen esos nuevos pacientes por la compra de sus medicamentos, cambio hacia otro modelo de farmacia y pago directo por la realización del servicio, sea quien sea el pagador,

Asignación de pacientes a una farmacia concreta

En relación a la primera posibilidad, se afirma que el Sistema Sanitario podría asignar a cada farmacia que hace SFT un cupo de pacientes. En este caso, el incentivo vendrá derivado del beneficio que generen dichos pacientes con la aportación de la compra de sus medicamentos. Dado el sistema retributivo actual, este supuesto de derivación de pacientes a farmacias que tengan implantado el SFT equivaldría a recibir dinero como consecuencia del incremento en el número de recetas. Sin embargo, algunos participantes afirman que en este modelo no se tiene en cuenta algo tan importante como el tiempo invertido por el farmacéutico comunitario en la provisión del SFT, ni la responsabilidad inherente a la realización del mismo.

Se asegura que, en el caso en que el Sistema Nacional de Salud estableciera que determinados pacientes con determinadas patologías o con determinados tratamientos tuvieran que ir a una farmacia concreta con la suficiente acreditación a que les hiciera seguimiento farmacoterapéutico, las farmacias que no realicen este servicio se verían obli-

gadas a ir implantándolo, ya que su no realización supondría una disminución del número de recetas y, por tanto, una disminución de los ingresos. Se opina, en este supuesto, que la "exclusividad" del servicio podría ser determinante en la generalización del SFT.

"[...] que el servicio equis de salud le dijera a los pacientes: 'perdona, tú puedes ir a comprar la crema donde quieras, pero a coger tus recetas sólo puedes ir a esta farmacia (porque en ella se hace SFT)'."

Siguiendo con este supuesto, se plantea a qué tipo de farmacia irían los pacientes. Algunos participantes consideran que los pacientes seguirían yendo a la farmacia más cercana por comodidad, mientras que otros piensan que depende de si lo que buscan es consejo, o precio y promociones en parafarmacia. Incluso se afirma que existen pacientes que van a una farmacia determinada buscando asesoramiento porque confían en la profesionalidad del farmacéutico y luego compran el producto en otra que les proporciona un mejor precio.

"[...] Entonces, todo eso de la profesionalidad y tal y cual, que es muy bonito y que yo soy la mayor defensora, resulta que, luego, la realidad es esa: que la mayoría de la población se dirige hacia la oferta, incluso se dividen, lo que quiere comprar de parafarmacia se va a un tipo de farmacias y lo que quiere de medicamentos a otra (a una farmacia profesional), porque dan consejo y hacen un seguimiento..."

Cambio hacia otro modelo de farmacia

Se expone como otro sistema de incentivo la posibilidad del cambio hacia otro modelo de farmacia al que se denominó "farmacia funcionaria". En este modelo el farmacéutico sería un miembro más dentro del equipo de salud, recibiendo una retribución por ello. El farmacéutico comunitario, además de percibir un sueldo como funcionario de la Administración sanitaria, recibiría un porcentaje determinado por hacer la distribución de los medicamentos y otro según el número de pacientes que tuviera en SFT. Se opina que, según este modelo, todos los farmacéuticos se volverían profesionales sanitarios "porque no tendrían más remedio", ya que, si no tuviesen pacientes en SFT, dejarían de percibir el porcentaje asignado a este servicio.

Respecto al cambio de modelo de farmacia se llegó a considerar, como otra opción, la concertación individual y la desregulación absoluta. Se trataría de una concertación individualizada anual en la que la Administración sanitaria podría exigir al farmacéutico comunitario la realización de determinados servicios. Sin embargo, otros participantes consideran que esta propuesta de concertación selectiva, en un modelo desregulado con precios no intervenidos, podría ser nefasta para la farmacia comunitaria. Se afirma que toda la red de farmacias debe estar concertada con el Sistema para garantizar el acceso de la población a los medicamentos, aunque se entiende que la provisión de SPF supone una situación diferente y, por tanto, que no es necesaria la concertación con todas las farmacias para ello, sino tan sólo con aquellas que provean dichos servicios.

"[...] Otra cosa distinta es que no toda la cartera de servicios tenga por qué estar concertada con todas las farmacias... A lo mejor el servicio de seguimiento para determinados pacientes o determinadas patologías pues se hará en determinadas farmacias que quieran hacerlo. Al final se trata de buscar un entorno competitivo..."

Pago directo por la realización del servicio

La tercera opción de incentivo económico es la que consiste en el pago directo por la prestación del servicio, sea quien sea el pagador. En este sentido, se considera que este pago queda justificado por los beneficios que el SFT aporta a la salud del paciente y a la reducción del gasto sanitario, derivado de un buen uso de la medicación. Por ello, para que se pueda negociar el pago por el Servicio, es fundamental demostrar que el SFT genera tanto un ahorro económico como un ahorro en salud.

"[...] Yo, el discurso, lo tengo muy claro, demostrando que el seguimiento consigue beneficios en salud y, además, económicos..."

Assumiendo la hipótesis de la existencia de un pago por servicios, los participantes se plantean a quién se debe pagar por su realización y quién debe ser el pagador. Unos participantes consideran que es la farmacia como organización la que debe recibir el dinero por la provisión del servicio en la misma. Se comenta que se

trata de un asunto diferente el hecho de que, dentro de dicha organización, el titular quiera incentivar al farmacéutico proveedor con un incentivo económico o de otro tipo. En este sentido, se afirma que el farmacéutico adjunto está contratado como profesional sanitario y que, por tanto, la realización del SFT está dentro de sus cometidos.

"[...] Si el seguimiento se hace en la farmacia, yo entiendo que lo tiene que cobrar la farmacia y que la farmacia pagará a sus colaboradores..."

Por otro lado, también se opina que los adjuntos se encuentran cansados porque, durante años, han estado realizando una importante labor profesional en la farmacia sin que se les haya reconocido ni económica, ni profesionalmente. Por ello, se afirma que el SFT se debe pagar a quien lo hace y, si es el farmacéutico adjunto quien lo provee, es él quien debería recibir este incentivo.

"[...] Yo estoy de acuerdo en que tiene que cobrarlo quien lo realiza... Creo que los adjuntos nos hemos cansado después de años de hacer las cosas sin que se nos reconociera ni económica ni profesionalmente."

En cuanto a si existe alguna probabilidad de que la Administración llegue a pagar algún día a la farmacia por la realización del SFT, la respuesta varía desde el "no" rotundo, hasta el "aunque sea difícil, todavía creo que estamos en disposición de venderlo (y conseguirlo)". También se plantea la posibilidad de que el pago por el servicio del SFT lo realice directamente el paciente que lo recibe. Mientras algunos participantes consideran que el paciente está acostumbrado a que todo lo sanitario es gratuito y, por tanto, no está dispuesto a pagar el servicio, más aun ahora, en época de crisis, otros opinan que si el paciente ve un beneficio claro en su salud, estará dispuesto a pagar por ello.

También se plantea la opción de que quien pague por el SFT sean las aseguradoras privadas. Actualmente, debido a los recortes sanitarios efectuados por la Seguridad Social, se observa que las compañías de seguros privados están ofreciendo más servicios asistenciales, y se afirma que puede resultarles interesante pagar por este servicio.

"[...] Hace poco leí unas estadísticas en la que el número de personas que

se había afiliado a un seguro privado había aumentado más ahora en época de crisis..."

INCENTIVO PROFESIONAL

Junto al incentivo económico se considera también otro tipo de incentivo que ha sido definido como de tipo profesional (3,14,15). En este sentido, se contempla la acreditación de la farmacia que realiza SFT, así como que la realización del mismo debería tener relevancia a nivel curricular, lo que podría considerarse un incentivo para el titular de la farmacia. Se recuerda que el farmacéutico comprometido con los nuevos SPF valora muchos aspectos relacionados con la recompensa emocional. Por ello, independientemente del pago dinerario, se reclama otro tipo de recompensa que tiene que ver con el reconocimiento al esfuerzo realizado. Se comenta que, de no realizarse este tipo de incentivo, puede llevar al farmacéutico que lo realiza al cansancio con la consiguiente desmotivación y abandono.

"[...] Para mí, ¿qué es lo importante? Que me paguen por ello. Y, cuando hablo de pagar, no hablo de dinero, tiene que haber un reconocimiento..."

También se considera necesario plantear la forma de reconocer profesionalmente a los adjuntos que hacen SFT. Se opina que sería muy interesante que su realización se reflejara en su curriculum y que ello supusiera méritos para la carrera profesional. Otro tipo de reconocimiento podría consistir en el pago de cursos, asistencia a congresos, días libres, facilitar la realización del doctorado, etc.

"[...] Hay muchos farmacéuticos, no titulares de oficina de farmacia, que están en una etapa en la que el desarrollo curricular es interesante..."

DISCUSIÓN

El presente estudio se diseñó para discutir cuál era el facilitador más importante en relación a la implantación del SFT entre los identificados en un estudio previo del que emergieron tan sólo cuatro factores (4,15).

Los resultados obtenidos en la reunión grupal son muy similares a los que se habían obtenido en dicho estudio (4,15),

lo que aporta convergencia (16) y validez cruzada, o confiabilidad (17) a los resultados. En ambos, el pago por servicios aparece como el facilitador prioritario, previo a la implantación del SFT, indispensable para su realización cotidiana, y necesario para su sostenibilidad. Este hallazgo coincide con el descrito por otros autores (18).

A pesar de que tan sólo se realizó un grupo focal, lo que puede considerarse como una limitación del estudio, la coincidencia de resultados con los obtenidos en una muestra significativa a nivel nacional a la que se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) (4) nos hizo pensar que no era necesaria la realización de más reuniones de expertos.

La escasa implantación del SFT en España es un dato bien descrito (3,19,20). Probablemente, la falta de pago por el servicio tenga una influencia directa en este hecho, ya que puede justificar, por un lado, el que sean pocos los farmacéuticos que se animan a implantar un servicio que supone esfuerzo y gasto económico, sin obtener ninguna recompensa en términos de rentabilidad, y, por otro, que aquellos farmacéuticos innovadores que se han animado a implantar el servicio (21), en muchos casos, lo hayan tenido que dejar por efecto del ya conocido cansancio o *burnt-out* (22). Sin embargo, tampoco se debe olvidar que la implantación del SFT depende de muchos factores, no tan sólo del que estamos discutiendo, y que, por tanto, siendo importante, no se deben obviar el resto de facilitadores identificados hasta el momento (2,3,23). En el presente estudio también se pone de manifiesto la importancia de la colaboración con los médicos (24), la necesaria implicación de las Administraciones sanitarias (25) y la concienciación de los pacientes en cuanto a la capacidad de los farmacéuticos para proveer este tipo de servicios (26), lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios.

Para implantar el SPF, el farmacéutico comunitario demanda una formación más clínica (3,27,28), por lo que resulta imprescindible que la universidad reoriente los estudios tanto de pregrado como de postgrado.

En cuanto al reconocimiento profesional, se considera como un incentivo la acreditación de la farmacia que realiza SFT y que su realización tenga relevancia a nivel curricular para el farmacéutico proveedor. Este reconocimiento tiene gran

ORIGINALS

Farmacéuticos Comunitarios
2013; 5(3): 96-102

Gil García MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero Rivas M, Gastelurrutia Garralda MA. Opinión de un grupo de expertos sobre facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

importancia para lograr una implicación voluntaria y motivada del farmacéutico no titular de forma que tenga relevancia a nivel de la carrera profesional, tal como propone SEFAC, mediante la acreditación de un perfil profesional ajustado a la experiencia en la prestación de una cartera de servicios profesionales y de tiempo de ejercicio en tareas asistenciales y de atención farmacéutica (29).

CONCLUSIONES

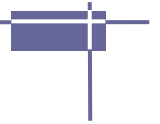
1. La implantación de servicios profesionales como el SFT constituye la mejor manera posible de reprofesionalización de la farmacia comunitaria.
2. Se concluye que para que la implantación del SFT tenga lugar es imprescindible que con anterioridad a comenzar dicho proceso se consiga el pago por el servicio. Este pago adquiere mayor relevancia ahora con la disminución de la rentabilidad de la farmacia comunitaria.
3. Se confirman también como de gran importancia tanto la realización de campañas externas como la existencia de un experto farmacéutico profesional, preparado y acreditado para realizar nuevos SPF.
4. Además, se pone de manifiesto la importancia de que los farmacéuticos adquirieran una formación adicional para la prestación del servicio, sobre todo mientras la universidad no modifique sus programas en el pregrado e incluya una formación más clínica y asistencial. **FC**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hopp TR, Sorensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. *Int J Pharm Pract* 2005; 13: 1-11.
2. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 861-8.
3. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillón CC, Casado de Amerúa MJ, Fernández-Llímós F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31: 32-9.
4. Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implan-

tación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio. *Aten Primaria*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.005>.

5. Vallés MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2007. ISBN: 978-84-773844-9-6.
6. Watson M, Hart J, Johnston M, Bond CM. Exploring the supply of non-prescription medicines from community pharmacies in Scotland. *Pharm World Sci* 2008; 30(5): 526-35.
7. Stewart DW, Shandasani PN, Rook DW. Focus Group. Theory and practice. *Applied Social Research Methods Series. Volume 20*. Thousand Oaks, California (USA): Sage Publications; 2007. ISBN: 0-7619-2583-X.
8. Gastelurrutia MA. Investigación cualitativa en farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2011; 13(6): 260-5.
9. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. *Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria*. Madrid: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2010.
10. Roberts AS, Hopp T, Sorensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organizational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25: 227-34.
11. Samuels T, Guerreiro M, Tully MP. Focus groups and in-depth interviews are useful tools for qualitative research. *Pharmacy in Practice* 2005; May: 190-4.
12. Gibbs GR. *Analyzing qualitative data*. London: Sage publications; 2010. ISBN 978-0-7619-4980.
13. Siccama CJ, Penna S. Enhancing Validity of a Qualitative Dissertation Research Study by Using NVIVO. *Qualitative Research Journal*. 2008; 8(2): 91-103.
14. Gil MI, Cardero M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Priorización de Facilitadores para la gestión del cambio en la práctica de la Farmacia Comunitaria en España. VI Congreso Nacional de AF. Sevilla, octubre de 2009. *Pharm Care Esp* 2009; 11(Supl Congreso I): [Póster SI; CD-ROM].
15. Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Aplicación del análisis factorial exploratorio en la priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2012; 4 (Supl 1): 41-110.
16. Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 2009; 119: 1442-52.
17. Olabuénaga JL, Aristegui I, Melgosa L. *Como elaborar un proyecto de investigación social*. Segunda edición. Bilbao: Universidad de Deusto; 2002. ISBN 84-7485-547-0.
18. Albrecht LC, Roberts AS, Benrimoj SI, Williams KA, Chen TF, Aslani P. Cognitive Pharmaceutical Services: Financial Facilitators. *Australian Pharmacist* 2006; 25(10): 809-20.
19. Martin-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation. *Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries*. *Curr Pharm Des*. 2004; 10: 3969-85.
20. Casado de Amerúa MJ, Martínez-Martínez F, Feleto E, Cardero M, Gastelurrutia MA. Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación a la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2011; 52(3): 35-45.
21. Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). *Pharmacy Practice Research*. Faculty of Pharmacy, Sydney: The University of Sydney; May, 2003.
22. Torrecillas Navarro RA, Espejo Guerrero J. Aproximación a la situación de burnout de los farmacéuticos comunitarios rurales españoles. [abstract 141] *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; (Supl 1): S23-S80.
23. Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: Perceptions and experiences among Danish community pharmacies. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19: 55-64.
24. Montgomery A, Källemark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci* 2007; 29: 593-602.
25. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. ISBN 978-84-691-1243-4.
26. Vázquez I. El fármaco y el paciente: un salto cualitativo. En: *Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico*. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(Supl. 1): 18-20.
27. Skomo ML, Kamal KM, Berdine HJ. A Required Course in the Development, Implementation, and Evaluation of Clinical Pharmacy Services. *Am J Pharm Educ*. 2008 October 15; 72(5): 109.
28. Greene RJ, Cavell GF, Jackson SHD. Interprofessional clinical education of medical and pharmacy students. *Medical Education* 1996; 30(2): 129-33. DOI 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00730.X.
29. Andrés NF, Baizauli VJ, Calle J, Rodríguez MJ, Rúa FJ. Propuesta de modelo de carrera profesional en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2011; 3(1): 10-15.



ANEXO 4.1.C Propuesta de la SEFAC sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria

Propuesta
de la Sociedad
Española
de Farmacia
Comunitaria
sobre servicios
profesionales
farmacéuticos
en farmacia
comunitaria

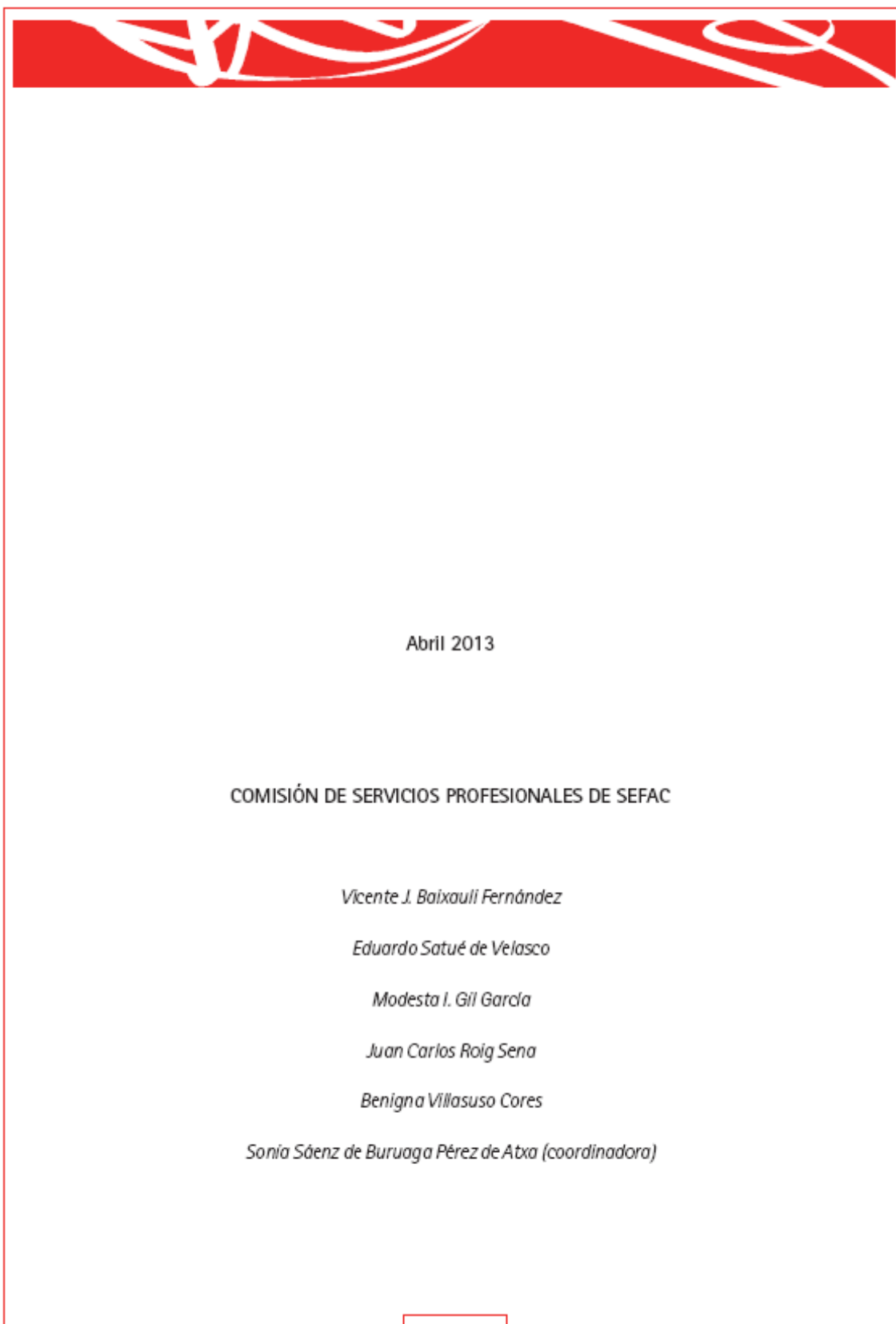
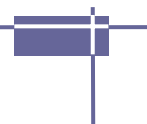




Propuesta de la Sociedad Española
de Farmacia Comunitaria (SEFAC)
sobre servicios profesionales
farmacéuticos
en farmacia comunitaria







Abril 2013

COMISIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SEFAC

Vicente J. Baixauli Fernández

Eduardo Satué de Velasco

Modesta I. Gil García

Juan Carlos Roig Sena

Benigna Villasuso Cores

Sonia Sáenz de Buruaga Pérez de Atxa (coordinadora)

Índice

1. Prólogo: Una propuesta para una farmacia del nuevo siglo.....	6
2. Introducción	8
3. Justificación	10
4. Objetivos y definiciones.....	13
5. Características de los servicios.....	15
5.1 Especificaciones.....	15
5.2 Capacitación y acreditación	16
5.3 Calidad.....	17
5.4 Retribución	18
5.5 Difusión.....	19
6. Clasificación de los servicios.....	20
6.1 Relacionados con los medicamentos.....	21
6.2 Relacionados con la salud pública.....	22
6.3 Otros servicios: docencia e investigación	23
7. Decálogo SPF.....	25
8. Implantación.....	26
9. Referencias bibliográficas	27

1. Prólogo


Una propuesta para una farmacia del nuevo siglo

Estimado lector, desde hace años la farmacia comunitaria vive tiempos de cambios intensos. No es una novedad, pues a lo largo de nuestra historia los farmacéuticos hemos evolucionado desde la elaboración de los medicamentos hasta su distribución a la población. Sin embargo, el siglo XXI nos exige un paso más: la provisión de servicios profesionales destinados a dar respuesta a las nuevas necesidades de los pacientes, generadas por la extensión del uso de los fármacos en la sociedad. Entre esas necesidades destacan la reducción de la morbimortalidad asociada a la utilización inadecuada de los medicamentos y la prevención de enfermedades.

Si los farmacéuticos comunitarios queremos seguir siendo el primer y último eslabón de la cadena sanitaria, la referencia indiscutible e imprescindible en el ámbito del medicamento y garantizar nuestra viabilidad como profesión, debemos ofrecer un catálogo de servicios que nos otorgue un rol protagonista en la asistencia integral al paciente. Seguir esta senda es fundamental para el devenir presente y futuro de la profesión, tal y como se ha demostrado también en otros países.

¿Pero en ese catálogo cabe todo? Debemos apostar por servicios que demuestren nuestro liderazgo en el cuidado de la salud, la optimización de la farmacoterapia, en la eficiencia de los recursos disponibles y en la mejora de la salud pública, y para ello es importante abordar cómo debe ser y quiénes tienen que ser los responsables de la remuneración de estos servicios. Es por ello que estas intervenciones no sólo deben estar ligadas al precio del medicamento. En definitiva, debemos ser capaces de demostrar el impacto en salud de nuestras intervenciones para lograr el reconocimiento que merecen.

El documento que tiene en sus manos es una nueva muestra de la voluntad de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) por aportar propuestas concretas y argumentadas que contribuyan a estimular el debate y consolidar la figura del farmacéutico comunitario como profesional sanitario. Desde SEFAC estamos convencidos de que este modelo es viable, sostenible y



deseable para la mayoría de la sociedad y confiamos en que su análisis resulte de utilidad para favorecer la adaptación de nuestro colectivo a las exigencias de este nuevo siglo en el que nos toca evolucionar de nuevo.

Le animo a que lo lea y se implique en el desarrollo de estos servicios en la farmacia comunitaria, ya que los servicios mismos son una gran oportunidad para el desarrollo profesional del farmacéutico comunitario y una mejora en el cuidado de la salud de la población.

Jesús C. Gómez
Presidente de SEFAC

2. Introducción

La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) tiene entre sus fines *"servir de órgano informativo respecto de las funciones y fines de la profesión, y realizar cuantas tareas se le encomienden, colaborando con entidades públicas o particulares mediante elaboración de estudios, informes o propuestas"*¹. Con este fin se justifica y legitima el abordaje de los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) del farmacéutico comunitario por esta sociedad.

Los SPF pueden definirse como servicios profesionales prestados por farmacéuticos que emplean sus conocimientos para adoptar un papel activo en la asistencia sanitaria del paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud².

Recientemente se ha definido la cartera de servicios farmacéuticos como *"las diferentes actividades sanitarias, independientes entre sí, con estructura, definición, objetivos, procedimientos consensuados y sistemas de documentación, que se desarrollan en el interior de la farmacia comunitaria por parte del personal que realiza su trabajo en la misma"*³.

De hecho, en la farmacia comunitaria actual, además de la dispensación, se realizan otras actividades sanitarias profesionales centradas en el paciente y en la población que son susceptibles de constituir otros servicios farmacéuticos.

La oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público que de acuerdo con la Ley 16/1997 debe prestar a la población diez servicios básicos⁴ (tabla 1).

A pesar de esta ley, y aunque la prestación farmacéutica incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad⁵, la Administración sanitaria –en el caso de pacientes no hospitalizados– sólo ha incluido en dicha prestación farmacéutica la dispensación de medicamentos financiados, efectos y accesorios, fórmulas magistrales y preparados oficiales, y las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas, como el servicio para el cual la farmacia –como establecimiento sanitario⁶– está autorizada a prestar.

Dado el tiempo transcurrido y las últimas medidas adoptadas por la Administración sanitaria respecto a la farmacia comunitaria, no parece que exista mucho interés en modificar esta realidad.

No obstante, a través de los diferentes conciertos y convenios establecidos entre los colegios de farmacéuticos y las diferentes entidades gestoras de las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, se han concertado y regulado algunos de dichos servicios e incluso algunos más (tratamiento directamente observado en pacientes tuberculosos, dispensación de metadona, programa de mejora del uso de medicamentos en pacientes asistidos por servicios de atención domiciliaria, cribado de VIH o cáncer de colon, etc.).

Tabla 1. Servicios básicos que debe realizar la farmacia comunitaria según la Ley 16/1997

Listado de servicios básicos según la Ley 16/1997	Realización
1. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.	Sí
2. La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.	Sí
3. La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.	Sí
4. La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.	Sí
5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.	Sí, de forma voluntaria y minoritaria por falta de recursos*
6. La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.	Sí
7. La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.	Sí, en general por iniciativa de las organizaciones farmacéuticas*
8. La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.	No*
9. La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.	No*
10. La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.	Sí

*Salvo excepciones no conocidas y debido a causas externas a la farmacia comunitaria (iniciativa de las administraciones sanitarias, falta de pago del servicio, recursos económicos, etc.).

3. Justificación

La profesión farmacéutica con el transcurso del tiempo ha ido cambiando su función sanitaria de acuerdo con las necesidades de la población, tal y como puede apreciarse en la figura 1, sin descuidar su misión principal: atender las necesidades de los pacientes en relación con su medicación.

En el siglo pasado tanto en el ámbito de la salud pública ejerciendo como sanitarios locales, como en el ámbito de la prestación farmacéutica centrada en la preparación y dispensación de medicamentos, los farmacéuticos desarrollaron su ejercicio profesional haciendo posible el modelo de salud pública que actualmente disponemos. Desde el último tercio del siglo XX el tradicional papel profesional de los farmacéuticos viene experimentando una paulatina transformación hacia un amplio abanico de funciones como consecuencia de la mayor implicación del farmacéutico en los procesos de salud, haciendo énfasis en su condición de profesional sanitario, próximo y accesible⁷.

Actualmente en nuestro país, cualitativa y cuantitativamente el acceso de la población al medicamento es una realidad, de forma que, hoy en día, la farmacia comunitaria se encarga de hacer efectiva –con una cobertura del 99,95 por ciento⁸– la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a los pacientes no hospitalizados de la población española. Este objetivo ha sido logrado en gran medida como consecuencia de la planificación y regulación derivada del modelo de farmacia utilizado. Sin embargo, esa necesidad ya cubierta satisfactoriamente ha sido superada por otras relacionadas con las consecuencias de su amplia utilización como principal tecnología sanitaria. Estas nuevas necesidades están relacionadas básicamente con la seguridad de los tratamientos farmacológicos y con su coste, por lo que para su abordaje es necesario adaptar el papel del farmacéutico y de sus actividades.

Un buen ejemplo de esta necesidad lo constituye el sistema retributivo de la dispensación, que –a través de un margen sobre el precio del medicamento– ha incentivado la accesibilidad de éste a la población y ha sido un instrumento muy eficaz para conseguir la universalidad del acceso al medicamento en España, pero que, sin embargo, presenta problemas derivados del conflicto de intereses entre su actuación profesional y su retribución económica, ya que toda decisión que tome con el fin de no dispensar o derivar al médico en caso de duda, error o condición de no dispensación, tendrá como consecuencia el dejar de percibir una retribución por su intervención. A pesar de ello, el farmacéutico comunitario, como profesional sanitario que es, vela en todo momento por el paciente anteponiendo

la salud del mismo a la ganancia obtenida por una dispensación inadecuada. De esta actuación profesional responsable se deriva la inversión de un tiempo con el paciente sin obtener ninguna retribución económica a cambio lo que puede llevar al farmacéutico comunitario a una situación de desgaste y cansancio^{8,10,11} y de desmotivación profesional dada la situación económica actual de la farmacia con constantes bajadas del precio de los medicamentos y continuos impagos por parte del SNS.

Por ello, SEFAC, en noviembre de 2012, presentó una propuesta alternativa al actual sistema retributivo para la prestación de este servicio al SNS¹².

Casi todos los países desarrollados de nuestro entorno dedican un porcentaje considerable de su producto interior bruto (PIB) a financiar los medicamentos utilizados en la asistencia sanitaria y, a pesar del elevado coste económico que supone el incumplimiento terapéutico de los tratamientos farmacológicos, es uno de los principales problemas actuales. Por otro lado, la farmacoterapia no siempre es segura y genera un aumento de la morbimortalidad en la población debida al uso no racional de los medicamentos causando un elevado número de ingresos hospitalarios, cuando muchos de ellos podrían ser evitados^{13,14}. Es por ello que, desde hace años, la farmacia va evolucionando, a distinto ritmo según los países, hacia la atención al paciente dado el serio problema de salud pública originado por la morbimortalidad de los medicamentos^{15,16,13,14,17}.

Esta situación se ve agravada cada vez más por el progresivo envejecimiento de la población, el correspondiente aumento del uso de la farmacoterapia y la dificultad para garantizar su sostenibilidad^{18,19}.

Ante esta situación se hace necesario la necesidad de un profesional sanitario experto en el medicamento que cubra las necesidades de los pacientes que utilizan los medicamentos con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada a su uso. Es evidente que este nuevo objetivo no puede alcanzarse únicamente a través de una correcta dispensación de medicamentos y que es necesario prestar nuevos servicios farmacéuticos relacionados con la farmacoterapia. En definitiva, hay que garantizar el acceso a la farmacoterapia de una manera adecuada, garantizar la comprensión y adherencia a los tratamientos, así como monitorizar los resultados²⁰.

Hay otras actividades que, aun pudiendo estar relacionadas con el concepto de salud y bienestar en su sentido más amplio, no son servicios farmacéuticos, aunque en la actualidad se tiende a incluirlos como servicios de las farmacias. Se trata de la utilización de cabinas de cosmética, visitas de esteticistas, realización de depilaciones, gabinetes de podólogos, de higienistas dentales, etc. Este tipo de servicios, junto a la venta indiscriminada de productos que carecen de una función sanitaria, alejados

de los medicamentos y productos sanitarios, pueden generar una imagen exterior de la farmacia poco relacionada con los valores que justifican la existencia de esta profesión³.

Es, por tanto, necesario reorientar la actividad de la farmacia comunitaria prácticamente basada en la dispensación hacia otros servicios profesionales más centrados en la eficacia y seguridad de los tratamientos de los pacientes. A pesar de que la dispensación es el servicio más demandado²¹, al que se dedica más tiempo²² y el que genera la mayor parte de los ingresos de la farmacia comunitaria, ésta ya aporta una amplísima variedad de actuaciones en el ámbito de la salud, que contribuye a la calidad de la asistencia sanitaria en España y que tiene proporciones semejantes a las asumidas por la atención primaria del SNS^{23,24}.

Por último, tanto la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han manifestado que no existe un futuro para la farmacia comunitaria basado exclusivamente en la dispensación. Actualmente en casi todos los países del mundo la farmacia comunitaria está evolucionando hacia la prestación de servicios profesionales farmacéuticos^{25,26}.

Por tanto, es preciso que la farmacia comunitaria española vea la implantación de nuevos servicios (SPF), además de como una oportunidad para crecer profesionalmente y una forma de cumplir con la misión que tiene encomendada^{27,28}, como la solución a una posible desprofesionalización e incluso desaparición debido a una excesiva orientación comercial^{29,18}.

Figura 1. Evolución del rol del farmacéutico



Tomado de: Gastelurrutia MA. Servicios farmacéuticos remunerados en la farmacia comunitaria. Discurso de ingreso Academia Iberoamericana de Farmacia. Granada 2012

4. Objetivos y definiciones

La actual crisis económica y las medidas tomadas por la Administración sanitaria actual no eliminan esta realidad ni las nuevas necesidades que en relación con el uso de los medicamentos afectan a la población. El posicionamiento de la farmacia comunitaria en esta coyuntura es importante porque constituye uno de los mayores recursos asistenciales de atención primaria, de ahí que SEFAC, a través de este documento, ofrezca un planteamiento sobre los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) a implantar y desarrollar por las farmacias comunitarias en los próximos años.

Las bases principales que justifican el desarrollo de estos servicios en las farmacias comunitarias son:

- La farmacia comunitaria es la puerta de entrada más utilizada al sistema sanitario, siendo en muchos casos el primer y único contacto con dicho sistema.
- La farmacia comunitaria, a pesar de poseer una extensa red de profesionales farmacéuticos repartidos por todo el territorio nacional, está infrautilizada como establecimiento sanitario.
- La farmacia comunitaria disfruta de una elevada aceptación por los ciudadanos y ofrece servicios con un amplio horario y sin necesidad de pedir cita previa para acceder a ellos^{30,31,32}.
- En la farmacia comunitaria ya se prestan servicios relacionados con el medicamento y la salud pública, a pesar de que muchas veces no hay colaboración ni financiación por parte de la administración sanitaria.

El objetivo de este desarrollo es impulsar la prestación de SPF desde la farmacia comunitaria, con el fin de cubrir las necesidades relacionadas con la atención de los pacientes que utilizan medicamentos y con la salud pública.

A los efectos de este documento es conveniente definir los siguientes términos:

- **Prestación farmacéutica del SNS:** comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.

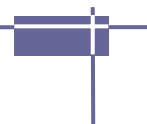
- **Servicios profesionales farmacéuticos (SPF):** son los servicios profesionales prestados por farmacéuticos que emplean sus habilidades y conocimientos para adoptar un papel activo en la asistencia sanitaria del paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud.
- **Catálogo de servicios profesionales farmacéuticos:** está constituido por los SPF a través de los que la farmacia comunitaria presta la atención sanitaria a los ciudadanos. En él figurarán las especificaciones de cada servicio. Tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención farmacéutica integral, continuada y en el nivel adecuado de atención para la población no hospitalizada.
- **Cartera de servicios profesionales farmacéuticos:** son las diferentes actividades sanitarias, independientes entre sí, con estructura, definición, objetivos, procedimientos consensuados y sistemas de documentación, que se desarrollan en el interior de la farmacia comunitaria por parte del personal que realiza su trabajo en la misma. Estas actividades se deben prestar de manera integrada en el sistema sanitario y de forma coordinada con otros profesionales de la salud para contribuir a la mejora de la salud de los ciudadanos²⁸.
- **Certificación:** de acuerdo con la norma UNE-EN 45020, es una actividad de carácter voluntario que permite establecer la conformidad de una entidad (empresa, producto o persona) con los requisitos específicos definidos en una determinada norma, mediante la emisión por parte de una tercera parte de un documento fiable que así lo demuestre.
- **Capacitación:** acción y efecto de hacer a alguien apto, habilitarlo para algo.

5. Características de los servicios

5.1 Especificaciones

Cada uno de los SPF quedará definido, caracterizado y actualizado periódicamente a través de su documento de especificaciones en el que se hará referencia a los siguientes apartados:

- Nombre del servicio.
- Población/Pacientes diana.
- Objetivo/s.
- Descripción breve.
- Recursos necesarios.
- Protocolización.
- Documentación y registros.
- Certificación.
- Resultados obtenidos.
- Retribución y en su caso financiación.



5.2 Capacitación y certificación

Prestar un buen servicio farmacéutico requiere una actitud asistencial y un trato personalizado con el paciente, y estos aspectos deben condicionar la estructura y la organización de la farmacia³³.

La farmacia comunitaria que preste los SPF deberá disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para prestar cada uno de ellos.

Los SPF deberán ser prestados por farmacéuticos capacitados asistidos, si procede, por otros profesionales sanitarios capacitados para la realización de cada uno de los servicios.

SEFAC directamente o en colaboración con otras entidades y/o sociedades científicas formará y capacitará certificando a aquellos profesionales sanitarios que lo requieran, acreditando así su competencia profesional para la prestación de cada SPF.

La validez de la capacitación y certificación dependerá de cada servicio y deberá ser revalidada periódicamente. A este respecto el papel de las sociedades científicas está reconocido legalmente tanto en la formación sanitaria especializada como en la formación continuada de los profesionales sanitarios³⁴.

La farmacia comunitaria que preste los SPF deberá disponer de una certificación externa que garantice esta disponibilidad para cada uno de los SPF que preste. SEFAC podrá colaborar en la certificación de aquellas farmacias comunitarias que lo requieran.

5.3 Calidad

Para garantizar la calidad de los SPF, todos ellos serán realizados siguiendo sus propios procedimientos normalizados de trabajo (PNT), validados por SEFAC y sometidos a un programa de supervisión externa de la calidad.

De acuerdo con la normativa vigente, en la prestación de los SPF, los profesionales sanitarios tendrán el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y de respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, ofrecerán una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones³⁸.

5.4 Retribución

Para la prestación de los distintos SPF es necesario que éstos estén retribuidos^{35,36,37}. Es necesario indicar que la obligación de prestar un servicio, sea o no básico, no quiere decir que éste haya de ser prestado de forma gratuita. Dado que los SPF presentan distintos objetivos, procedimientos, recursos y resultados, su sistema retributivo será diferente y habrá de establecerse de forma racional, específica e independientemente del pagador de éstos.

Los SPF podrán ser financiados:

- Por los pacientes/usuarios a los que se les presta.
- Por los proveedores de servicios sanitarios (Administración sanitaria, mutuas sanitarias, etc.).
- Por sistemas mixtos en los que el usuario participe económicamente en el pago (copago) con una determinada aportación.

Aquellos SPF considerados como esenciales por la Administración sanitaria deberían ser prestados en todo el territorio nacional para garantizar la equidad de la prestación farmacéutica a todos los españoles. De igual forma, la aportación del paciente/usuario en los servicios –en el caso de que éste participe económicamente en su pago– debería ser la misma en todo el territorio nacional.

A este respecto sería deseable que los profesionales pudiesen conocer los costes habituales de cada servicio.

5.5 Difusión

Para que la población en general y los pacientes en particular conozcan el catálogo de SPF que cada farmacia comunitaria ofrece, será necesario realizar campañas de información y difusión de dichos servicios^{38,39} directamente en la farmacia comunitaria o bien de forma genérica por las entidades representantes de los farmacéuticos comunitarios. Aquellos SPF que formen parte de la cartera de servicios serán difundidos de forma genérica a través de los medios de comunicación por las entidades representantes de los farmacéuticos comunitarios así como por la Administración sanitaria.

6. Clasificación de los servicios

Los SPF pueden clasificarse atendiendo a distintos criterios. La farmacia comunitaria debe prestar los diez servicios básicos detallados en la Ley 16/1997 de regulación de servicios de oficina de farmacia, sin perjuicio de que puedan prestarse otros servicios adicionales.

El Libro Blanco de la farmacia comunitaria europea⁴⁰ clasifica en cuatro grupos las actividades diarias de la práctica farmacéutica diferenciándolas en función del objetivo final que éstas persiguen. Sin embargo, las actividades farmacéuticas mencionadas en esta clasificación no se corresponden con servicios concretos, razón por la que se ha optado por acudir a otra clasificación de SPF más sencilla. Este listado de servicios no tiene carácter limitativo.

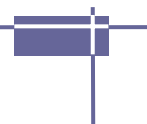
6.1 SPF relacionados con los medicamentos

Son aquellos SPF que relacionan pacientes y medicamentos con la misión principal del farmacéutico: atender las necesidades de los pacientes en relación con su medicación.

La cadena del medicamento se compone de los siguientes pasos:

I+D - Fabricación - Distribución - Prescripción - Dispensación -
Administración - Seguimiento - Eliminación

Los SPF relacionados con el medicamento se orientarán fundamentalmente a casi todos los pasos.



6.2 SPF relacionados con la salud pública

Son aquellos SPF que contribuyen a otra de las misiones del farmacéutico como profesional sanitario: la prevención, promoción y protección de la salud pública y educación sanitaria en general.

6.3 Otros servicios

Aquellos otros servicios que realiza la farmacia comunitaria en el ámbito de la docencia e investigación.

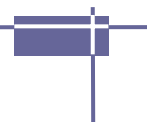
En esta clasificación de servicios no se detalla el ámbito en el que se desarrollan, la población diana o los pacientes a los que va dirigido, ni las condiciones en que se prestan.

Catálogo de servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria

Servicios relacionados con el medicamento (y productos sanitarios)

Categoría	Supracategoría	SPF
Fabricación	Preparación individualizada de medicamentos	Formulación magistral
Distribución	Gestión de stock	Adquisición, custodia y almacenamiento (incluye conservación) Devolución (caducados, mal estado, alertas sanitarias...)
Prescripción	Indicación de medicamentos y productos sanitarios	Indicación farmacéutica Prescripción complementaria Prescripción independiente
Dispensación	Proceso de uso	Dispensación Revisión del uso de los medicamentos (RUM) Revisión de la farmacoterapia (RF) Revisión del botiquín Conciliación de la medicación Deshabituaición (tabaco, bzd, descongestivos...) Adherencia al tratamiento
*	Formación e información	Educación sanitaria Consulta farmacéutica Manejo de medicamentos complejos
Administración	Administración de medicamentos	Vacunación Tratamientos directamente observados (TOD) Sistemas personalizados de dosificación (SPD) Dosis unitarias (DU)
Evaluación	Farmacovigilancia	Reacciones adversas
	Resultado de uso	Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes tratados con: anticoagulantes, antidiabéticos, antihipertensivos,...
	Investigación	Estudios postautorización
Eliminación	Eliminación de residuos de medicamentos	Servicio de recogida selectiva de residuos de medicamentos

*Espacio común a ambas categorías: dispensación y administración.



Servicios relacionados con la salud pública

Medida de parámetros antropométricos, fisiológicos y clínicos	Antropométricos: peso, talla, Índice tobillo-brazo, perímetro abdominal...
	Fisiológicos: presión arterial, pulso, espirometría, coximetría...
	Determinación de parámetros clínicos: glucosa, colesterol...
Detección de drogas de abuso	Cannabinoides, anfetaminas, opioides, cocaína, benzodiazepinas
Vacunación: seguimiento y control	Asesoramiento en vacunación infantil, adulto, viajero
Campañas sanitarias dirigidas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud	En materia de actividades de promoción y prevención: tabaco, alcohol, métodos anticonceptivos
	En materia de sanidad ambiental: - Olas de calor (y frío) - Seguridad de las sustancias químicas - Calidad del agua de abastecimiento de las aguas de uso recreativo - Niveles de polen y su potencial alergénico - Campos electromagnéticos vinculados a la telefonía móvil - Control vectorial - Tatuajes y <i>piercing</i>
	En materia de seguridad alimentaria: - Seguridad de los alimentos - Alertas alimentarias: información ante brotes - Alimentos funcionales - Registro de los alimentos
	En materia de laboratorio y de interpretación de los valores analíticos de la calidad de las aguas y de los alimentos
Programa de intercambio de jeringuillas (PU)	
Recomendaciones dietéticas y nutricionales	
Cribado de enfermedades ocultas	Test VIH, estreptococo, sífilis, cáncer de colon, diabetes, hipertensión...
Detección de brotes que pueden no ser notificados a través de la red epidemiológica clásica	

Otros servicios

Docencia	Prácticas tuteladas
	Formación especializada
	Formación continuada
	Formación a otros profesionales sanitarios
Investigación	Estudios piloto
	Otros estudios

7. Decálogo SPF

Con el *Decálogo SEFAC de los servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria*, SEFAC pretende resumir los apartados más importantes sobre los SPF en farmacia comunitaria.

1. Los SPF están encaminados a mejorar la salud del paciente y a optimizar el uso de los recursos sanitarios a través del uso racional de los medicamentos y las actividades de salud pública.
2. Los SPF constituirán el catálogo de servicios en farmacia comunitaria del que surgirá la cartera de servicios que se oferte al SNS y a otros proveedores de atención sanitaria.
3. Todos los SPF contarán con su propio documento de especificaciones.
4. La farmacia comunitaria que preste SPF deberá disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para realizar cada uno de ellos.
5. Los SPF serán realizados por farmacéuticos capacitados asistidos, si procede, de otros profesionales sanitarios capacitados para su realización.
6. SEFAC directamente o en colaboración con otras entidades y/o sociedades científicas formará, capacitará y certificará a los farmacéuticos y profesionales sanitarios que lo requieran acreditando así su competencia profesional para la prestación de cada SPF. De igual modo, SEFAC podrá colaborar en la certificación de aquellas farmacias comunitarias que lo requieran.
7. Los SPF tendrán un sistema retributivo acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados, independientemente de su pagador y la forma de financiación.
8. Los SPF estarán sometidos a un programa de supervisión externa de la calidad.
9. La prestación de un servicio puede realizarse tanto de forma autónoma como complementaria a la realización de otros servicios. Una misma actuación profesional puede incluir la prestación de uno o varios servicios de forma aislada o conjunta.
10. En la prestación de los SPF que lo requieran se contará con la colaboración de otros profesionales sanitarios.

8. Implantación

Los SPF deben implantarse a fin de posibilitar una oferta de calidad y adecuada a la demanda. Es necesario realizar una adecuada sincronización de la oferta, la demanda y los recursos. La estimación de los plazos previstos para la implantación de cada servicio está condicionada por la multitud de variables que intervienen, en especial cuando algunas de ellas tienen que ver con su concertación con la Administración sanitaria, o el desarrollo de cambios normativos o procedimientos normalizados de trabajo para llevarlos a cabo, así como la formación, capacitación y certificación necesaria.

Para la adecuada implantación de los SPF es necesario contar con las siguientes premisas:

- Cambios normativos. Es necesario dotar de una mayor seguridad jurídica a la capacidad y responsabilidad del farmacéutico comunitario para realizar determinados servicios que en nuestro país todavía no han sido prestados.
- Adaptar la farmacia comunitaria para la prestación de determinados servicios.
- Protocolos de comunicación y actuación entre el farmacéutico comunitario y el resto de profesionales sanitarios. La realización efectiva de los SPF y su difusión corporativa ayudarán al resto de profesionales sanitarios a entender en qué consisten los SPF, facilitando así su colaboración.
- Informar a los pacientes, usuarios y proveedores de atención sanitaria del catálogo de servicios de la farmacia comunitaria. Comunicar correctamente los servicios que se realizan en la farmacia comunitaria es muy importante para que la población sea consciente de que la farmacia, además de dispensarles el medicamento, puede ayudarles a que éste sea efectivo y seguro. Se deben utilizar mensajes, lo más claros posibles, con el fin de que los pacientes entiendan en qué consisten estos nuevos servicios, puedan interesarse por ellos y vean cómo estos pueden incidir para mejorar su salud.


9. Referencias bibliográficas

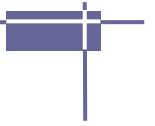
- 1 SEFAC. Estatutos sociales de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). Disponible en: <http://www.sefac.org/estatutos> (accedido en marzo de 2013).
- 2 Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice. New York: McGraw-Hill Companies; 1998. ISBN 0-07-012046-3.
- 3 Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Quinto Comunicado. Cartera de Servicios Farmacéuticos en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos*. 2011; 371: 42-43.
- 4 Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 100, (26-4-1997).
- 5 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 222, (16-9-2006).
- 6 Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 254, (23-10-2003).
- 7 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/\\$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement) (accedido en marzo de 2013).
- 8 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Documento base primera versión (diciembre 2002). Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Introducción. Justificación del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/planestrategico/acciones/Paginas/documentobaseprimeraversion.aspx> (accedido en marzo de 2013).

- 9 Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(1): 10-16.
- 10 Aguas Y, Fernández-Llimós F. Evaluación del "efecto cansancio" en el Programa Dáder en la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp* 2003; 5(Extraordinario): 119.
- 11 Torrecillas Navarro RA., Espejo Guerrero J. Aproximación a la situación de *burnout* de los farmacéuticos comunitarios rurales españoles. [abstract 141] *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; (Supl 1): S23-S80.
- 12 Cobián MB, Martínez F, Murillo MD, Sanz A, Satué E, Baixauli VJ. Propuesta de sistema retributivo de SEFAC para la prestación del servicio de dispensación al Sistema Nacional de Salud. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4(4): 146-164.
- 13 Baena I. Problemas Relacionados con Medicamentos como causa de consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (Tesis doctoral). Ed. Ergon. Madrid, 2004.
- 14 Fajardo P. Resultados negativos asociados a la medicación causa de consulta a servicios de urgencia hospitalarias. (Tesis doctoral) Universidad de Granada. Granada, 2011.
- 15 Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1949-56.
- 16 Tuneu L, García-Peláez M, López S, Serra G, Alba G, de Irala C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 177-192.
- 17 Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41(2): 192-199.
- 18 Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Farragher T, Feletto E, García Delgado P, Sáez-Benito L, et al. Resultados de la primera fase del programa conSIGUE. Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedcados. Madrid. Ed. Ergon. 2012 ISBN: 978-84-8473-931-9.

- 19 Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Ed. Elsevier España SL Barcelona, 2008. ISBN: 978-84-458-1949-4.
- 20 FIP/WHO. Desarrollo de la práctica de la Farmacia centrada en la atención del paciente. 2006, disponible en: www.fip.org/statements (accedido en marzo de 2013).
- 21 Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Diciembre de 2001. Accedido el 15-10-2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>.
- 22 Mott DA, Doucette WR, Gaither CA, Kreling DH, Pedersen CA, Schommer JC. Pharmacist Participation in the Workforce: 1990, 2000, and 2004. *J Am Pharm Assoc*, 2006; 46: 322-355.
- 23 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La aportación del Farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Informe Libro Blanco. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1997.
- 24 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del consejo sanitario de las oficinas de farmacia. Informe. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2002.
- 25 Benrimoj SJ, Langford JH, Berry G, Collins D, Lauchlan R, Stewart K, Aristides M, Dobson M. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. A randomised trial of the effect of education and a professional allowance. *Pharmacoeconomics* 2000 Nov; 18(5): 459-68.
- 26 Shumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23(1): 113-32.
- 27 Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
- 28 Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Ed. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Madrid. 2010.

- 29 Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. *Res Social Adm Pharm.* 2010 ;6(3):163-173. DOI 10.1016/j.sapharm.2009.08.003.
- 30 Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Madrid: Sigma Dos, APROAFA; 2001.
- 31 Encuesta sobre "Valoración de los ciudadanos de la Región de Murcia en torno al servicio que dispensan las oficinas de farmacia y el papel del farmacéutico en las actuales estructuras socio-sanitarias" COF Murcia. 2006.
- 32 Gastelurrutia MA, de San Vicente OG, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernandez-Llimos F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci.* 2006; 28(6): 374-6.
- 33 Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). La imagen de una farmacia orientada al paciente. *Farmacéuticos.* 2010; 360: 49.
- 34 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003).
- 35 Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 861-868.
- 36 Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, Casado de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31: 32-39.
- 37 Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Aplicación del análisis factorial exploratorio en la priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2012; 4(supl 1): 58.
- 38 Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillón CC, Casado de Amezúa MJ, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31: 32-39.

- 
- 39 Gil MI, Feletto E, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Calvo B, Gastelurrutia MA. Análisis factorial para la priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas [póster]. Revista portuguesa de farmácia 2011; Supl.V(LII); 5: 116.
- 40 PGEU. Libro blanco de la farmacia europea. Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea 2012. Disponible en: http://static.correofarmaceutico.com/docs/2012/12/26/libro_pgeu.pdf (accedido en marzo de 2013).



ANEXO 4.1.D Percepción del paciente mayor polimedicado sobre el rol del farmacéutico comunitario

Pharmaceutical
CARE

Pharm Care Esp. 2011; 13(6): 271-279

ORIGINALES

Percepción del paciente mayor polimedicado sobre el rol del farmacéutico comunitario

Perception of the polymedicated elderly patient about the community pharmacist's role

M. Sabater¹, E. Feletto¹, F. Martínez-Martínez¹, M.I. Gil¹, M.Á. Gastelurrutia¹, S.I. Benrimoj²

¹Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

²University of Technology, Sydney (Australia)

ABREVIATURAS:

SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

RESUMEN

Introducción: Actualmente casi un 80% del gasto sanitario español corresponde a las personas mayores de 65 años que, debido a su pluripatología, se convierten en pacientes polimedificados. El farmacéutico comunitario es uno de los agentes de salud que puede ayudar a controlar este gasto y mejorar la calidad del uso de los medicamentos debido a su cercanía y accesibilidad, aunque actualmente sólo se le reconoce un rol dispensador de medicamentos.

Objetivos: Explorar la percepción que tiene el paciente mayor polimedicado sobre el rol del farmacéutico.

Material y métodos: Se utilizó un método exploratorio basado en la investigación cualitativa, usando como medio de obtención de información la entrevista semiestructurada y como marcos teóricos la Teoría del Rol complementada con la Teoría de las Creencias en Salud.

Resultados: Los pacientes mayores polimedificados identifican con el rol de profesional sanitario principalmente a su médico de cabecera y al personal de enfermería, relegando al farmacéutico a funciones de índole menor y, sobre todo, con un rol dispensador de medicamentos y productos sanitarios, aunque resaltan la gran accesibilidad y la confianza que tienen con este profesional.

Conclusión: Los pacientes mayores polimedificados en España esperan del farmacéutico un buen trato y un rol dispensador. Esto puede deberse a la baja expectativa que se tiene del farmacéutico para realizar servicios profesionales distintos de los clásicos (dispensación). Los farmacéuticos deberían empezar a cambiar su rol actual implantando servicios para que la percepción del paciente cambie.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Teoría del Rol, Teoría de las Creencias en Salud, farmacéutico comunitario, rol dispensador.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, almost 80 percent of the health expenditure in Spain corresponds to people over 65 years of age as a result of their multiple pathology, have become polymedicated patients. Community pharmacists are community health workers who can help to control this expense and improve the quality of use of the medications due to the proximity and approachability although nowadays they are only known in their role as the medication dispenser.

Materials and methods: An exploratory method was used, based on the qualitative research and semi-structured interviews were conducted as a means to get information, combining both the Role Theory and Health Belief Model as theoretical frameworks.

Correspondencia:

M. Sabater. Montijo, 3, 4.º B, 30001 Murcia.
Correo electrónico: msahatergalindo@gmail.com

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

271

Results: Polymedicated elderly patients tend to associate the role of health care professionals with their general practitioners and community nurses, giving less priority to the function of the pharmacists. Pharmacists are often relegated to a minor role and particularly to the supplying of drugs and healthcare products, that is, their dispensary role. However, patients are likely to highlight the great accessibility and trust they have towards these professionals.

Conclusion: The polymedicated elderly patients expect from the pharmacist in Spain is a good rapport with their patients, besides a dispensary role. This could be a consequence of the low expectations that they have of the pharmacists concerning the services they provide. Pharmacists are assumed not to offer other services different to the classical services (dispensing). They should start changing their current role by introducing new services in order to change the perception that patients have about them.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Role Theory, Health Belief Model, community pharmacy, dispensing role.

Introducción

En España, en enero de 2009, el colectivo de pensionistas suponía el 16,6% de los pacientes asegurados por el Sistema Nacional de Salud. Este colectivo, con altas tasas de polifarmacia, en esa misma fecha contribuía al 77,1% del gasto en medicamentos y productos sanitarios¹, a la vez que originaba otros gastos sanitarios añadidos (ingresos hospitalarios, urgencias médicas, etc.). Las autoridades sanitarias tratan de abordar este problema utilizando diferentes medidas en las que participen diferentes agentes de salud^{2,3}.

Los pacientes mayores tienen una serie de características especiales^{4,5}; son individuos que presentan un elevado número de enfermedades y condiciones de salud crónicas, por lo que muchos son pacientes polimedica- dos. Por otro lado, el farmacéutico es el profesional sanitario con mayor accesibilidad para el paciente, y las farmacias el *outlet* de salud más visitado^{6,7}. Además, cuando se pregunta a los pacientes por su grado de satisfacción con las farmacias, en general afirman que éste es muy alto⁸⁻¹⁰. Sin embargo, este alto grado

de satisfacción con las farmacias se refiere a los servicios clásicos¹¹ o al trato recibido¹², y no a los servicios cognitivos o innovadores, como el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), ya que los pacientes españoles hasta ahora no los conocían¹³, probablemente por su escasa implantación¹⁴. Los pacientes ven todavía al farmacéutico casi exclusivamente como un dispensador de medicamentos, productos sanitarios y fórmulas magistrales^{6,15}.

Para investigar la opinión del paciente mayor polimedica- do se han utilizado dos teorías como marcos teóricos. La Teoría del Rol (*Role Theory*) estudia los distintos roles que se espera que realicen los diferentes colectivos. Se basa en una metáfora del teatro, y afirma que un rol es un conjunto de normas y expectativas que deben ser aprendidos y que la sociedad impone a un determinado colectivo. Cada persona aprende el comportamiento adecuado a la posición que ocupa en la sociedad, y así es definida por el rol que realiza (médico, farmacéutico, etc.)¹⁵⁻¹⁹. Por tanto, se le exige y se espera de él una serie de características que se presuponen de ese rol; por ejemplo, la accesibilidad al farmacéutico o que el consejo de un farmacéutico debe ser siempre gratuito. La interacción farmacéutico-paciente (actores) es, en realidad, un guión, y las variaciones de este guión dependerán de las expectativas de los actores y del contexto. Se estructura en tres dimensiones:

1. Normas subjetivas, es decir, las normas que impone la sociedad a un determinado colectivo. Ejemplo: accesibilidad para el farmacéutico.
2. Expectativas: lo que se espera del comportamiento y obligaciones de un determinado colectivo. Ejemplo: la expectativa del paciente de considerar al farmacéutico como distribuidor de medicamentos.
3. Reacciones al comportamiento: las consecuencias de un determinado comportamiento. Ejemplo: al paciente le gusta que su farmacéutico le conozca por su nombre.

Otro enfoque interesante consiste en complementar las ideas de la Teoría del Rol con las de la Teoría de las Creencias en Salud (*Health Belief Model*)²⁰⁻²⁴, ya que ayuda a los actores a clarificar sus roles dentro de la relación en un entorno de salud. Se basa en la idea de que, si un paciente cree que un determinado comporta-

Percepción del paciente mayor polimedcado sobre el rol del farmacéutico comunitario

M. Sabater, E. Feletto, F. Martínez-Martínez, M.J. Gil, M.Á. Gastelurrutia, S.I. Benrimoj

Originales

miento suyo, o por extensión del proveedor del servicio, mejora su percepción sobre su salud, es más probable que el paciente realice dicho comportamiento o lo reclame al proveedor de dicho servicio. Aunque la Teoría de las Creencias en Salud tiene varias dimensiones, en lo que afecta a los aspectos que se tratan en este artículo se han utilizado solamente algunas de ellas:

- Amenaza percibida: creencia individual de la severidad de una enfermedad. Ejemplo: si el paciente piensa que tener diabetes mellitus es grave.
- Susceptibilidad percibida: riesgo percibido por un individuo; si el paciente siente que enseguida se pone enfermo, será más probable que adopte medidas más saludables o preventivas. Ejemplo: vacunarse de la gripe.
- Autoeficacia: creencia individual sobre la habilidad de hacer algo. Ejemplo: si el paciente cree que sabe manejar bien su salud y sus medicamentos.

Hoy se asume que el rol del farmacéutico comunitario debe cambiar y, por tanto, las expectativas de los pacientes se irán modificando a medida que perciban los beneficios de los nuevos servicios farmacéuticos, cuando éstos sean ofrecidos de una manera generalizada. Parece interesante explorar la situación de los pacientes ante el profesional farmacéutico hoy en día, antes de que dichos cambios tengan lugar.

Por ello, este trabajo se plantea como objetivo explorar en la actualidad tanto la percepción del paciente mayor sobre el rol del profesional sanitario en general (y más concretamente sobre el rol del farmacéutico comunitario y de la oficina de farmacia), como sobre sus creencias de salud.

Método

Se ha utilizado un método exploratorio²⁵⁻²⁷ basado en la investigación cualitativa, usando como medio de obtención de información la entrevista semiestructurada, ya que es un proceso de interacción dinámico entre dos personas: el entrevistador y el entrevistado. Además, aporta información en profundidad y es relativamente fácil de organizar. Para ello, en primer lugar se elaboró una guía para la entrevista (anexo) basada en las dos teorías.

Para la elaboración de la guía se realizó una búsqueda bibliográfica a través de IPA, PubMed, PsycINFO y Embase, desde 1985 hasta la actualidad.

Se llevó a cabo un pilotaje de 4 entrevistas para realizar, finalmente, un total de 12 entrevistas en dos farmacias rurales (FA y FB) de la Región de Murcia a pacientes mayores de 65 años polimedcados.

La selección de los pacientes se realizó mediante la técnica de selección intencionada, y ninguno de los pacientes a los que se invitó a participar declinó dicha invitación. Todas las entrevistas se grabaron en una cinta magnetofónica y fueron posteriormente transcritas de forma íntegra por el investigador durante las semanas siguientes. El texto se fue analizando mediante un análisis comparativo constante, y finalmente se realizó un análisis de contenido de los datos²⁵⁻²⁷.

Resultados

Las entrevistas se llevaron a cabo en las dos farmacias y tuvieron una duración media \pm desviación estándar de $15,4 \pm 4,57$ minutos.

Información sobre la muestra y Teoría de las Creencias en Salud

Los participantes (8 mujeres y 4 hombres) tenían una media de edad de 73,5 años (rango: 65-85).

Amenaza percibida y susceptibilidad percibida

Los participantes opinan que, para su edad, su estado de salud es «bueno», aunque algunos consideran que es tan sólo «regular». Además, creen que no se ponen enfermos más de lo que se puede considerar como habitual o normal a su edad. Son conscientes de su situación de personas mayores, es decir, conocedores de que pueden tener más problemas de salud que una persona joven, y no piensan que esto sea algo fuera de lo normal para este grupo de población.

«No, hombre, me constipo como todo el mundo, y doler algo, como a todo el mundo me duele algo.» (FB 25)

Autoeficacia

En algunos casos, se consideran capaces tanto de manejar los diferentes síntomas de sus enfermedades como su medicación; otros opinan que sí necesitan ayuda,

ya sea para gestionar las distintas tomas de los medicamentos, sobre todo en los casos en que existe una verdadera polifarmacia, o para la administración de fármacos complejos.

«Mi hija me ayuda a ponerme las gotas.» (FB 21)

Se manifiesta que deben tener un papel activo ante la enfermedad y el tratamiento correspondiente. De hecho, se afirma que siguen normas de prevención y práctica de hábitos de vida saludable, como caminar u otro tipo de ejercicio, y cuando identifican un nuevo problema acuden al médico.

«Yo creo que de momento estoy haciendo lo correcto, porque me meto en la piscina y estoy una hora y pico moviéndome, nadando, haciendo ejercicio. Luego por la noche me salgo a andar.» (FA 15)

También afirman que, conscientes de su pertenencia al grupo de personas mayores, como ya se ha comentado, tienen una mayor sensibilidad ante ciertos síntomas, hasta el punto que consideran que están más alerta que los pertenecientes a otros grupos etarios, como los jóvenes. Así, se afirma que cuando tienen una enfermedad crónica, colaboran más con el médico y están más pendientes de la aparición de los nuevos síntomas que vayan surgiendo, de manera que ante cualquier nuevo problema buscan ayuda y consejo en profesionales que les puedan orientar.

«Sí, por supuesto, yo, si tengo alguna duda, tomo la iniciativa de acudir a la persona que sepa orientarme para decirme qué tengo que hacer, no soy de esas que dice "ah, tal", y más en estos años; cuando eres joven lo afrontas todo, pero en estos años te tienes que cuidar.» (FA 15)

Además reconocen que, aun siendo conscientes de su edad y de la mayor pluripatología que ésta conlleva, en algunos casos no hacen lo que deben, aun sabiendo que deberían hacerlo.

*«No debería comer tanto.» (FA 11)
«Tendría que ponerme las medias de compresión para las varices.» (FA 11)*

Teoría del Rol

También afirman que el profesional sanitario al que más acuden es, sin duda alguna, su médico de familia.

Los entrevistados confirman que, salvo los problemas muy sencillos que son capaces de gestionar con facilidad, como un simple resfriado, el resto de problemas de salud los comentan con su médico de familia.

«Voy al médico, sí, sí... si tengo cualquier problema. Hombre, si sólo estoy algo resfriado, me tomo una Couldina y si se me quita, pues no voy, pero si es un problema que no puede solucionarse con una simple pastilla, pues voy, pido cita y voy al médico aunque no sea mi día.» (FA 15)

Aseguran asimismo que existen otros profesionales de la salud a los que también acuden, como los enfermeros, los médicos especialistas y los farmacéuticos. A la farmacia suelen acudir para resolver problemas de salud menores, como resfriados, dolores leves, etc., o para llevarse los medicamentos, comprar productos sanitarios y de parafarmacia.

«Tengo yo más confianza en la farmacia para cualquier cosa así, leve, que en el practicante, por ejemplo.» (FA 15)

Es decir, los participantes afirman que sí aprecian un cierto componente sanitario en el farmacéutico, aunque manifiestan que tiene unas peculiaridades que lo diferencian del resto. En este sentido, se afirma que al farmacéutico se le considera más como un amigo, como alguien tan cercano que forma parte de la familia, o incluso, simplemente, como un vecino. Por ello, se considera que el grado de confianza es incluso superior al que se tiene con el médico.

«No es que no lo vea, yo sí, el que es profesional es un profesional, pero es que yo lo veo más como un amigo.» (FB 22)

«Pues yo, no es por quitarle prestigio a los otros, me entiendes, es que tengo más contacto con el farmacéutico que con otros profesionales, porque yo voy al médico y ya está, pero el farmacéutico... luego... Pepe, que nos hemos criado juntos, es algo como si fuera de tu familia, yo estoy encantada.» (FA 15)

Normas subjetivas y expectativas del profesional sanitario

Los participantes opinan que lo que esperan del profesional sanitario es que tenga una alta disponibilidad en las visitas al médico de familia, que les prescriban lo que necesitan y que los deriven al especialista en caso de necesidad. Se recuerda que, en general, se relaciona

Percepción del paciente mayor polimedcado sobre el rol del farmacéutico comunitario

M. Sabater, E. Feletto, F. Martínez-Martínez, M.I. Gil, M.Á. Gastelurrutia, S.I. Benrimoj

Originales

la idea de profesional sanitario con el médico de familia. También se valora mucho el buen trato con el paciente, aspecto que llega a considerarse casi tan importante como la profesionalidad del médico.

«Que te atiendan bien, que te escuchen, que veamos que se interesan por lo que estás diciendo.» (FB 25)

Reacciones al comportamiento del profesional sanitario

Asimismo, aseguran estar contentos con el trato que reciben de su profesional sanitario (médico de familia) al sentir que su salud está controlada, que se preocupa por ellos y tiene buen trato personal. Afirman también que el médico se implica tanto en su salud que no necesitan nada más. Sin embargo, hay quien reclama una mayor atención por parte del médico.

Normas subjetivas y expectativas del farmacéutico

En cuanto a la farmacia, esperan que les dispensen el medicamento prescrito por el médico con rapidez y amabilidad (buen trato con el paciente), incluso aunque no puedan pagarlo en ese momento, y que no tengan que volver a por él. Sin embargo, también se reclama que se establezca una relación más profesional con el farmacéutico y una actitud más proactiva ofreciendo información y consejo sobre su medicación.

«El farmacéutico debería entrevistarse con uno e interesarse por cómo estás, tener una relación más profesional, porque confianza ya hay mucha.» (FA 13)

«Una buena visita sería que me atiendan bien, que me escuchen, que sepan responderme a las preguntas, y una mala que no te hagan caso, que te digan (en la farmacia): "léete el prospecto", también no tener el medicamento...» (FB 25)

Reacciones al comportamiento del farmacéutico

Se afirma que, en general, existe una relación de confianza, incluso mayor que con el médico de familia, les gusta el trato personal que tienen con la farmacia, aunque algunos no distinguen entre farmacéutico y auxiliar de farmacia y sólo ven el papel de la farmacia como dispensadora. La mayoría afirma que en su farmacia no pueden hacer más por ellos, y que no ven la necesidad de que el farmacéutico se implique más en su salud, aunque a otros sí les gustaría que se interesasen más por ellos y su salud.

«No vendría de más que te explicaran de vez en cuando.» (FA 11)

«Con el farmacéutico tengo yo más confianza que ir a un... porque vengo, hablo con vosotras, os pregunto, os digo me duele esto, lo otro, me decís pues toma esto.» (FA 15)

Información sobre la farmacia y servicios cognitivos

Los participantes usan la farmacia principalmente para comprar medicamentos; alguno también para comprar productos sanitarios (compresas, pañales) o de parafarmacia (cremas, etc.), y para utilizar algunos de los servicios clásicos de la farmacia, como tomarse la presión, pesarse o hacerse análisis rápidos (tipo Rapid Control®) y consultar al farmacéutico.

Los participantes afirman «ser fieles» a su farmacia, ya que suelen ir siempre a la misma y, además, desde hace años.

«De toda la vida, mis abuelos venían cuando sus abuelos... Somos casi familia.» (FB 23)

Los participantes desconocen la existencia de los nuevos servicios cognitivos que la farmacia puede realizar, como el SFT. Cuando se les explica en qué consiste el SFT, algunos afirman que les gusta la idea de recibir ese tipo de servicios, ya que como el farmacéutico es el especialista del medicamento, esto les permite recibir una mejor atención y tener una mayor información sobre su tratamiento y, por tanto, un mayor control de su salud; incluso algunos opinan que el lugar idóneo para recibirlos es la farmacia, ya que se trata del lugar más accesible y rápido. Sin embargo, otros afirman que sus necesidades relacionadas con la farmacia ya las tienen cubiertas con los actuales servicios, y que para otras cosas prefieren acudir al médico.

«Yo lo veo bien porque el médico me las manda, pero él no sabe si me va a caer más bien o más mal. Y ustedes saben más de lo que se escribe.» (FA 12)

«Me parece muy bien porque además es más práctico en la farmacia, porque para el médico tienes que pedir cita y en la farmacia llegas y, aunque tengas que esperar un poco, enseguida te atienden. Lo mismo lo podéis hacer el médico y el farmacéutico (ambos) porque estáis preparados para eso.» (FA 13)

Discusión

Para estudiar la percepción del paciente mayor polimedica- do sobre el rol actual del farmacéutico comunita- rio, se han utilizado dos marcos teóricos: la Teoría del Rol y la Teoría de las Creencias en Salud. La Teoría de las Creencias en Salud permite entender el estado de salud del paciente, lo que complementa a la Teoría del Rol para explorar la perspectiva del paciente sobre otros profesionales de la salud. Las dimensiones de estas teorías permiten obtener información sobre lo que en realidad piensa y espera el paciente mayor polimedica- do sobre los aspectos relacionados con su salud y con los profesionales sanitarios proveedores de los cuidados, fundamentalmente médicos, enfermeros y farmacéuticos. Estas teorías han permitido explorar las opiniones de los pacientes mayores polimedica- dos sobre el papel que desempeña el farmacéutico en su salud y su posible interés sobre posibles nuevos roles que pudiera desempeñar este profesional. Por tanto, se trata de dos teorías muy apropiadas para este tipo de estudio.

Los pacientes consideran al médico y al personal de enfermería como los verdaderos profesionales sanita- rios, relegando al farmacéutico a funciones de índole menor, aunque resaltan la gran accesibilidad y la confia- nza que tienen con este profesional.

En general, opinan que tienen un buen estado de salud para su edad y son bastante activos frente a su enfer- medad. Además, se consideran autoeficaces a la hora de manejar su medicación y su enfermedad, aunque también aseguran que a veces necesitan ayuda para ello; esto implica que, en realidad, necesitarían una persona que les supervisara su medicación y su enfer- medad, que podría ser el farmacéutico dada su gran accesibilidad y su elevado grado de confianza.

Los pacientes identifican principalmente al profesional sanitario con el médico de cabecera, del que destacan principalmente su rol prescriptor de medicamentos, y del que esperan una alta disponibilidad y un buen trato personal. Para cualquier duda o problema suelen acudir a él en primer lugar²⁵.

Acuden a la farmacia a «comprar» medicamentos y productos de parafarmacia, así como a tratarse de sín- tomas menores, percibiendo sobre todo el rol dispen- sador o proveedor de medicamentos y productos sani-

tarios del farmacéutico. Esto puede deberse a la baja expectativa que se tiene del farmacéutico para realizar servicios profesionales distintos a los servicios clásicos⁹. Ello reviste tanta importancia para los pacientes que afirman incluso que, si en la farmacia no está el medicamento, el farmacéutico no está cumpliendo con el rol que se espera de él. Perciben al farmacéutico tan sólo con un ligero perfil sanitario, pero no lo identifican como un posible supervisor a la hora de tratar su afec- ción crónica, ni esperan que les pueda enfocar o modi- ficar su tratamiento. Es decir, los participantes conocen los servicios clásicos de la farmacia centrados en la dispensación de medicamentos y productos sanitarios; sin embargo, desconocen la existencia de los nuevos servicios cognitivos que la farmacia puede realizar. Cuando se les explica en qué consiste el SFT, a la ma- yoría de los pacientes les gustaría recibir este tipo de servicio ya que piensan que facilitaría un mejor control de su salud.

Por otro lado, los pacientes destacan la accesibilidad, el buen trato que reciben en la farmacia y la relación de confianza y familiaridad. Todas ellas son caracte- rísticas muy importantes que es preciso mantener. Si, tal como plantean todas las organizaciones internacio- nales²⁹, la farmacia debe cambiar hacia la provisión de servicios, mantener la accesibilidad y la confianza se presentan como dos buenos factores para facilitar su implantación. Sin embargo, dada la escasa implanta- ción de servicios actualmente en España¹⁴, es normal que la percepción de los pacientes sobre el rol de los farmacéuticos esté centrada en aspectos distributivos y no en profesionales-clínicos. Además, la falta de rea- lización de estos servicios conlleva que la población desconozca su existencia y su posible provisión en la farmacia¹³. Según la Teoría del Rol, se puede afirmar que el farmacéutico y el paciente no están «leyendo el mismo guión»¹⁵. Esto implica que se debe aprovechar esta situación de confianza para cambiar del rol «dis- pensador de medicamentos» al rol «cuidador del pa- ciente», y así tener una relación más profesional, que también es lo que se demanda por parte del paciente hoy en día.

Se está trabajando mucho para tratar de cambiar el actual rol del farmacéutico desde una actividad orien- tada al producto, es decir, desde un rol exclusivamen-

Percepción del paciente mayor polimedcado sobre el rol del farmacéutico comunitario

M. Sabater, E. Feletto, F. Martínez-Martínez, M.I. Gil, M.Á. Gastelurrutia, S.I. Benrimoj

Originales

te dispensador a otro basado en la implantación de servicios profesionales (rol clínico-asistencial)^{15,19}. Este cambio resulta muy complejo y debe abordarse desde una perspectiva holística¹⁹, en la que debe incluirse a las facultades de farmacia (proporcionando a los estudiantes habilidades para aumentar las expectativas de los roles expandidos), la estructura social de la farmacia (con cambios legislativos que permitan al farmacéutico aumentar su rol) y, sobre todo, el cambio en la percepción de los otros actores, los pacientes, dentro de la interacción farmacéutico-paciente. Esto se puede conseguir, por ejemplo, con determinadas actuaciones en la farmacia, como diseñar un buen plan de *marketing* para ofertar el servicio y obtener una mayor información sobre los beneficios del SFT, para que aumente su demanda, realizando campañas de educación, etc.^{11,15,18}.

Conclusión

La percepción de los pacientes sobre el rol actual del farmacéutico es que se trata de una persona accesible y cercana, aunque sólo se espera de él un rol dispensador con un escaso componente sanitario. Esto puede deberse a la baja expectativa que se tiene del farmacéutico para realizar servicios profesionales distintos a los servicios clásicos (dispensación), ya que la actual actividad que desarrollan las farmacias está basada en la distribución de medicamentos y la venta de productos de parafarmacia.

Los farmacéuticos deberían empezar a cambiar su rol actual implantando servicios que ayuden a modificar la percepción del paciente.

Agradecimientos

A las dos titulares de farmacia de la Región de Murcia (Modesta Gil y María José Galindo) donde se han realizado las entrevistas, y a los pacientes que han participado en ellas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística [internet]. 2010 [citado el 7 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/>

2. Crossen-Sills J, Toomey I, Doherty ME. Technology and home care: implementing systems to enhance aging in place. *Nurs Clin North Am*. 2009; 44(2): 239-246.
3. Wedel R, Kalischuk RG, Patterson E, Brown S. Turning vision into reality: successful integration of primary healthcare in Taber, Canada. *Healthc Policy*. 2007; 3(1): 80-95.
4. Blake KB, Madhavan SS, Scott VG, Meredith Elswick BL. Medication therapy management services in West Virginia: pharmacists' perceptions of educational and training needs. *Res Social Adm Pharm*. 2009; 5(2): 182-188.
5. Keshishian F, Colodny N, Boone RT. Physician-patient and pharmacist-patient communication: geriatrics' perceptions and opinions. *Patient Educ Couns*. 2008; 71(2): 265-284.
6. Salter C, Holland R, Harvey I, Henwood K. "I haven't even phoned my doctor yet". The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. *BMJ*. 2007; 334(7.603): 1.101.
7. Lonie JM. From counting and pouring to caring: the empathic developmental process of community pharmacists. *Res Social Adm Pharm*. 2006; 2(4): 439-457.
8. Castrillón CC, Faus Dáder MJ, Santos P, Calvo B, García-Delgado P, Gastelurrutia MÁ. Percepción de los pacientes sobre el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care*. 2010; 12(1): 4-11.
9. Gastelurrutia MÁ, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernández-Llimós F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci*. 2006; 28(6): 374-376.
10. Naik Panvelkar P, Saini B, Armour C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review. *Pharm World Sci*. 2009; 31(5): 525-537.
11. García GM, Snyder ME, McGrath SH, Smith RB, McGivney MS. Generating demand for pharmacist-provided medication therapy management: identifying patient-preferred marketing strategies. *J Am Pharm Assoc*. 2009; 49(5): 611-616.
12. Stuurman-Bieze AGG, Kokenberg MEAP, Tobi H, De Boer WO, Van Doormaal JE, Jong-Van den de Berg LTW, et al. Complex pharmaceutical care intervention in pulmonary care: part B. Patient opinion and process survey. *Pharm World Sci*. 2005; 27(5): 385-392.
13. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, Jiménez García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2(2): 286-290.
14. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Feletto E, Cardero M, Gastelurrutia MÁ. Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación con la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm*. 2011; 52(3): 35-45.
15. Worley MM, Schommer JC, Brown LM, Hadsall RS, Ranelli PL, Stratton TP, et al. Pharmacists' and patients' roles in the pharmacist-patient relationship: are pharmacists and patients reading from the same relationship script? *Res Social Adm Pharm*. 2007; 3(1): 47-69.
16. Penna R. Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990s. *Am J Health Syst Pharm*. 1990; 47(3): 543-549.

17. Solomon MR, Surprenant C, Czepiel JA, Gutman EG. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. *J Marketing*. 1985; 49(1): 99-111.
18. Chewning B, Schommer JC. Increasing clients' knowledge of community pharmacists' roles. *Pharm Res*. 1996; 13(9): 1.299-1.304.
19. Guirguis LM, Chewning BA. Role theory: literature review and implications for patient-pharmacist interactions. *Res Social Adm Pharm*. 2005; 1(4): 483-507.
20. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res*. 1992; 7(1): 107-116.
21. Bumet D, Plaut A, Courtney R, Chin MH. A practical model for preventing type 2 diabetes in minority youth. *The Diabetes Educator*. 2002; 28(5): 779-795.
22. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1988; 15(2): 175-183.
23. Swaim RA, Barner JC, Brown CM. The relationship of calcium intake and exercise to osteoporosis health beliefs in postmenopausal women. *Res Social Adm Pharm*. 2008; 4(2): 153-163.
24. Pinto SL, Lively BT, Siganga W, Holiday-Goodman M, Kamm G. Using the Health Belief Model to test factors affecting patient retention in diabetes-related pharmaceutical care services. *Res Social Adm Pharm*. 2006; 2(1): 38-58.
25. Minichiello V, Aroni R, Hays TN. *In-depth interviewing: principles, techniques, analysis*. Sydney: Pearson Education Australia, 2008.
26. Taylor S. *Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource*, 3.ª ed. Nueva York: Wiley, 1998.
27. Pope C, Ziebland S, Mays N. *Qualitative research in health care. Analysing qualitative data*. *BMJ*. 2000; 320(7.227): 114-116.
28. Du Pasquier S, Aslani P. Concordance-based adherence support service delivery: consumer perspectives. *Pharm World Sci*. 2008; 30(6): 846-853.
29. Wiedenmayer K, Summers R, Mackie C, Gous A, Everard M, Tromp D. *Developing pharmacy practice: a focus on patient care (Handbook-2006 ed.)*. World Health Organization, Department of Medicine Policies and Standards (Ginebra), and International Pharmaceutical Federation (La Haya), 2006.

Percepción del paciente mayor polimedcado sobre el rol del farmacéutico comunitario

M. Sabater, E. Feletto, F. Martínez-Martínez, M.I. Gil, M.Á. Gastelurrutia, S.J. Benrimoj

Originales

Anexo. Guión de la entrevista

Información sobre el paciente y su farmacia

¿Cómo estás ahora mismo?

¿Desde cuándo vienes a esta farmacia?

¿Para qué sueles ir a una farmacia?

¿La utilizas para algo más que para recoger tus medicamentos?

¿De qué sueles hablar con tu farmacéutico?

Percepción de su salud

¿Qué problemas de salud tienes actualmente?

¿Qué gravedad piensas que revisten?

¿Sientes que enseguida te pones enfermo? ¿Por qué?

¿Cómo te va el tratamiento que estás tomando?

¿Sabes manejar bien tus medicamentos? ¿Y tu enfermedad? ¿Cómo lo haces?

Rol del profesional sanitario

¿A qué profesionales sanitarios sueles ver más a menudo? ¿Con qué frecuencia?

En caso de que sólo hablen del médico, se les pregunta:

¿Con qué frecuencia vas al médico? Si te pasa algo entre visita y visita, ¿qué haces?

¿Qué esperas de tu profesional sanitario?

Por favor, describe una «buena» visita a tu profesional sanitario o un «buen» profesional sanitario. Por favor, describe una «mala» visita a tu profesional sanitario o un «mal» profesional sanitario.

¿Crees que tu profesional sanitario podría hacer algo más por tu salud?

¿Qué pensarías si se implicara más en tu salud?

Rol del farmacéutico

¿Cómo te pueden ayudar otros profesionales sanitarios?

¿Por qué no ves al farmacéutico como profesional sanitario?

Describe lo que esperas de un farmacéutico cuando visitas una farmacia.

Por favor, describe una «buena» visita a la farmacia o un «buen» farmacéutico.

Por favor, describe una «mala» visita a la farmacia o un «mal» farmacéutico.

¿Crees que el farmacéutico podría hacer algo más por tu salud?

¿Qué pensarías si se implicara más en tu salud?

Percepción de los servicios

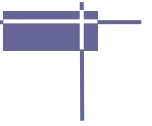
¿Conoces los servicios farmacéuticos?

¿Has tenido experiencia en alguno de ellos?

En caso de que desconozcan los servicios, se les explica de la siguiente manera: «Imagínate un paciente, Juan, que toma 11 medicamentos porque es diabético, tiene el colesterol y la presión altos y no se acuerda bien de cómo se los tiene que tomar todos. Entonces él va a su farmacia y le pide a su farmacéutico que le haga un seguimiento de su medicación para ver si todo va bien y aprender a tomársela correctamente. El farmacéutico estudia todos sus medicamentos y ve que está tomando dos para la presión que hacen que le pueda subir el azúcar, por lo que se lo dice al paciente y también habla con su médico para comentarle el caso. Así, el médico le suprime ese medicamento, y desde entonces Juan tiene el azúcar y la presión mucho más controlados».

¿Qué te parece este tipo de servicio?

¿Cómo crees que pueden ayudarte los servicios farmacéuticos?



ANEXO 4.1.E Integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en las Farmacias Comunitarias Españolas.

pharmaceutical
CARE

Pharmaceutical Care España 2009; 11(2): 52-62

REVISIÓN

Integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas

The integration of different strategies to boost the adoption of the pharmacotherapy follow-up service in Spanish community pharmacies

M. Ángel Gastelurrutia¹, M.J. Casado de Amezúa²,
M. Gil³, M. Aránzazu Noain³, C. Cristina Castrillón³

¹Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

²BAIB-MBA. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

³Licenciada en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

RESUMEN

La farmacia comunitaria se encuentra en pleno proceso de cambio con el propósito de dar respuesta a las necesidades de los pacientes respecto a su mediación mediante la implantación gradual de nuevos servicios cognitivos, entre los que cabe resaltar el de seguimiento farmacoterapéutico (SFT). La implantación de este servicio está siendo más lenta de lo esperado. Por ello, es preciso renovar esfuerzos para potenciar la adopción de esta innovación por parte de los farmacéuticos españoles.

A partir de una revisión bibliográfica se pretende integrar las diferentes estrategias para elaborar un marco, complejo pero interconectado, que permita conocer tanto la situación de los farmacéuticos en el proceso de adopción de esta innovación como la utilidad de los diferentes facilitadores para el cambio en la práctica farmacéutica en las distintas etapas motivacionales, aplicables a los farmacéuticos titulares y a los miembros del equipo de la farmacia.

De acuerdo con los estudios realizados hasta el momento, se puede afirmar que la implantación del SFT es un proceso complejo que no depende de un único factor, sino de la interacción de varios de ellos, y debe abordarse de una manera multiestratégica.

Correspondencia:

M. Ángel Gastelurrutia
Paseo de Larrabuo, 98. 20017 San Sebastián
Correo electrónico: magastelu@medynet.com

El pago por el servicio constituye un elemento previo, indispensable no sólo para conseguir su implantación, sino sobre todo para alcanzar su sostenibilidad.

Es importante conseguir motivar en primer lugar a los titulares de las farmacias, aunque el objetivo final deba consistir en la motivación de todos los miembros del equipo. Para ello, puede ser útil la utilización de los facilitadores externos junto con otros elementos motivacionales y premotivacionales.

Una vez que se alcanza la situación de «intención de cambiar», deben aplicarse los facilitadores internos para avanzar hacia el cambio de comportamiento del farmacéutico y la farmacia como organización.

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico, innovación, motivación, cambio.

ABSTRACT

Community pharmacies are in the middle of a process of change with the objective of meeting patients' needs in relation to their medication, by means of the gradual implementation of new cognitive services, among which the Pharmacotherapy Follow-up service should be highlighted. The implementation of this service is taking longer than expected. Therefore, new efforts must be made to boost the adoption of this innovation by Spanish pharmacists.

By means of a literature review the different strategies are integrated in order to create a framework, complex but intercon-



Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria

M. Ángel Gastelurrutia, M.J. Casado de Amezúa, M. Gil, M. Aránzazu Noain, C. Cristina Castrillón

Revisión

nected. That framework shows both the situation of the pharmacists in the process for the adoption of this innovation, as well as the use of the different facilitators for the changes in pharmaceutical practice in the different motivational stages, applicable to pharmacy owners and the pharmacy team members.

According to the studies carried out to date, it can be concluded that the implementation of the Pharmacotherapy Follow-up service is a complex process that does not depend on a single factor but rather on the interaction of several factors, which must be approached in a multi-strategic manner.

The payment for the service is a prior, indispensable element, not only in order to achieve its implementation but, above all, to guarantee its sustainability.

In the first place, it is important to manage to motivate the pharmacy owners, although the final objective should be to achieve the motivation of all the pharmacy team members. Therefore, it might be useful to use the external facilitators together with other motivational and pre-motivational elements.

Once the "intention to change" has been achieved, the internal facilitators must be applied in order to advance towards the behavioural change of the pharmacist and of the pharmacy as an organisation.

Keywords: Pharmacotherapy Follow-up. Innovation. Motivation. Change.

Introducción

La farmacia se encuentra en pleno proceso de cambio. Las líneas maestras de dicho cambio consisten en la progresiva implantación de diferentes servicios cognitivos. En España, el Foro de Atención Farmacéutica¹ ha propuesto la implantación de tres servicios fundamentales: la dispensación, la indicación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Independientemente de la necesidad de evolucionar y mejorar en los dos primeros servicios, es innegable que la verdadera innovación en términos de cambio cualitativo de la práctica consiste en la realización de este último², hasta el punto que, cuando se hace referencia a la provisión de dicho servicio, se afirma que es necesario «un nuevo farmacéutico»³.

El SFT se define como el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados

con los medicamentos (PRM), para la prevención y la resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). 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 paciente¹.

El proceso de adopción de una innovación, sea del tipo que sea, ha sido ampliamente descrito y utilizado en diferentes sectores^{4,5}, incluido el sanitario⁶ y, más concretamente, el relacionado con la farmacia comunitaria^{7,8}. Según Rogers⁹, la implantación de una innovación no es sino uno de los pasos del proceso que dicho autor denomina de innovación-decisión y que se muestra en la figura 1. Este esquema consiste en un proceso mental, continuado en el tiempo, en el que el individuo (o cualquier otra unidad de toma de decisiones) pasa de un primer conocimiento de la innovación a formarse una actitud hacia ésta, que le lleva a adoptar o rechazar la innovación, a implantarla y, finalmente, a confirmar la decisión.

Se trata de un proceso por el que puede transcurrir un individuo (p. ej., el farmacéutico titular) o una unidad de adopción u organización (p. ej., el equipo de una farmacia).

La adopción de una innovación es, en la mayoría de los casos, un proceso lento⁹. Sin embargo, el cambio hacia la implantación de nuevos servicios farmacéuticos se está produciendo de una manera especialmente lenta, tanto en España como en el resto del mundo¹⁰. Se han estudiado las barreras que dificultan o impiden el cambio¹¹. También se han descrito y analizado elementos facilitadores que, además de ayudar a superar las barreras, actúan como operadores independientes de dicho cambio¹²⁻¹⁵.

Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica

Un facilitador es cualquier tipo de elemento (material o no) que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar la disseminación, la implantación y/o la sostenibilidad de los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria¹⁶. En España se han identificado 12 facilitadores

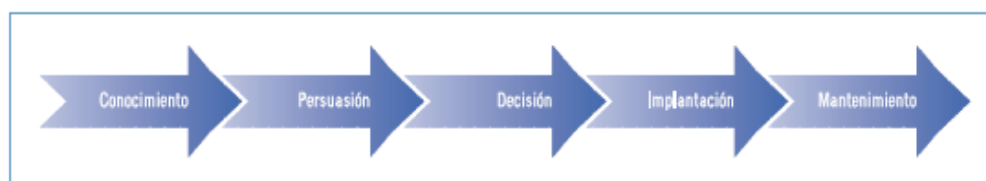


Figura 1. Proceso de innovación-decisión de Rogers

para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria (tabla 1)¹⁷.

Estos facilitadores pueden reclasificarse, desde un punto de vista de la gestión del cambio de la práctica farmacéutica comunitaria, en dos únicas categorías en función de si el farmacéutico comunitario puede ejercer algún tipo de influencia sobre ellos (internos) o no (externos)¹⁵.

Los facilitadores internos, de alguna manera, están dentro del control de los farmacéuticos o de las farmacias y, por tanto, pueden ser modificados para dar respuesta a las necesidades locales, como la organización de trabajo mediante la asignación de tareas, la modificación del aspecto externo de la farmacia o, de una manera general, de su estructura, con la correspondiente incorporación de zonas de atención personalizada (ZAP), o la selección de equipos informáticos y programas adecuados.

Por otra parte, los facilitadores externos actúan en un ámbito más institucional y, en general, se encuentran fuera del alcance de la actuación de las farmacias individuales. Algunos ejemplos de este tipo de facilitadores pueden ser la modificación de los currículos universitarios, los mensajes de los líderes profesionales, la modificación de aspectos legislativos o el sistema de remuneración de las farmacias.

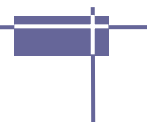
Recientemente se han analizado los resultados de la utilización de algunos facilitadores en Portugal, incluido el pago por el servicio, y las conclusiones obtenidas han sido bastante negativas, ya que no se ha conseguido la implantación generalizada del seguimiento¹⁸. Sin embargo, otros autores han descrito buenos resultados en la implantación de dicho servicio mediante la utilización de facilitadores internos, cuando éstos se han utilizado en una farmacia concreta, aunque no haya habido una compensación económica^{19,20}. Estas discrepancias pueden deberse a que es preciso utilizar los

Tabla 1. Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica identificados en España

Facilitadores	
Farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de formación asistencial. Tanto en el pregrado como en el posgrado • Necesidad de mensajes claros e inequívocos sobre el futuro profesional • Cambio en la actitud de los farmacéuticos. Asunción de la necesidad de cambio
Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de cambios del sistema retributivo, disminuyendo el peso de los ingresos derivados de la dispensación a favor de los originados por la prestación de servicios cognitivos • Necesidad de modificar la estructura de las farmacias: <ul style="list-style-type: none"> – Mayor tamaño de la farmacia – Mayor número de profesionales farmacéuticos – Existencia de zonas de atención personalizada
Profesión farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> • El Consejo General de Colegios Farmacéuticos debe asumir el liderazgo en la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria • Se deben disminuir las tareas administrativas que suponen una sobrecarga de trabajo • La universidad debe acercar la formación y la investigación a la práctica farmacéutica; es imperiosa la necesidad de demostrar científicamente la efectividad y la eficiencia de estos servicios
Administración sanitaria, médicos y pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso dar a conocer los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria a la sociedad, la Administración sanitaria y el colectivo médico • Es preciso mejorar las relaciones entre los farmacéuticos y los médicos

facilitadores en el momento oportuno, cuando previamente se ha conseguido un grado de motivación suficiente por parte del titular de la farmacia y de sus colaboradores, en su caso.

Para comprender esta afirmación es preciso analizar previamente las distintas teorías que explican el paso de una farmacia tradicional, basada en la dispensación



Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria

M. Ángel Gastelurrutia, M.J. Casado de Amezúa, M. Gil, M. Aránzazu Noain, C. Cristina Castrillón

Revisión

y/o venta de medicamentos, productos sanitarios y productos de parafarmacia, hacia una farmacia innovadora, basada en la realización de servicios clínicos y, por tanto, en la oferta del SFT.

La farmacia comunitaria es una organización, en general, de pequeño tamaño, en la que el componente individual del titular desempeña un papel fundamental a la hora de organizar las actividades que en dicha organización se realizan²¹ y, por tanto, decidir qué servicios se ofrecen y cuáles no en dicha farmacia. Por ello, parece importante combinar estrategias que, por un lado, ayuden a motivar al individuo (farmacéutico) en su entorno social y organizacional con otras que expliquen las dificultades en la adopción de una innovación. Aunque cabe recordar que las actuaciones o estrategias para alcanzar el cambio no pueden ir orientadas exclusivamente al farmacéutico como individuo²².

Proceso de innovación-decisión (Rogers) y modelo de motivación «I-change model» (de Vries)

Ya se ha mencionado que la difusión de innovaciones es un proceso, en general, lento. Cuando se intenta difundir una innovación, uno de los aspectos críticos es tratar de acelerar su tasa de adopción. Ésta tiene una forma, ya clásica, en S (figura 2)⁹. La tasa de adopción se define como «la velocidad relativa con la que los miembros de un sistema social determinado adoptan una innovación». Lo que varía es la pendiente de la curva, pero no su forma en S. Cuando una innovación se adopta rápidamente, la pendiente es muy alta. Existe un punto a partir del cual el proceso de difusión de la innovación se autoalimenta; es la denominada masa crítica o número crítico⁹.

Rogers, tras estudiar los procesos de difusión de innovaciones, afirma que dicho número se suele situar entre el 15 y el 20% de implantación⁹. Bonal, en relación con la implantación de la atención farmacéutica, y basándose en su experiencia con la implantación de la farmacia clínica, estableció el número crítico en un porcentaje del 20-25% de profesionales que realizan actividades de atención farmacéutica para, a partir de ahí, conseguir una implantación generalizada y conver-

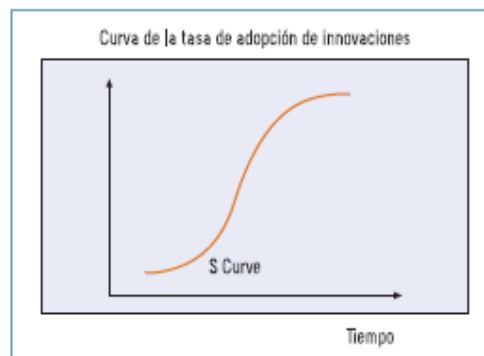


Figura 2. Forma en S típica de la adopción de innovaciones

tirse en un «escaparate» ante la sociedad²³. Plaza y Díez afirman que, según el Instituto Peters de Minnesota, debería ser suficiente con que este porcentaje se aproximara al 10%²⁴. En una entrevista realizada al Dr. Hepler, este profesor americano afirmaba que unos porcentajes de tan sólo el 5% de farmacéuticos que realizaran atención farmacéutica no pasan de ser una mera promoción; a partir del 10% podría denominarse una autogeneración, y una vez alcanzado el 15% de implantación puede comenzar a considerarse que la innovación se implantará²⁵.

Los primeros profesionales en recorrer todo el proceso de innovación-adopción que se muestra en la figura 1, desde que conocen la innovación hasta que la implantan y, finalmente, confirman su implantación, son los denominados innovadores. En este sentido, Rogers establece cinco tipos de categorías entre los potenciales adoptadores o unidades de adopción: innovadores (*innovators*; 2,5%), adoptadores tempranos (*early adopters*; 13,5%), mayoría inicial (*early majority*; 34%), mayoría lenta (*late majority*; 34%) y rezagados (*laggards*; 16%).

Un modelo completo que explica las dificultades del cambio, ayuda a entender la situación de los farmacéuticos actualmente, y aporta elementos para diseñar estrategias de motivación, que al final puedan traducirse en cambios concretos en el comportamiento del farmacéutico titular, como en el del equipo de la farmacia, es el denominado «modelo de cambio integrado» (*I-change model*), desarrollado por de Vries et al. en la Universidad de Maastricht²⁶⁻²⁸ (figura 3).

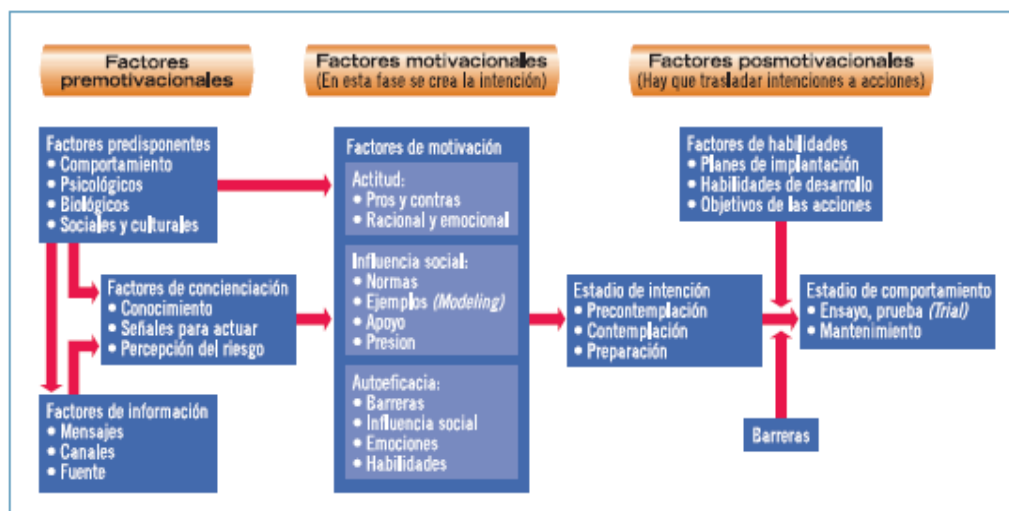


Figura 3. Modelo de cambio integrado (I-change model)

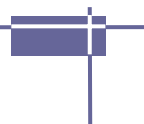
El *I-change model* pretende explicar y explorar los cambios motivacionales y de comportamiento de los individuos, y supone la evolución de un modelo anterior, denominado *ASE model*^{26,29-31}, acrónimo de Actitud, influencia Social y autoEficacia. El modelo ASE consistía en la integración de la teoría del comportamiento planificado de Ajzen (*Ajzen's theory of planned behavior*)³², la teoría cognitiva social de Bandura³³, el modelo transteórico de Prochaska³⁴, el modelo de las creencias en salud (*health belief model*)³⁵ y otras teorías basadas en el establecimiento de objetivos concretos. El *I-change model* complementa los factores motivadores con unos factores premotivacionales y otros posmotivacionales.

En el *I-change model* se mantiene que el comportamiento, visible u oculto, viene determinado por la motivación de una persona o conjunto de personas, o por la intención de desarrollar un tipo particular de comportamiento. En el caso que nos ocupa, el nuevo comportamiento es sinónimo de prestación del SFT. El comportamiento es el resultado de las intenciones de una persona, o un equipo, y sus habilidades; es decir, se debe alcanzar la situación de «intención de cambiar su comportamiento», o lo que es lo mismo, de intención de practicar el SFT para después, con habilidades personales, preparar y ejecutar un plan específico que

permita, tras superar una serie de barreras, practicar el nuevo comportamiento.

La motivación de una persona viene determinada por tres factores: a) la actitud de una persona, que consiste en la evaluación de las ventajas percibidas (pros), tanto cognitivas como emocionales, frente a las desventajas del comportamiento (contras); b) la influencia social, que hace referencia a la posible influencia que pueden ejercer en un farmacéutico los diferentes modelos de práctica del seguimiento que se realizan en otras farmacias, las normas que tiene la gente sobre este comportamiento (norma social) y el apoyo que se puede obtener de los que ya están desarrollando ese tipo concreto de comportamiento, y c) la autoeficacia (*self-efficacy*)³⁶, que hace referencia a la percepción individual de la capacidad que uno tiene para realizar el tipo de comportamiento concreto, es decir, en el caso del seguimiento, la capacidad percibida por los propios farmacéuticos para poder proveer este servicio.

Una vez que el individuo se motiva y, por tanto, se llega al estado de «intención de actuar», entran en juego algunos factores posmotivacionales, como las barreras a las que se enfrentan el individuo y la organización (en nuestro caso el farmacéutico y la farmacia) a la hora de «querer implantar el servicio», y otros relacionados con sus habilidades para implantar el servicio (p. ej., la



Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria

M. Ángel Gastelurrutia, M.J. Casado de Amezúa, M. Gil, M. Aránzazu Noain, C. Cristina Castrillón

Revisión

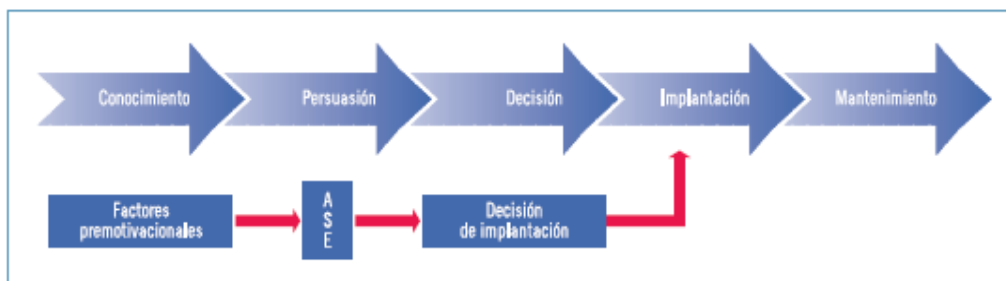


Figura 4. Confluencia del I-change model y el proceso de difusión-adopción de innovaciones

elaboración de planes de implantación, habilidades de desarrollo y establecimiento de los objetivos de sus acciones). El paso desde el estadio de «intención de actuar» a «actuar» (cambio de comportamiento) es muy complejo y, como se verá más adelante, es uno de los puntos críticos que explican la no implantación de servicios cognitivos.

El I-change model incluye también unos factores distales (premotivacionales) que, en cierto modo, influyen sobre los factores motivacionales: factores de concienciación, psicológicos, biológicos, sociales, culturales y de información.

Los factores premotivacionales tienen una gran importancia, ya que van a condicionar o facilitar la acción de los factores motivacionales. En estas fases iniciales son importantes el conocimiento, la percepción de riesgo y diferentes señales para actuar (cues for action).

En este sentido, el conocimiento no hace referencia a la adquisición de conocimientos científico-técnicos o a la formación clínico-asistencial, sino al conocimiento sobre las recomendaciones de las instituciones internacionales sobre el futuro del ejercicio profesional del farmacéutico^{37,38}, o sobre los posibles problemas con que puede enfrentarse la profesión si ésta no cambia³⁹.

Por último, es importante identificar las señales que ayuden a los farmacéuticos a avanzar en el proceso de motivación, que se pueden recibir asistiendo a congresos o conferencias en las que otros compañeros presenten resultados del servicio, acudiendo a actividades formativas o, simplemente, observando cómo otros compañeros llevan a cabo la práctica habitual en sus farmacias.

Una vez que el individuo alcanza la fase de «intención de cambiar», es decir, cuando decide implantar el seguimiento, se llega a lo que el I-change model denomi-

na fase posmotivacional. En esta fase se deben traducir las «intenciones» en «acciones», para lo que se requieren diferentes estrategias preparatorias que faciliten la planificación y la realización de los cambios en el comportamiento.

Precisamente en este punto confluyen la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers y el I-change model (figura 4). Hasta que la implantación tiene lugar, el proceso ha sido estrictamente un ejercicio mental de pensamiento y decisión (Rogers) o de motivación (de Vries). Pero la implantación supone un cambio de comportamiento claro mediante el que la nueva idea o innovación se pone en práctica. Una cosa es decidir adoptar una nueva idea y otra muy diferente utilizarla, es decir, proveer el servicio.

Situación del proceso de adopción del seguimiento farmacoterapéutico como innovación en España

En nuestro país no se dispone de muchos datos que muestren en qué estadio del proceso de adopción de innovaciones se encuentran los farmacéuticos comunitarios. A partir de los resultados preliminares de un estudio exploratorio, se puede afirmar que son muchos los farmacéuticos comunitarios españoles que se encuentran en una fase anterior al conocimiento de la innovación. Es decir, son muchos los farmacéuticos que desconocen en qué consiste, y cuáles son los procedimientos, objetivos e indicadores del SFT⁴⁰⁻⁴². Por tanto, son muchos los farmacéuticos «ajenos» al proceso de implantación del SFT.

Los únicos datos cuantitativos disponibles sobre la situación de los farmacéuticos a lo largo del proceso de

Tabla 2. Distribución de los farmacéuticos comunitarios españoles en la adopción del seguimiento farmacoterapéutico. Comparación de diferentes estudios

	Anterior al conocimiento	Conocimiento	Persuasión	Decisión de adoptar	Implantación	Confirmación
Aguas (2005)	27,9	9,6	32,7	20,2	6,7	2,9
Dualde (2008)	3,7	8,4	20,5	58,9	0,5	7,9
	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento	
Zardain (2007)	65,2	16,7	6,2	1,7	10,1	

innovación-adopción de Rogers son los descritos por Aguas⁴³ y Dualde⁷, que se analizarán más adelante. Se ha realizado otro estudio, también muy interesante, que utiliza un modelo distinto para estratificar la situación de los farmacéuticos comunitarios ante la implantación del SFT. Se trata del trabajo de Zardain⁴⁴, que aplica el modelo de los estadios del cambio de Prochaska^{34,45}.

Este modelo, también denominado modelo transteórico del cambio^{34,45}, se desarrolló para explicar, predecir y, en su caso, ayudar a cambiar diversas conductas humanas relacionadas con los comportamientos adictivos, como el tabaco, el alcohol o el consumo de drogas. Después se ha aplicado con éxito en la adopción individual de conductas saludables⁴⁶ y gran variedad de situaciones, incluida la práctica de la atención farmacéutica⁴⁷ o el proceso de uso de los medicamentos⁴⁸. Plantea 5 estadios del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. No son estadios superponibles a las fases de Rogers, por lo que resulta difícil su comparación. La fase de precontemplación supone que el sujeto no planea cambiar, es decir, implantar el seguimiento, en los próximos 6 meses. Sin embargo, esto no supone el conocimiento o no del servicio. De hecho, en el estudio de Zardain no se pregunta sobre el conocimiento o no de este servicio, sino que en el cuestionario se incluye la definición del SFT y, a continuación, se asume que el paciente lo conoce. Esto debe entenderse como una limitación, ya que no siempre el farmacéutico que afirma conocer el servicio lo conoce de verdad. En el trabajo de Aguas se identificó un 8% de farmacéuticos que, aun manifestando que sabían en qué consiste el seguimiento, se pudo poner de manifiesto que no era así y que no habían entendido en qué consiste esta práctica profesional².

Este desconocimiento también fue puesto de manifiesto por Hidalgo⁴⁹, que constató que el 87,9% de los farmacéuticos de la ciudad de Granada desconocen el significado real del concepto de SFT. Paradójicamente, el 93,8% de los farmacéuticos afirma desear que dicho servicio se implante en las farmacias. Para completar el cuadro, el 72,3% de los farmacéuticos entrevistados «creen» que están realizando SFT sin conocer en qué consiste dicho servicio. Este desconocimiento sobre el servicio del SFT ha sido constatado también por otros autores, que lo sitúan en el 91%⁵⁰, y es una de las constantes en diferentes estudios: o se desconoce o, lo que es peor, se cree que se conoce algo que se desconoce^{41,49}.

En función de estos comentarios, y con todas las reservas, para su comparación, en la tabla 2 se ha equiparado la fase «anterior al conocimiento» de Rogers con la de precontemplación de Prochaska.

Estos valores deben interpretarse cuidadosamente, teniendo en cuenta las particularidades de las muestras utilizadas en cada estudio. El estudio de Aguas está realizado en una provincia española en la que se había ejercido una importante presión formativa desde el Colegio de Farmacéuticos. Aun así, en este trabajo la población de farmacéuticos que «no conocen el SFT» llega casi al 30%, cifra que sigue siendo elevada, en una provincia en la que se había realizado una fuerte campaña de promoción y formación desde el colegio. Por su parte, la selección de muestra del estudio de Dualde se realizó entre farmacéuticos que habían asistido a unos cursos de formación en SFT por medios telemáticos. A pesar de ello, casi un 4% desconocía en qué consistía el servicio. Debido al objetivo específico del estudio de Zardain, probablemente éste ofrezca la cifra más generaliza-



Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria

M. Ángel Gastelurrutia, M.J. Casado de Amezúa, M. Gil, M. Aránzazu Noain, C. Cristina Castrillón

Revisión

ble a escala nacional, en el que se confirman cifras de farmacéuticos que desconocen el SFT (o al menos que no tienen ninguna intención de aplicarlo) superiores al 50%.

Los valores de la tabla 2 también confirman la dificultad, una vez alcanzada la decisión de adoptar la innovación, de dar el salto a su implantación y posterior sostenibilidad.

Finalmente, en todos los estudios se alcanzan porcentajes de implantación-confirmación del servicio que rondan el 10%, aun cuando en ninguno de ellos se definió la variable «realización del servicio de SFT». En el trabajo de Aguas se entiende que se realiza seguimiento cuando un farmacéutico ha enviado al menos una intervención farmacéutica siguiendo el método Dáder, a la Universidad de Granada. En el estudio de Dualde, el 50% de los farmacéuticos que afirmaron realizar SFT no llegaba a 10 pacientes, sin que se pueda precisar cuántos tenían a su cargo. Por otra parte, en el estudio de Zardain se acepta la respuesta del farmacéutico porque se utilizó un cuestionario autoadministrado.

Estos valores coinciden con los encontrados recientemente en el estudio de Arroyo et al.⁵¹ Su objetivo era analizar la implantación de la atención farmacéutica en tres comunidades autónomas del norte, centro y sur de España. En realidad la variable utilizada no fue la realización de SFT sino el registro, de cualquier tipo, de intervenciones farmacéuticas, que es un concepto mucho más amplio que la práctica de seguimiento. Aun así, los valores obtenidos fueron del 5% en Andalucía, del 10% en Asturias y del 11% en la Comunidad Valenciana, con lo que las autoras concluyen que la implantación de la atención farmacéutica es un proceso todavía inmaduro en las farmacias españolas.

De cara al diseño de futuros estudios, parece importante llegar a un acuerdo que determine un umbral de mínimos para poder afirmar quién realiza SFT en una farmacia. No parece lo mismo tener un paciente en seguimiento que tener 10 o 100. ¿Se puede entender que tener un paciente en seguimiento a lo largo de los años es hacer seguimiento? ¿Dónde se debe situar el punto de corte? ¿Cuántos pacientes y durante cuánto tiempo?

Facilitadores en el «I-change model»

El *I-change model* intenta explicar los diferentes estadios que conlleva el cambio de comportamiento de un individuo concreto. En nuestro caso se trata de cambiar el comportamiento del farmacéutico comunitario, fundamentalmente del titular, para que incorpore un servicio innovador en la práctica habitual de unas organizaciones de pequeño tamaño, como son las farmacias comunitarias.

Los facilitadores para favorecer el cambio en la práctica de la farmacia han sido clasificados en dos grandes dominios, en función de la accesibilidad y la posibilidad de intervención del farmacéutico comunitario: internos y externos¹⁵.

Los facilitadores externos podrían desempeñar un papel importante como elementos motivadores y, por tanto, tener una influencia en la columna central del *I-change model*, que se corresponde con el modelo ASE. El lugar que ocupan en el *I-change model* se muestra en la figura 5. Estos facilitadores, ajenos a la acción desde la farmacia, deberían utilizarse como factores motivacionales. Alguno de ellos, como la asunción del liderazgo del cambio por parte del Consejo General, parece que ya comienza a implantarse¹, mientras que otros, como la mejora de las relaciones entre médicos y farmacéuticos, no están en su mejor momento, al menos en el ámbito corporativo.

Por su parte, los facilitadores internos podrían actuar en la esfera posmotivacional, contribuyendo en la puesta en marcha de planes de implantación que, como ya se ha comentado, es uno de los puntos críticos en el proceso de adopción de una innovación. Se trata de facilitadores que pueden ser modelados y puestos en práctica por cada farmacéutico en su farmacia, una vez éste ha alcanzado la fase de «intención de realizar SFT», para afrontar el paso más difícil. Algunos ejemplos de ello son: organización interna, trabajo por tareas, cambios en la estructura de la farmacia con la incorporación de una zona de atención personalizada, asignación de tiempo para el estudio o la compra de material y equipos informáticos, etc.¹⁹

Habitualmente, se cita como la mayor barrera para la implantación del servicio la falta de pago por éste⁵². Hay muchos autores que defienden que el pago por el servicio no es un buen motivador, sino que se trata de una

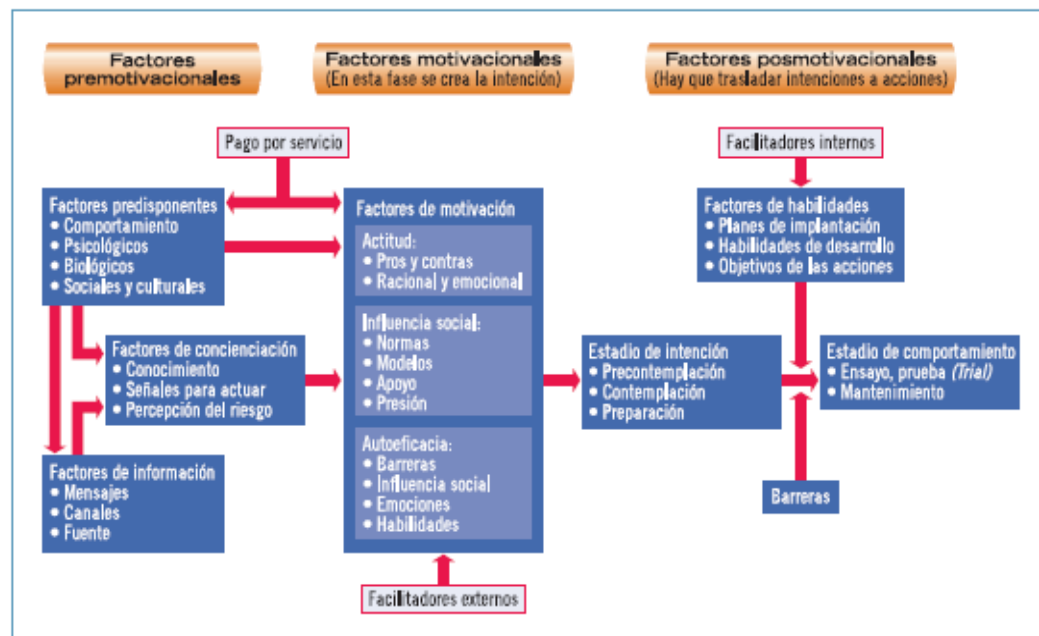


Figura 5. Lugar de interacción de los facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica en el i-change model

cuestión previa, que debe estar resuelta, como puede ser la vida familiar o las relaciones con iguales dentro de la empresa. Es lo que Herzberg denomina «factores higiénicos» o de «mantenimiento»⁵³. Por ello, este facilitador actuaría a dos niveles: como factor premotivacional y, en ciertos casos, como motivacional (p. ej., favoreciendo el cambio de actitud [pros] del titular).

Lo que sí parece cierto es que una vez que el farmacéutico titular decide implantar el servicio y consigue la complicidad del equipo, puede ser de gran ayuda la utilización de los facilitadores internos para superar las barreras con las que se va a encontrar.

Conclusiones

La implantación del SFT es un problema complejo que debe ser abordado de una manera multiestratégica. Es importante conseguir motivar en primer lugar a los titulares de las farmacias, aunque el objetivo final sea la motivación de todos los miembros del equipo de la farmacia. Para ello, puede ser útil la utilización de los facilitadores externos junto con otros elementos motivacionales y premotivacionales.

El pago por el servicio no debe entenderse como un elemento motivador, sino como un factor previo, higiénico o de mantenimiento, por lo que la remuneración del servicio debe abordarse como un elemento indispensable, no sólo para conseguir la implantación del servicio, sino, sobre todo, para alcanzar su sostenibilidad.

Una vez que se alcanza la situación de «intención de cambiar», deben aplicarse los facilitadores internos para dar el salto, difícil, hacia el cambio de comportamiento del farmacéutico y la farmacia como organización.

Bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2008.
2. Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004; 3(1): 10-16.
3. Fité B. ¿Qué modelo profesional queremos para los próximos 10 años?: los cambios necesarios [editorial]. Pharm Care Esp. 2008; 10(4): 155-156.
4. Eriksson K, Kerem K, Nilsson D. The adoption of commercial innovations in the former Central and Eastern European markets.



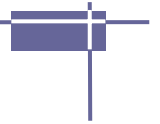
Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria

M. Ángel Gastelurrutia, M.J. Casado de Amezúa, M. Gil, M. Aránzazu Noain, C. Cristina Castrillón

Revisión

- The case of internet banking in Estonia. *Int J Bank Marketing*. 2008; 26(3): 154-169.
5. Valente TW, Davis RL. Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders. *Ann Am Acad Polit Soc Sci*. 1999; 566: 55-58.
 6. Rogers EM. Diffusion of preventive innovations. *Addict Behav*. 2002; 24: 989-993.
 7. Dualde E. Evaluación de los cursos telemáticos del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (2001-2004) [tesis doctoral]. Universidad de Granada. Granada, 2008.
 8. Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. Pharmacotherapy follow-up as an innovation in community pharmacies of Badajoz (Spain). *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2004; 3(1): 10-16.
 9. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5.ª ed. Nueva York: Free Press; 2003.
 10. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of Pharmaceutical Care in different countries. *Curr Pharm Design*. 2004; 10: 3.969-3.985.
 11. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj SJ, Castrillón CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007; 39: 465-472.
 12. Roberts AS, Hopp T, Sørensen EW, Benrimoj SJ, Chen TF, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organizational theory. *Pharm World Sci*. 2003; 25(5): 227-234.
 13. Hopp TR, Sørensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. *Int J Pharm Pract*. 2005; 13: 1-11.
 14. Roberts AS, Benrimoj SJ, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother*. 2008; 42: 861-868.
 15. Gastelurrutia MA. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2009; 31: 32-39.
 16. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SJ. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3(2): 65-77.
 17. Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española [tesis doctoral]. Universidad de Granada, 2005.
 18. Fernández-Llimós F, Silva TA. Implementation of the protocol on pharmaceutical care in diabetes in Portugal. PCNE Sixth International Working Conference on innovation in Pharmaceutical Care research. Oral communication. Vimeiro (Portugal), 4-7 de marzo de 2009.
 19. Castrillón CC, Gil de San Vicente O, Eraucetamurgil O, Gastelurrutia MA. Influence of facilitating activities taken by members of the staff of a community pharmacy to the implementation of the medication follow-up service. *Pharm Pract*. 2007; 5 Supl 1: 25-41.
 20. Castrillón CC, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Resultados clínicos de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria a los 8 meses de su inicio [póster]. *e-Farmacéutico Comunitario*. 2008; Supl: 19-45.
 21. Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la farmacia comunitaria para la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico [póster]. *Pharm Pract*. 2007; 5 Supl 1: 25-41.
 22. Farris KB, Schopflocher DP. Between intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of Pharmaceutical care. *Soc Sci Med*. 1999; 19: 55-66.
 23. Bonal J. Toda profesión tiene románticos como los que creamos la AF. *Correo Farmacéutico*. 2005; 14-20 febrero.
 24. Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp*. 2000; 2: 193-200.
 25. Lladós R. Hay que ofertar incansablemente el seguimiento farmacoterapéutico y por supuesto llevarlo a cabo. *El Farmacéutico*. 2002; 281: 48-58.
 26. De Vries H, Mesters I, Van't Riet J, Willems K, Reubsaet A. Motives of Belgian adolescents for using sunscreen: the role of action plans. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15(7): 1.360-1.366.
 27. De Vries H, Willems K, Mesters I, Reubsaet A. Skin cancer prevention behaviours during summer holidays in 14 and 18-year-old Belgian adolescents. *Eur J Cancer Prev*. 2006; 15: 431-438.
 28. De Vries H, Lezwijn J, Hol M, Honing C. Skin cancer prevention: behaviour and motives of Dutch adolescents. *Eur J Cancer Prev*. 2005; 14: 39-50.
 29. Zardain Tamargo E, López González ML. Categorización de los factores psicosociales del seguimiento farmacoterapéutico en el modelo ASE, en farmacéuticos de oficina de farmacia. *Pharm Care Esp*. 2003; 5(5): 216-225.
 30. Fernández S, López ML, Comas A, García E, Cueto A. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*. 2003; 15(1): 82-87.
 31. Zardain E, Del Valle MO, López ML, García E. Validación de un cuestionario para medir factores psicosociales a asociados al seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos españoles. *Psicothema*. 2006; 18(4): 778-784.
 32. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Proc*. 1991; 50: 179-211.
 33. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Nueva York: WH Freeman and Company; 1997.
 34. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51: 390-395.
 35. Janz NK, Becker MH. The Health belief model: a decade later. *Health Educ Q*. 1984; 11: 1-47.
 36. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Nueva York: WH Freeman and Company; 1997.
 37. Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. *Ars Pharm*. 1995; 36(2): 285-292.
 38. Resolución ResAP 2001 (2), relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp*. 2001; 3: 216-222.
 39. Canady BR. Taking the fork in the road and changing the world! *J Am Pharm Assoc*. 2006; 46(5): 546-548.

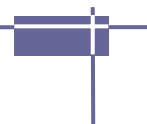
40. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F. Análisis de la opinión de farmacéuticos titulares de farmacias semiurbanas sobre la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico [póster]. e-Farmacéutico Comunitario. 2008; Supl: 19-45.
41. Casado de Amezúa MJ, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica [póster]. Ars Pharmaceutica. 2008; 49 Supl 1: 35-46.
42. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opinions of pharmacists, experts in delivering advanced cognitive services such as Medicine Management, about the lack of implementation of these services in Spain. PCNE Sixth International Working Conference on innovation in Pharmaceutical Care research [póster]. Vimeiro (Portugal), 4-7 de marzo de 2009.
43. Aguas Y. Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias [tesis doctoral]. Universidad de Granada Granada, 2005.
44. Zardain E. Factores psicosociales y proceso de cambio en farmacéuticos comunitarios españoles [tesis doctoral]. Universidad de Oviedo, 2007.
45. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. Nueva York: Quill-Harper Collins Publishers, 2002.
46. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol. 1994; 13: 39-46.
47. Berger BA, Grimley D. Pharmacists' readiness for rendering pharmaceutical care. J Am Pharm Assoc (Wash). 1997; 37: 535-542.
48. Ficke DL, Farris K. Use of the transtheoretical model in the medication use process. Ann Pharmacother. 2005; 39(7-8): 1.325-1.330.
49. Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005; 3(3): 144-149.
50. Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004; 2(2): 286-290.
51. Arroyo L, Ramos R, Puche M, March JC. Análisis de la implantación de atención farmacéutica en farmacias comunitarias [póster]. Ars Pharmaceutica. 2008; 49 Supl 1: 35-46.
52. Van Mil JWF, De Boer WO, Tromp TFJ. European barriers to implementation of pharmaceutical care. Int J Pharm Pract. 2001; 9: 163-168.
53. Herzberg F. One more time. How do you motivate employees? Harvard Business Rev. 2003.



4.2 Comunicaciones a congresos

A. Posters

- Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Percepción de un grupo de expertos sobre el facilitador prioritario resultante de un estudio sobre facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2012; 4 (supl 1): 41-110
- Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Aplicación del análisis factorial exploratorio en la priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2012; 4 (supl 1): 41-110
- Gil MI, Benrimoj SI, Cardero M, Martínez-Martínez F, Calvo B, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación del análisis factorial exploratorio. [póster 114]. *Pharm Care Esp* 2011; 13(5): 237-252
- Gil MI, Feletto E, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Calvo B, Gastelurrutia MA. Análisis factorial para la priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas [póster]. *Revista portuguesa de farmácia* 2011; Supl.V(LII); 5: 116
- Gil MI, Cardero M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Priorización de Facilitadores para la gestión del cambio en la práctica de la Farmacia Comunitaria en España. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla, octubre de 2009. *Pharm Care Esp* 2009;11 (Supl Congreso I): [Póster 51; CD-ROM]



B. Comunicaciones orales

- XI Symposium de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico (Simpodader XI), "Servicios Farmacéuticos Reales", sobre "Priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas". Santander, 2011.
- VII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica de la Fundación Pharmaceutical Care España "La salud del siglo XXI: un desafío para el farmacéutico" sobre "Priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación del análisis factorial exploratorio". Vigo, 2011.

ANEXO 5. RESUMEN TESIS

INTRODUCCIÓN

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) tiene una implantación minoritaria en las farmacias comunitarias españolas. Se han identificado facilitadores que, además de contribuir a superar las barreras que dificultan su implantación, actúan como moduladores independientes del cambio.

Por ello, dado el necesario proceso de evolución y profesionalización del farmacéutico, es preciso evaluar la importancia de los facilitadores y priorizarlos para que se puedan diseñar estrategias que ayuden a la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

OBJETIVOS

Objetivo general: Priorizar los facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

Los objetivos específicos son: elaborar un cuestionario que permita cuantificar los facilitadores para el cambio en la farmacia comunitaria española; analizar los facilitadores resultantes y agruparlos en función de su importancia; explorar la percepción de un grupo de expertos en farmacia comunitaria sobre los facilitadores priorizados y, en concreto, del facilitador más importante resultante del estudio.

MÉTODO

En primer lugar se procedió a diseñar un cuestionario utilizando el método RAND/UCLA, tomando como base los facilitadores para el cambio previamente identificados en España.

Una vez elaborado el cuestionario y confirmadas tanto la validez lógica (*face validity*), como la validez de contenido del mismo, se realizó un CATI (*Computer*

Assited Telephone Interviewing) a una muestra significativa de farmacias españolas.

Los datos resultantes se sometieron al siguiente plan de análisis: cálculo de estadísticos descriptivos, análisis bivariante, análisis de contenido a la pregunta abierta del cuestionario (Aspectos que favorecerían la implantación del SFT) y Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Mediante el AFE también se determinó la validez de constructo analizando las correlaciones múltiples entre los ítems de cada una de las dimensiones y de éstos con el total de preguntas del cuestionario. Además, este análisis permitió identificar los factores subyacentes, o latentes, entre los facilitadores identificados previamente con el cuestionario, alcanzándose un número menor de dimensiones denominadas factores.

Una vez identificados los facilitadores más importantes se procedió a realizar un Grupo Focal en el que participaron expertos, miembros de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. La información obtenida se analizó mediante un análisis de contenido.

RESULTADOS

Participaron cumplimentando correctamente el cuestionario completo 200 farmacias. La respuesta se caracterizó por ser mayoritariamente de sexo femenino (69,5%). En cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados eran titulares de farmacia (75,5%), frente a un 22% de adjuntos; el 2,5% restante contaban con un tipo de contrato de sustitución.

Las preguntas que contaron con mayor porcentaje de acuerdo fueron: la necesaria colaboración con los médicos, la necesidad de información y publicidad del SFT con campañas globales para la población general y específicas para el personal sanitario que generen una demanda real de este servicio, así como promover y publicar estudios por parte de la Universidad. Se propuso también una reestructuración de las Farmacias a nivel de espacio, nuevas herramientas informáticas y de reconocimiento del profesional farmacéutico implicado, así como una disminución de las tareas burocráticas a fin de favorecer la implantación del SFT.

En el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se obtuvieron cuatro factores: Incentivos, Campañas Externas, Experto en SFT y Profesionalidad del farmacéutico. Se concluyó que el factor más importante, para la implantación del SFT, es el de Incentivos económicos.

Con el Grupo Focal se confirmaron los resultados obtenidos con el Análisis estadístico de los resultados del cuestionario y del AFE, lo que sirvió para triangular los mismos.

CONCLUSIONES

El farmacéutico que realiza SFT necesita un reconocimiento económico o de otro tipo, por la su realización.

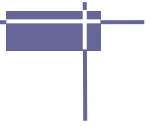
El pago por servicios supone un paso previo, imprescindible para la implantación y posterior sostenibilidad del Seguimiento Farmacoterapéutico, ya que un servicio que no es rentable, no puede mantenerse en el tiempo.

Comunicar correctamente los servicios que se realizan en la farmacia comunitaria es muy importante para que la población sea consciente de que la farmacia, además de que dispensa los medicamentos, puede ayudar a que éstos sean efectivos y seguros.

Las campañas de marketing del servicio ayudarán al resto de profesionales sanitarios a entender en qué consiste el SFT, facilitando así la imprescindible colaboración del colectivo médico.

Es necesaria la existencia de un experto en SFT que se responsabilice de la implantación y posterior provisión del servicio.

La implantación del SFT aumenta la responsabilidad y compromiso del farmacéutico como profesional sanitario, de forma que una farmacia proveedora de servicios como el SFT se muestra como un centro sanitario y no sólo como una empresa.



Modesta Inmaculada Gil García

Granada, 2013

Tesis Doctoral

PRIORIZACIÓN DE FACILITADORES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS