



# Universidad de Granada

## Facultad de Farmacia

Programa Oficial de Posgrado en Ciencias Farmacéuticas

Opinión de los Farmacéuticos Comunitarios Españoles  
sobre su Futuro Profesional y Situación Actual de las  
Farmacias en el Proceso de Difusión de las  
Innovaciones de Rogers.

Tesis Doctoral presentada por:

**María José Casado de Amezúa Sánchez**

Granada - 2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autora: María José Casado de Amezúa Sánchez  
ISBN: 978-84-9125-441-6  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/41968>



# Universidad de Granada

## Facultad de Farmacia

Programa Oficial de Posgrado en Ciencias Farmacéuticas

Opinión de los Farmacéuticos Comunitarios Españoles  
sobre su Futuro Profesional y Situación Actual de las  
Farmacias en el Proceso de Difusión de las  
Innovaciones de Rogers.

Memoria que presenta

**María José Casado de Amezúa Sánchez.**

Para aspirar al Título de

**Doctor.**

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

**Dr. D. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda.**

**Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez.**



La doctoranda María José Casado de Amezúa Sánchez 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 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, Octubre de 2015.

Director/es de la tesis

Dr. D. Miguel Ángel Gastelurrutia  
Garralda.

Prof. Dr. D. Fernando Martínez  
Martínez

Doctoranda.

María José Casado de Amezúa Sánchez



**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 *"Opinión de los Farmacéuticos Comunitarios Españoles sobre su Futuro Profesional y Situación Actual de las Farmacias en el Proceso de Difusión de las Innovaciones de Rogers"* ha sido realizado por la Licenciada D<sup>ª</sup> María José Casado de Amezúa Sánchez 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 así conste, se expide el presente certificado, en Granada, Octubre de 2015.

**Dr. D. Miguel Ángel Gastelurrutia  
Garralda.**

**Prof. Dr. D. Fernando Martínez  
Martínez**





## Agradecimientos:

A mis directores Miguel Ángel Gastelurrutia y Fernando Martínez, quienes son muy importantes para mí, gracias por su paciencia y su apoyo incondicional.

A mi familia y amigos.

A todos los participantes en el estudio, sin quienes todo esto no sería posible.



## Prólogo

Tanto a nivel nacional, como internacional, la farmacia se encuentra inmersa en un proceso de cambio orientando su actividad hacia el paciente mediante la implantación de servicios cognitivos (SC).

Por eso, parece interesante, en un momento histórico en el que la farmacia aborda problemas estructurales (en la UE hay distintas sentencias sobre el actual modelo), el estudio y análisis de la percepción de los farmacéuticos titulares que ejercen su trabajo en la Oficina de Farmacia, sobre su actividad cotidiana y sobre su futuro profesional. Conocer aspectos relacionados con la actitud y el comportamiento de aquellos farmacéuticos que no han intentado nunca implantar SC. Conocer la opinión de esa gran "mayoría silenciosa tras tanto tiempo de "bombardeo" continuo en los medios de comunicación profesional sobre la necesidad de cambio y la progresiva implantación de la AF. Conocer qué piensan, qué les parece, y si verdaderamente son conscientes de lo que se les está pidiendo cuando se les habla de la implantación del SFT. Cuál es su opinión sobre lo que leen cada día en la prensa profesional. Por qué no se deciden a implantar el SFT; cuales son sus temores y miedos. Incluso parece necesario profundizar en el sentido contrario y estudiar la situación de aquellos farmacéuticos, pocos, que han conseguido implantar el SFT de una manera generalizada en la rutina de sus farmacias y que además defienden que esto fideliza a sus clientes con el consiguiente incremento en las ventas de la farmacia y consecuente aumento de beneficios.

Es por ello que en este estudio confluyen dos teorías y por lo que se han utilizado dos métodos: Proceso de innovación-decisión de Rogers; en el que hasta que la implantación tiene lugar, el proceso ha sido estrictamente un ejercicio mental de pensamiento y decisión, ó de motivación según el modelo de motivación I-change model (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.

Aunque hay muchos estudios que demuestran la necesidad de implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), hasta el momento no se ha realizado ninguna evaluación a nivel del Estado que analice la situación en que se encuentran los farmacéuticos respecto a la implantación del servicio, utilizando el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers.

El SFT se considera una innovación y Rogers describió las fases por las que debe transcurrir toda la implantación de una innovación (Conocimiento – Persuasión – Decisión – Implantación – Mantenimiento).

El Objetivo de este estudio consiste Explorar en profundidad los motivos que explican la falta de implantación generalizada del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas, y categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers en relación a la provisión del SFT.

La presente memoria describe un estudio multimétodo que combina una metodología de investigación cualitativa con otra cuantitativa. Para conocer la opinión de los farmacéuticos se ha escogido una metodología cualitativa mediante la realización del Grupo Focal (GF) y análisis posterior de la información obtenida en el programa N-Vivo. En el que han tenido lugar 7 grupos focales con una duración aproximada de 9 horas y media y con un total de 56 participantes de diferentes zonas de España, catalogándose las farmacias por áreas (rurales, urbanas, comerciales, semi-urbanas, de costa, farmacéuticos titulares, adjuntos e innovadores).

Para categorizar las farmacias españolas se utilizó una metodología cuantitativa, en la que se utilizó un cuestionario previamente usado (Aguas 2005, Dualde 2008), con el que se realizó una encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI, a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentren trabajando en farmacias comunitarias españolas. Se realizó un Muestreo Aleatorio simple estratificado por comunidad autónoma (CCAA) con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra calculó de manera independiente, considerando un error permisible del 8% y un nivel de significación  $\alpha=0.05\%$ . Se obtuvo un tamaño de la muestra total de 1135 farmacias distribuidas por CCAA.

# Índice

- Abreviaturas.....	15
- Índice de Tablas.....	17
- Índice de Figuras.....	19
- Índice de Anexos.....	21
01.- Introducción.....	25
1.1 Introducción.....	25
1.2 Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica.....	31
1.3 Proceso de innovación-decisión (Rogers) y modelo de motivación I-change model (de Vries).....	33
1.4 Situación del proceso de adopción del Seguimiento farmacoterapéutico como innovación en España.....	33
1.5 I-Change model.....	33
1.6 Facilitadores en el I-Change model.....	45
02.- Justificación del Estudio.....	51
2.1 Justificación del Estudio.....	51
2.2 Justificación del Estudio Cualitativo.....	52
2.2.1 Idoneidad de la investigación cualitativa.....	52
2.2.2 Investigación cualitativa; Grupo focal.....	53
2.2.2.1 Técnica de Recogida de Información: Grupo Focal.....	54
2.2.2.2 Fases del Análisis de la información de los Grupos Focales.....	58
2.2.2.3 Funciones del Presentador o Moderador y observador o secretario.....	58
2.2.2.4 Fases de la técnica del Grupo Focal.....	59
2.2.2.5 Limitaciones del Grupo Focal.....	62
2.2.2.6 Ventajas del GF.....	63
2.2.2.7 Utilidad del GF.....	63
2.2.2.8 Diferencias del GF.....	64
2.2.3 Grupo Triangular.....	64
2.3.- Justificación del Estudio Cuantitativo.....	65
2.3.1 Idoneidad de la investigación cuantitativa.....	65
03.- Objetivos del Estudio.....	71
3.1.- Objetivos del Estudio Cualitativo.....	73
3.1.1 Objetivos generales.....	73
3.1.2 Objetivos específicos.....	73
3.2.- Objetivo del estudio Cuantitativo.....	75
04.- Método del Estudio.....	79
4.1.- Método del Estudio Cualitativo.....	79
4.1.1 Fases de la técnica del Grupo Focal.....	82
4.2.- Método del estudio Cuantitativo.....	86
4.2.1.- Recogida de datos.....	88
4.2.2. - Población de Estudio.....	88
4.2.3. - Diseño Muestral.....	88
4.2.4.- Tamaño Muestral.....	88
4.2.5. - Variables del Estudio.....	89
4.2.6.- Cuestionario Realizado.....	91
4.2.7.- Definición Metodología CATI.....	91
4.2.8.- Método de Trabajo seguido para la realización del CATI:.....	93
4.2.9.- Técnicas de análisis de datos.....	97
4.2.10.- Categorización en función de las respuestas.....	98

4.2.11.- Consideraciones éticas .....	99
05.- Resultados del Estudio.....	103
5.1- Resultados del Estudio Cualitativo .....	103
5.1.1 Grupo Focal Farmacéuticos Adjuntos .....	105
5.1.2 Grupo Focal Farmacéuticos Rurales .....	117
5.1.3 Grupo Focal Farmacéuticos Semi-Urbanas.....	135
5.1.4 Grupo Focal Farmacéuticos Urbanas .....	160
4.1.5 Grupo Focal Farmacéuticos Comerciales .....	170
5.1.6 Grupo Focal Farmacéuticos Innovadores .....	186
5.1.7 Grupo Focal Farmacéuticos Congreso.....	206
5.1.8 Grupo Focal: Matriz contextual de resultados agregados. ....	252
5.2.- Resultados del Estudio Cuantitativo .....	253
5.2.1.- Características sociodemográficas y profesionales de la muestra.....	253
5.2.2.- Análisis Bivariante .....	260
5.2.2.1 Variables analizadas en relación a las fases.....	264
5.2.3. Análisis de Regresión Logística.....	267
5.2.4. Validez de modelo.....	271
06.- Discusión. Estudio .....	281
6.1.- Discusión. Estudio Cualitativo .....	281
6.2.- Discusión. Estudio Cuantitativo.....	351
0.7- Conclusiones del Estudio .....	359
7.1- Conclusiones del Estudio Cualitativo .....	359
7.2- Conclusiones del Estudio Cuantitativo.....	361
0.8.- Bibliografía.....	365
0.9.- Anexos .....	383

## - Abreviaturas

**AF:** Atención Farmacéutica.

**AP:** Atención Primaria.

**ASE:** Attitude, Social Influence, Self-Efficacy. (Actitud, influencia social y auto eficacia)

**CATI:** Computer Assisted Telephoning Interviewing

**COF:** Colegio Oficial de Farmacéuticos.

**EFP:** Medicamento Publicitario.

**EFG:** Equivalente Farmacéutico Genérico

**FC:** Farmacia Comunitaria.

**FORO AF-FC:** Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria

**GF:** Grupo Focal.

**GIAF:** Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.

**MASE:** Muestreo aleatorio Simple Estratificado

**OF:** Oficina de Farmacia.

**OTC:** Over the Counter. Medicamentos de venta libre.

**PRM:** Problemas Relacionados con la Medicación

**RNM:** Resultados Negativos Asociados a la Medicación

**SC:** Servicios Cognitivos

**SFT:** Seguimiento Farmacoterapéutico

**SPD:** Servicios Personalizados de dosificación

**SPF:** Servicio Profesionales Farmacéuticos

**SPF-R:** Servicio Profesionales Farmacéuticos Remunerados.

**UGR:** Universidad de Granada

**ZAP:** Zona de Atención Personalizada





## - Índice de Tablas

Tabla	Título	Página
Tabla 1.	Proceso de innovación-decisión de Rogers.	31
Tabla 2.	Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica identificados en España.	31
Tabla 3.	Distribución de los farmacéuticos comunitarios españoles en la adopción del SFT. Comparación de diferentes estudios.	41
Tabla 4.	Resumen Lugar Grupos Focales.	79
Tabla 5.	Población total y muestra seleccionada por comunidades autonómicas	89
Tabla 6.	Preguntas para asignar la fase en que se encuentra la farmacia.	90
Tabla 7.	Preguntas Sociodemográficas y profesionales	90
Tabla 8.	Datos Demográficos de los participantes de los Grupos Focales y el Triangular	103
Tabla 9.	Descripción de la muestra. Sexo	253
Tabla 10.	Descripción de la muestra. Categoría Profesional	253
Tabla 11.	Distribución de la muestra para cada comunidad.	254
Tabla 12.	Distribución de la muestra para cada comunidad	255
Tabla 13.	Descripción de la muestra y sociodemográficos	256
Tabla 14.	Edad media y experiencia profesional de los encuestados.	257
Tabla 15.	Distribución por fases en farmacias de farmacéuticos que trabajan solos.	257
Tabla 16.	Descripción de las preguntas del Cuestionario	258
Tabla 17.	Situación de las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers.	259
Tabla 18.	Fases del Mantenimiento.	259
Tabla 19.	Porcentaje de cada comunidad en cada fase	260
Tabla 20.	¿Tiene una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio?	264

Tabla 21.	Descripción de las 2 farmacias sin ZAP que están en F5. Mantenimiento	264
Tabla 22.	Existe en la farmacia algún responsable del seguimiento.	264
Tabla 23	Situación de la farmacia según el tipo de cliente.	265
Tabla 24.	Como podríamos considerar su farmacia.	265
Tabla 25.	Situación de la farmacia según la formación en SFT.	266
Tabla 26.	Otros Factores analizados:	266
Tabla 27.	Factores asociados con la situación del farmacéutico en las fases de implantación del SFT. Factores que determinan el motivo por el que se encuentran en las fases 1, 2, 3 o pasan a las fases 4, 5	268
Tabla 28.	Fases F1, F2 y F3	269
Tabla 29	Farmacias con un mejor diagnóstico de avance de fase por Comunidades	270
Tabla 30.	Tabla de clasificación Área Bajo la Curva	272
Tabla 31.	Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers	274
Tabla 32.	Existencia de zona semi-privada adecuada para la realización del servicio.	275
Tabla 33	Tipo de farmacia en función de su ubicación: urbana o rural.	275
Tabla 34.	Tipo de farmacia en función de sus características: habitual o de paso	276
Tabla 35.	Situación de la farmacia según la formación	276
Tabla 36.	Resultados más importantes obtenidos en el programa conSIGUE	336

## - Índice de Figuras

Figura	Título	Página
Figura 1.	Proceso de innovación-decisión de Rogers	30
Figura 2.	Forma en S típica de la adopción de innovaciones.	34
Figura 3.	Categorización de los adoptadores según la teoría de la adopción de innovadores de Rogers.	35
Figura 4.	Modelo integrado del cambio [Integrated change model (I-change model)] según de Vries	36
Figura 5.	Confluencia del I- change model y el proceso de difusión-adopción de innovaciones.	39
Figura 6	Factores motivadores e higiénicos según Herzberg.	47
Figura 7.	Lugar de interacción de los Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica en el I-change model.	48
Figura 8.	Imagen Programa Nudist-Vivo®.	55
Figura 9.	Imágenes Programa Nudist-Vivo®.	56
Figura 10.	Segmentación de los participantes en los Grupos Focales.	80
Figura 11.	Selección del Equipo de teleoperadores	93
Figura 12.	Selección de teleoperadores	93
Figura 13.	Confeción del Briefing	94
Figura 14.	Formación de los teleoperadores	94
Figura 15.	Base de Datos del CATI	95
Figura 16.	Encuestas realizadas	95
Figura 17.	Realización de Encuestas	95
Figura 18.	Seguimiento y Análisis	96
Figura 19.	Categorización en función de las respuestas	98
Figura 20.	Descripción de la muestra	253
Figura 21.	Fases. Situación de las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers.	259

Figura 22.	Porcentaje de Farmacias en Fase 0	261
Figura 23.	Porcentaje de Farmacias en Fase 1	261
Figura 24.	Porcentaje de Farmacias en Fase 2	262
Figura 25.	Porcentaje de Farmacias en Fase 3	262
Figura 26.	Porcentaje de Farmacias en Fase 4	263
Figura 27.	Porcentaje de Farmacias en Fase 5	263
Figura 28.	Fase por Comunidades	271
Figura 29.	Prueba área bajo la Curva ROC	272
Figura 30.	Porcentajes de formación en SFT, en cada una de las fases.	277
Figura 31.	Modelo de modificación del comportamiento de Odedina.	319
Figura 32.	Elementos facilitadores identificados por Gastelurrutia.	332

## - Índice de Anexos

		Nº Anexo	Título	Página
Anexos Cualitativo	9.1.1 Documentación presentada en los Grupos Focales:	Anexo A. GF Adjuntos	Anexo A.1. Invitación para participar en el GF	385
			Anexo A.2. Protocolo de Investigación	386
			Anexo A.3. Guía de la entrevista	389
		Anexo B. GF Rurales	Anexo B.1. Invitación para participar en el GF	392
		Anexo C. G.F Semiurbanas, urbanas y Comerciales	Anexo C.1. Invitación Semiurbanas, urbanas, Comerciales, Innovadores y Congreso.	393
		Anexo D. GF Innovadores	Anexo D.1. Guía Entrevista GF	394
		Anexo E. GF Rurales, Semi-urbanas, Comerciales, Urbanas, Congreso, Innovadores.	Anexo E.1. Protocolo de investigación GF; Rurales, Semi-urbanas, Comerciales, Urbanas, Congreso, Innovadores.	395
	Anexo E.2. Guía entrevista GF; Rurales, Semi-urbanas, Comerciales, Urbanas, Congreso, Innovadores.		397	
	Anexo E.3. Documento de Consentimiento Informado común para todos los grupos.		401	
	9.1.2 Categorías establecidas según el Marco Teórico	Anexo F. Categorías/Nodos N-Vivo General.	Anexo F.1. Categorías Seleccionadas	402

## - Índice de Anexos

9.2 Anexos Cuantitativo		Anexo G. Cualitativo	Anexo G.1. Cuestionario. Categorización en función de las respuestas	405
			Anexo G.2. Cuestionario. Cuestionario: Datos demográficos	406
			Anexo G.3. Población total y muestra seleccionada por comunidades autonómicas. Fracción de muestreo por comunidades para un muestreo aleatorizado simple estratificado.	407
			Anexo G.4. Análisis Bivariante. Los valores máximos y mínimos por cada fase están señalados en ella. Comunidad Autónoma y Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers.	407
9.3 Artículos		Anexo H Artículos	Anexo H.1 Informe del Taller sobre Investigación Cualitativa.	408
			Anexo H.2. Pharmacy World & Science	409
			Anexo H.3. Aula de la farmacia	410
			Anexo H.4. Pharmaceutical care	411
9.3 Póster a Congresos		Anexo I Posters	Anexo I.1. Póster Adjuntos	412
			Anexo I.2. Póster Rurales	413
			Anexo I.3. Póster Semi-urbanas	414
			Anexo I.4. Póster Innovadores	415
			Anexo I.5. Póster Innovadores	416
			Anexo I.6. Póster 7 Grupos Focales	417
			Anexo I.7. Póster 7 Grupos Focales	418
			Anexo I.8. Póster Cuantitativo	419
9.3 Comunicaciones a Congresos			Publicaciones en Revistas	420
			Comunicaciones y Ponencias Presentadas A Congresos	421

## Introducción del Estudio

---





## 01.- Introducción

### 1.1 Introducción

La farmacia lleva años inmersa en un proceso de cambio<sup>1</sup>. Desde que en los años 60 comenzara la farmacia clínica, está teniendo lugar un proceso de evolución profesional que fundamentalmente se basa en pasar de entender el medicamento como el centro y objetivo único de la profesión a ocuparse de los pacientes que utilizan medicamentos.<sup>2</sup>

Un hito importante en este caminar fue la publicación hace ya más de veinte años del *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care* firmado por los profesores Hepler y Strand.<sup>3</sup> En dicho artículo se define una nueva filosofía de la práctica.<sup>4</sup> Desde entonces todos los organismos e instituciones relacionadas con la farmacia, tanto nacionales como internacionales,<sup>5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup> han manifestado que la práctica profesional de los farmacéuticos, ejerzan en el entorno asistencial que ejerzan, debe basarse en dicha filosofía. La puesta en práctica de la Atención Farmacéutica (AF) se debe hacer mediante la implantación progresiva de diferentes servicios cognitivos (SC) del farmacéutico.<sup>15</sup>

En España, un paso muy importante en el devenir de la profesión farmacéutica ha sido el logro del documento de consenso de Foro de Atención Farmacéutica. Foro ha definido y operativizado la Atención Farmacéutica como la práctica profesional del farmacéutico para atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación mediante la realización de la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico.<sup>11</sup> Por tanto, estos dos servicios cognitivos deberían adquirir una importancia fundamental y constituirse en componentes básicos y obligatorios de la actividad asistencial cotidiana de los farmacéuticos.

Sin embargo, y a pesar de las recomendaciones de todas las instituciones y organismos profesionales a que se ha hecho referencia antes, la implantación y sostenibilidad de los servicios cognitivos en general sigue siendo muy escasa.<sup>1</sup>

Se han desarrollado muchos programas para implantar el Seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y se han publicado muchos trabajos con los resultados que se pueden obtener mediante su práctica.<sup>16,17,18,19,20,21,22,23</sup> Sin embargo, ni la dispensación se hace como se debería hacer, ni el SFT está implantado en un número mínimo de farmacias y atendiendo a un número suficiente de pacientes. Además, aunque para solucionar el problema, se está trabajando mucho en mejorar la dispensación,<sup>24,25,26</sup> se está dejando el servicio de seguimiento en un segundo plano, aún cuando su implantación es lo que supone el cambio cualitativo en la práctica del farmacéutico, el cambio de paradigma del ejercicio profesional del farmacéutico.<sup>27,28</sup> Esto es así porque el medio para alcanzar los objetivos que persigue la Atención Farmacéutica consiste en la evaluación de los resultados de la farmacoterapia, lo que se consigue con el seguimiento farmacoterapéutico.<sup>15</sup> Mientras ambos servicios no se encuentren implantados de una manera más o menos generalizada, en un porcentaje de farmacias suficiente, no se producirá la visibilidad necesaria ante la sociedad<sup>29</sup> ni, por tanto, se podrán evaluar de una manera amplia los beneficios que aportan.

La realidad de la profesión es bien diferente a la que las recomendaciones de las organizaciones e instituciones farmacéuticas propugnan. Siendo cierto un innegable avance y ciertas mejoras profesionales, no lo es menos que los farmacéuticos comunitarios españoles, como colectivo, siguen avanzando hacia una mayor "*mercantilización*" de su actividad. Esta es la visión que trasciende a la sociedad; "para el gran público una farmacia es una tienda donde se venden medicamentos."<sup>30</sup>

Cada vez se está produciendo una mayor atención a los aspectos relacionados con la venta de productos, incluidos los medicamentos. Este hecho viene apoyado por varios motivos. Por un lado se da la paradoja de que se está produciendo un desabastecimiento de ciertos medicamentos en las farmacias como consecuencia de la actitud de los laboratorios fabricantes para, según ellos, tratar de frenar la exportación paralela de medicamentos, además de la subasta de medicamentos de la Junta de

Andalucía. Por otra parte, cada vez son más los farmacéuticos que defienden la necesidad de mejorar exclusivamente la dispensación dejando la implantación del seguimiento farmacoterapéutico para estadios posteriores.<sup>31,32</sup> Esto, al final, supone mejorar los aspectos relacionados con la entrega de medicamentos y su utilización, olvidando que, en realidad, lo que el paciente necesita y la novedad que aporta la atención farmacéutica, es la evaluación de los resultados de los medicamentos, lo que se consigue a través del seguimiento farmacoterapéutico.<sup>15</sup>

Como consecuencia de estos aspectos relacionados con la actitud de los farmacéuticos, a los que se puede añadir la sensación que manifiestan de "crisis económica" de la Oficina de Farmacia debido a las continuadas disminuciones de los precios de los medicamentos, y consecuencia de la aplicación de los reales decretos que limitan los beneficios de las farmacias en función del volumen de venta,<sup>33,34,35,36</sup> los farmacéuticos siguen orientando cada vez más su actividad a aumentar las ventas de otros productos alternativos a la venta de medicamentos. Esto viene perfectamente expresado en el siguiente comentario: "*Hasta los años 90, la farmacia estuvo muy estable. Era un lugar en el que se expendían medicamentos y no se le pedía mucho más, pero desde entonces las cosas han cambiado mucho. Hoy, la farmacia es un punto de venta con un espacio en el que se venden fármacos, pero también tiene otros en los que se vende salud, se vende bienestar, etc., y, atendiendo a esta evolución, hay que saber cómo mostrar, exponer e informar sobre todo ello*".<sup>37</sup> En dicho comentario se pretende expresar, como algo positivo, la evolución que está teniendo lugar en la farmacia contemporánea hacia su transformación en un establecimiento de "venta de salud, o de bienestar". Sin embargo, lo que se promociona con el concepto de "venta de salud" es la venta adicional de productos de parafarmacia o pseudofarmacéuticos.<sup>38</sup>

Otros autores van más allá y 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 – sanitario*".<sup>39</sup>

Sin embargo, también es cierto que existe un colectivo de farmacéuticos, pequeño, que, siguiendo las directrices de las organizaciones profesionales nacionales e internacionales, sigue trabajando en la implantación de la Atención Farmacéutica en su acepción integral,<sup>40</sup> es decir, mediante la mejora del servicio de Dispensación y la implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Se trata de una tarea difícil y su generalización sigue siendo lenta.

En este sentido, se ha trabajado sobre las barreras que impiden la implantación, diseminación y sostenibilidad de los servicios cognitivos (SC).<sup>41</sup> Más recientemente y desde un abordaje más positivo, se ha comenzado a estudiar los elementos facilitadores que pueden ayudar a superar dichas barreras, a la vez que pueden ser elementos moduladores del cambio en sí mismos.<sup>42, 43</sup>

Clásicamente se ha asociado la falta de implantación de estos servicios a la falta de actitud de los farmacéuticos, la no obligatoriedad de su realización, a la falta de tiempo, de pago por su realización, etc.<sup>44, 45, 46</sup> Pero quizás merezca una mención aparte, la falta de necesidad real de implantarlos. En una situación de pago en función de un porcentaje por la venta de medicamentos a los farmacéuticos no les parece necesario cambiar la práctica cotidiana, incluso aunque las instituciones así lo sugieran. Los ingresos de los titulares de las farmacias provienen de la venta de productos, incluyendo en este concepto tanto los ingresos derivados de la dispensación de medicamentos como de la venta de otros artículos (parafarmacia).

Esta puede ser una explicación de por qué aunque cada día se habla más de Atención Farmacéutica en la prensa profesional, y a pesar de que se transmite la impresión de que toda la profesión apoya la Atención Farmacéutica, en realidad no se está produciendo un cambio real, sustancial. Esto se pone de manifiesto al analizar las reformas de las farmacias, siempre orientadas a mejorar el marketing de producto y los sistemas de merchandising y gestión, a ampliar las zonas de exposición de productos de parafarmacia, a mejorar los escaparates, a incorporar aparatos de "vending" en el exterior de las farmacias, etc....

Además la implantación de servicios no remunerados, como el SFT, supone una dedicación a otras actividades diferentes de las que generan ingresos económicos reales, un esfuerzo económico de recursos y de tiempo y en muchos casos la incompreensión de otros agentes, ya sean los propios pacientes, o la administración u otros agentes sanitarios.

Queda patente, por tanto, una divergencia entre la práctica cotidiana generalizada y sus tendencias hacia el futuro, de lo que se puede denominar "la mayoría silenciosa" de los farmacéuticos comunitarios, y las directrices emanadas por las organizaciones profesionales.

Como hemos comentado anteriormente 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, Foro de Atención Farmacéutica<sup>11</sup> ha propuesto la implantación de tres servicios fundamentales: la Dispensación, la Indicación Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico. 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 último,<sup>47</sup> hasta el punto que, cuando se hace referencia a la provisión de dicho servicio, se afirma que es necesario "un nuevo farmacéutico".<sup>48</sup>

El Seguimiento Farmacoterapéutico se define como el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), para la prevención y 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 paciente.<sup>11</sup>

El proceso de adopción de una innovación, sea del tipo que sea, ha sido ampliamente descrito y utilizado en diferentes sectores,<sup>49,50</sup> incluido el

sanitario<sup>51</sup> y, más concretamente, el relacionado con la farmacia comunitaria.<sup>47,52</sup>

Según Rogers<sup>53</sup> 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, que se desarrolla en la tabla 1, consiste en un proceso mental, continuado en el tiempo, en el que el individuo (o cualquier otra unidad de toma de decisiones) pasa (1) de un primer conocimiento de la innovación, (2) a formarse una actitud hacia la misma, (3) que le lleva a adoptar o rechazar la innovación, (4) a implantar la misma, y (5) finalmente, a confirmar la decisión.

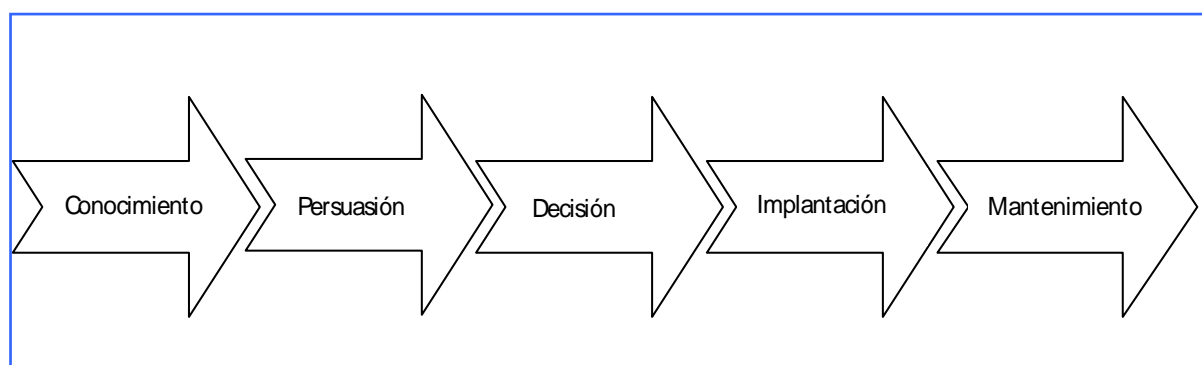


Figura 1. Proceso de innovación-decisión de Rogers.

Se trata de un proceso por el que puede transcurrir un individuo, por ejemplo el farmacéutico titular, o una unidad de adopción u organización, por ejemplo, el equipo de una farmacia.

La adopción de una innovación es, en la mayoría de los casos, un proceso lento.<sup>53</sup> 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 mundo.<sup>1,54</sup> Se han estudiado las barreras que dificultan o impiden el cambio.<sup>55</sup> También se han descrito y analizado elementos facilitadores que además de ayudar a superar las barreras, actúan como operadores independientes de dicho cambio.<sup>43,56,57,58</sup>

Tabla 1. Proceso de innovación-decisión de Rogers.

1º Conocimiento	Se recibe información sobre la innovación y se comprende su funcionamiento
2º Persuasión	Desarrolla una actitud favorable o desfavorable hacia la innovación
3º Decisión de adoptar – Adopción – Rechazo	Decide que va a adoptar o que no va a adoptar la innovación (en esta fase se puede producir un rechazo de la innovación o su adopción)
4º Implantación	Comienza la adopción de la innovación y se inicia la implantación de la misma
5º Confirmación	Se evalúan los resultados obtenidos tras la implantación y si ésta se mantiene implantada o se ha producido un rechazo de la misma

## 1.2 Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica

Un facilitador es cualquier tipo de elemento (material o inmaterial) que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar la diseminación, implantación y/o sostenibilidad de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.<sup>15</sup> En España se han identificado 12 facilitadores para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria (Tabla 2).<sup>59</sup>

Tabla 2. Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica identificados en España.

Facilitadores	
Farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de formación asistencial. Tanto en el pregrado como en el postgrado.</li> <li>• Necesidad de mensajes claros e inequívocos sobre el futuro profesional.</li> <li>• Cambio en la actitud de los farmacéuticos. Asunción de la necesidad de cambio.</li> </ul>
Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Necesidad de modificar la estructura de las farmacias: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mayor tamaño de la farmacia.</li> <li>– Mayor número de profesionales farmacéuticos.</li> <li>– Existencia de zonas de atención personalizada.</li> </ul> </li> </ul>
Profesión farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Consejo General de Colegios Farmacéuticos debe asumir el liderazgo en la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.</li> <li>• Se deben disminuir las tareas administrativas que suponen una sobrecarga de trabajo.</li> <li>• La universidad debe acercar la formación y la investigación a la práctica farmacéutica; es imperiosa la necesidad de obtener evidencia científica sobre la efectividad y la eficiencia de estos servicios.</li> </ul>
Administración sanitaria, médicos y pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es preciso dar a conocer los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria a la sociedad, a la Administración sanitaria y al colectivo médico.</li> <li>• Es preciso mejorar las relaciones entre los farmacéuticos y los médicos</li> </ul>

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 que el farmacéutico comunitario pueda ejercer algún tipo de influencia sobre ellos (facilitadores internos) o no (facilitadores externos).<sup>53</sup>

Son facilitadores internos aquellos que, 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. Algunos ejemplos son, 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 a nivel más institucional, y en general se encuentran fuera del alcance de la actuación de las farmacias individuales. Son ejemplos de este tipo de facilitadores 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 alcanzadas han sido bastante negativas, ya que no se ha conseguido la implantación generalizada del seguimiento.<sup>60</sup> Sin embargo, otros autores han descrito buenos resultados en la implantación de dicho servicio mediante la utilización de facilitadores internos, cuando estos se han utilizado en una farmacia concreta, aun cuando no haya existido compensación económica.<sup>61,62</sup>

Estas discrepancias pueden deberse a que es preciso utilizar los 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 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 juega un papel fundamental a la hora de organizar las actividades que en dicha organización se realizan<sup>63</sup> y, por tanto, a la hora de 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. Todo ello recordando que las actuaciones o estrategias para alcanzar el cambio no pueden ir orientadas exclusivamente al farmacéutico como individuo,<sup>64</sup> siendo esto último importante.

### **1.3 Proceso de innovación-decisión (Rogers) y modelo de motivación I-change model (de Vries).**

Ya se ha dicho 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. Esta tiene una forma, ya clásica, en S que se muestra en la figura 2.<sup>53</sup> 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 crítico.<sup>53</sup>

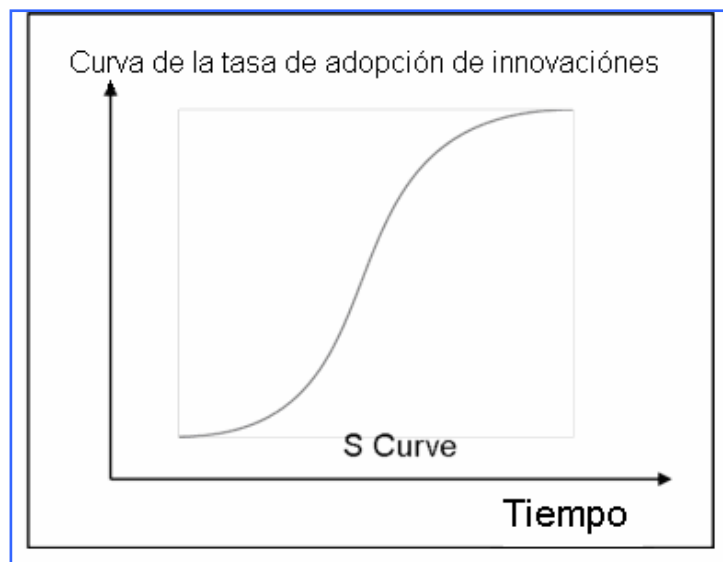


Figura 2. Forma en S típica de la adopción de innovaciones.

Rogers, tras estudiar los procesos de difusión de innovaciones afirma que dicho número se suele situar entre el 15 y el 20% de implantación.<sup>53</sup> Bonal, en relación con la implantación de la Atención Farmacéutica, y basándose en su experiencia con la implantación de la farmacia clínica, estableció el número crítico en el porcentaje del 20-25% de farmacéuticos realizando actividades de Atención Farmacéutica para, a partir de ahí, conseguir una implantación generalizada y convertirse en un “escaparate” ante la sociedad.<sup>65</sup> Plaza y Díez afirman que según el Instituto Peters de Minnesota, debería ser suficiente con que este porcentaje ronde el 10%.<sup>66</sup> En una entrevista realizada al Dr. Hepler, este profesor americano afirmaba que porcentajes de tan sólo el 5% de farmacéuticos realizando Pharmaceutical Care, no pasan de ser una mera promoción, siendo a partir del 10% cuando comienza lo que puede denominarse autogeneración; a partir de ahí, y una vez alcanzado el 15% de implantación, es cuando puede comenzar a considerarse que la innovación se implantará.<sup>67, 68</sup>

Los primeros 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:

1. innovadores (*innovators*); el 2,5%
2. adoptadores tempranos (*early adopters*), el 13,5%
3. mayoría inicial (*early majority*), el 34%
4. mayoría lenta (*late majority*), el 34%
5. los rezagados (*laggards*), el 16%. Figura 3

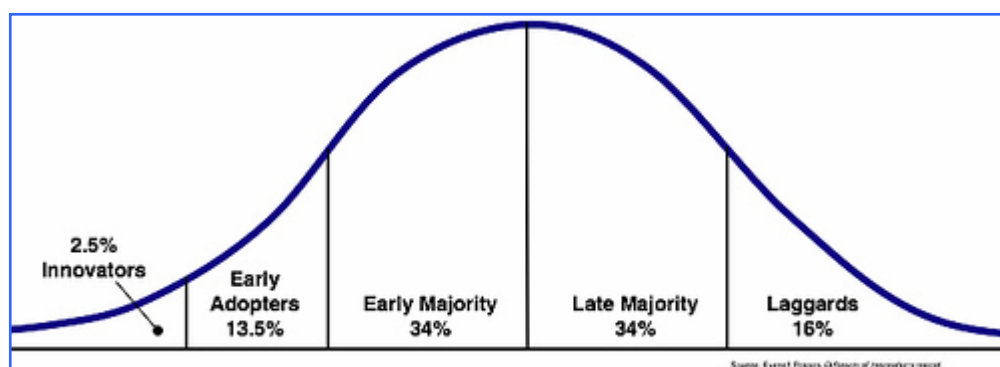


Figura 3. Categorización de los adoptadores según la teoría de la adopción de innovadores de Rogers. <http://babakbagheri.com/2009/10/>  
Libro Rogers pg 281

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 y colaboradores en la Universidad de Maastricht (Figura 4).<sup>69,70, 71, 72</sup>

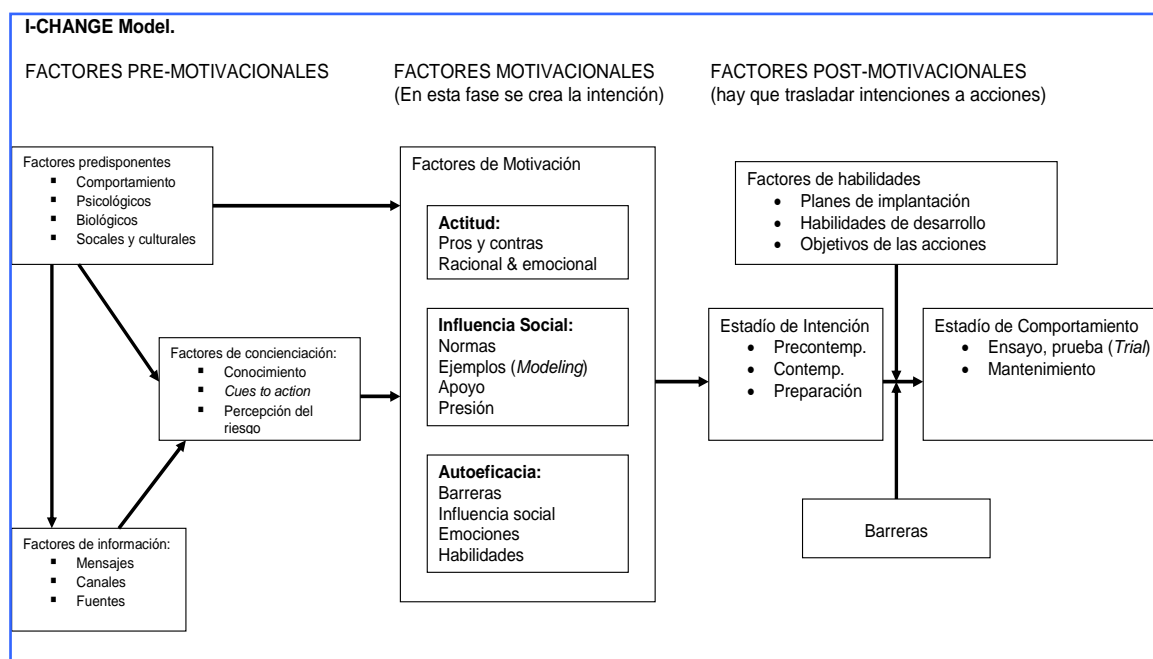


Figura 4. Modelo integrado del cambio [Integrated change model (I-change model)] según de Vries.

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*,<sup>70, 73, 74</sup> acrónimo de Actitud, Influencia Social y auto Eficacia. El modelo ASE consistía en la integración de la teoría del comportamiento planificado de Ajzen (*Ajzen's Theory of Planned Behavior*),<sup>75</sup> la teoría cognitiva social de Bandura,<sup>74</sup> el modelo transteórico de Prochaska,<sup>76</sup> el modelo de las creencias en salud (*Health Belief Model*)<sup>77</sup> y otras teorías basadas en el establecimiento de objetivos concretos. El *I-change model* complementa los factores motivadores con unos factores pre motivacionales y otros post motivacionales.

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: (1) 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). (2) 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. (3) La autoeficacia (*Self-efficacy*)<sup>74</sup> 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 hace referencia a lo capacitados que piensan que están los farmacéuticos para poder proveer este servicio.

Una vez que el individuo se motiva y, como consecuencia, se llega al estado de "*intención de actuar*" entran en juego algunos factores postmotivacionales como son (a) las barreras que 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 (b) otros relacionados con sus habilidades para implantar el servicio como por ejemplo la 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 (pre-motivacionales) que, en cierto modo, influyen sobre los factores motivacionales, como por ejemplo: factores de concienciación, factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y de información.

Los factores premotivacionales tienen una gran importancia, ya que son factores 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*).

A este nivel, 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,<sup>78, 79</sup> o sobre los posibles problemas con los que puede enfrentarse la profesión si ésta no cambia.<sup>80</sup>

Por último, es importante identificar señales que ayuden a los farmacéuticos a comenzar a avanzar en el proceso de motivación; señales que se pueden recibir asistiendo a congresos o conferencias en las que otros compañeros presenten resultados del servicio, acudiendo a actividades formativas, o simplemente, viendo cómo otros compañeros realizan el servicio en la rutina de sus farmacias.

Una vez que el individuo alcanza la fase de "intención de cambiar", es decir, cuando el individuo decide implantar el seguimiento, se llega a lo que el *I-change model* denomina fase post-motivacional. En esta fase se deben traducir las "intenciones" en "acciones", para lo que se requieren diferentes estrategias preparatorias que faciliten el que se planeen y realicen los cambios en el comportamiento.

Precisamente en este punto confluyen la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers y el *I-change model*., como se observa en la figura 5. 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.

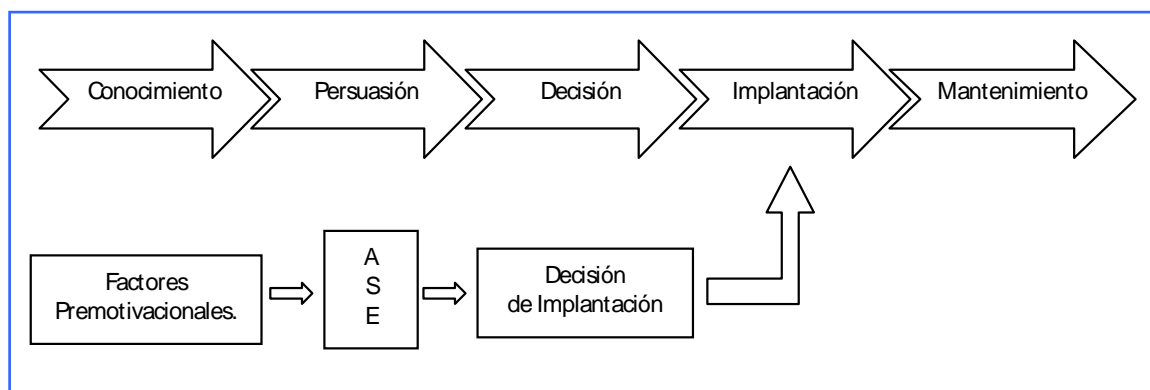


Figura 5. Confluencia del I- change model y el proceso de difusión-adopción de innovaciones.

#### 1.4 Situación del proceso de adopción del seguimiento farmacoterapéutico como innovación en España.

En nuestro país no existen muchos datos que muestren en qué estadio del proceso de adopción de innovaciones se encuentran los farmacéuticos comunitarios. 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 SFT.<sup>81, 82, 83</sup> Por tanto, se puede afirmar que 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 innovación-adopción de Rogers son los descritos por Aguas Y.<sup>84</sup> y Dualde E.<sup>52</sup> que se analizarán más adelante. Existe otro estudio, también muy interesante, pero que utiliza otro modelo para estratificar la situación de los farmacéuticos comunitarios ante la

implantación del SFT. Se trata del trabajo de Zardain E.<sup>85</sup> que aplica el modelo de los estadios del cambio de Prochaska.<sup>76, 86</sup>

Este modelo, también denominado modelo transteórico del cambio,<sup>76,87</sup> se desarrolló para explicar, predecir y, en su caso, ayudar a cambiar diversas conductas humanas relacionadas con comportamientos adictivos, como el tabaco, alcohol o uso de drogas. Después ha sido aplicado con éxito en la adopción individual de conductas saludables<sup>87</sup> y gran variedad de situaciones incluida la práctica del *Pharmaceutical Care*<sup>88</sup> o el proceso de uso de los medicamentos.<sup>89</sup>

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 seis 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 seguimiento farmacoterapéutico 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 profesional.<sup>47</sup>

Este desconocimiento también fue puesto de manifiesto por Hidalgo<sup>90</sup> que constata que el 87,9% de los farmacéuticos de la ciudad de Granada desconocen el significado real del concepto de seguimiento farmacoterapéutico. Paradójicamente, el 93,8% de los farmacéuticos afirman desear que dicho servicio se implante en las farmacias. Para completar el cuadro, el 72,3% de los farmacéuticos entrevistados "creen" que están realizando seguimiento farmacoterapéutico sin conocer en qué consiste dicho servicio. Este desconocimiento sobre el servicio del seguimiento



farmacoterapéutico ha sido constatado también por otros autores que lo sitúan en el 91%<sup>91</sup> 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,<sup>90,92</sup>

En base a estos comentarios, y con todas las reservas, para su comparación, en la tabla 3 se ha equiparado la fase “anterior al conocimiento” de Rogers con la de precontemplación de Prochaska.

Tabla 3. Distribución de los farmacéuticos comunitarios españoles en la adopción del SFT.  
Comparación de diferentes estudios.

	Anterior Al Conocimiento	Conocimiento	Persuasión	Decisión 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

Estos valores, deben ser interpretados 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 seguimiento” llega casi al 30%, cifra que en una provincia en la que se había realizado una fuerte campaña de promoción y formación desde el colegio, sigue siendo elevada. Por su parte, la selección de muestra del estudio de Dualde se realizó entre farmacéuticos que habían asistido a unos cursos de formación en seguimiento farmacoterapéutico por medios telemáticos. A pesar de ello, casi un 4% desconocía en qué consiste el servicio. Debido al objetivo específico del estudio de Zardain, probablemente ofrezca la cifra más generalizable a nivel nacional, confirmando cifras de farmacéuticos que desconocen el seguimiento, o al menos que no tienen ninguna intención de

aplicarlo, superiores al 50%. Los valores de la tabla 3 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%, aún cuando en ninguno de los estudios se definió la variable "realización del servicio de seguimiento farmacoterapéutico". 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 de Dualde el 50% de los que afirmaron "realizar Seguimiento Farmacoterapéutico" no llegaban a diez pacientes, sin que se pueda precisar cuántos tenían. 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 por Arroyo et al.<sup>93</sup> 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 seguimiento farmacoterapéutico sino el registro, de cualquier tipo, de intervenciones farmacéuticas, que es un concepto mucho más amplio que la práctica de seguimiento. Aún 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 concluían que la implantación de la Atención Farmacéutica es un proceso 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 seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia. No parece lo mismo tener 1 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 poner el corte? ¿Cuántos pacientes y durante cuánto tiempo?

## 1.5 I-Change model

El *I-Change model* incluye tres grupos de factores que influyen en el cambio de comportamiento: los **factores pre-motivacionales** (factores de concienciación), que a su vez influyen en otros **factores motivacionales**, concretamente la Actitud, la influencia social y la autoeficacia de Bandura (ASE model), y una vez que el individuo se motiva y, como consecuencia, se llega al estado de "intención de actuar" entrando en juego algunos factores **postmotivacionales**. Figura 4

### *a-. Factores pre-motivacionales (factores de concienciación):*

En la fase pre-motivacional. La gente debe entender y asumir su comportamiento de riesgo. En esta fase son importantes los factores predisponentes, el conocimiento, la percepción de riesgo y los posibles impulsos o fuerzas precipitantes que induzcan a la acción (cues for action).

- factores de concienciación
  - "Cues to action" (desencadenantes para la acción)
    - o La formación ¡no lo es!
    - o Quizás, asistir a congresos o conferencias...
  - Conocimiento:
    - o No hace referencia al conocimiento o formación clínico-asistencial, sino:
      - Problema respecto al futuro de la farmacia
      - Futuro del ejercicio / papel del farmacéutico asistencial
      - Conocimiento de las recomendaciones de las instituciones internacionales.
- Percepción del riesgo
  - o El farmacéutico no parece sentir ningún temor (no aprecia ningún riesgo) sobre su futuro profesional. Tan sólo se queja de las progresivas reducciones en el margen comercial y "sigue" los asuntos de Bruselas pero orienta sus actividades hacia un mayor mercantilismo (vender más para ganar más) en lugar de orientarlas hacia la defensa de sus derechos profesionales

(implantación de nuevos servicios (SFT), prescripción farmacéutica, etc.)

***b-. Factores motivacionales:***

Los factores motivacionales vienen determinados por varios factores distales (pre-motivacionales) como por ejemplo: factores de concienciación, factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y de información.

Esta fase está relacionada con el ASE-model. Es en esta fase donde se conforma la "intención". Es decir, el individuo se encuentra motivado. Y una vez que el individuo se motiva y, como consecuencia, se llega al estado de "intención de actuar" entran en juego algunos factores postmotivacionales como son las barreras que se encuentra el farmacéutico a la hora de "querer implantar el servicio" y otros relacionados con sus habilidades para implantar el servicio como por ejemplo la elaboración de planes de implantación, habilidades de desarrollo y establecimiento de los objetivos de sus acciones.(figura xx) Integrated change model (I-change model)

***c-. Factores Post-motivacionales:***

En la fase post-motivacional se debe traducir las "intenciones" en "acciones", para lo que se requieren diferentes acciones preparatorias que facilitaran que se planeen y realicen los cambios en el comportamiento.

## 1.6 Facilitadores en el *I-change model*.

En resumen, el *I-change model* 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 comunitarias.

Como ya se ha dicho anteriormente, 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 posibilidad de intervención del farmacéutico comunitario: facilitadores internos y externos.<sup>58</sup>

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. El lugar que ocupan en el *I-change model* se muestra en la figura 7. Estos facilitadores, ajenos a la acción desde la farmacia, deberían ser utilizados como factores motivacionales. Alguno como la asunción del liderazgo del cambio por parte del Consejo General, parece que ya comienza a producirse,<sup>11</sup> mientras que otros como la mejora de las relaciones entre médicos y farmacéuticos no están en su mejor momento, al menos a nivel corporativo.

Por su parte, los **facilitadores internos** podrían actuar a nivel postmotivacional, contribuyendo en la puesta en marcha de planes de implantación que, ya ha sido dicho, 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 el farmacéutico ha alcanzado la fase de "intención de realizar SFT", para afrontar el paso más difícil de dar. Algunos ejemplos 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 estudio o compra de material y equipos informáticos, etc.<sup>58</sup> (Figura 7)

Habitualmente se cita como la mayor barrera para la implantación del servicio la falta de pago por el mismo.<sup>94</sup> Hay muchos autores que defienden que el dinero no es un buen motivador, sino que se trata de una 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<sup>95</sup> (Figura 6) denomina factores higiénicos o de mantenimiento.<sup>96</sup> Por ello, este facilitador actuaría a dos niveles, como factor premotivacional y, en ciertos casos, como motivacional por ejemplo favoreciendo el cambio de actitud (pros) del titular. (Figura 7)

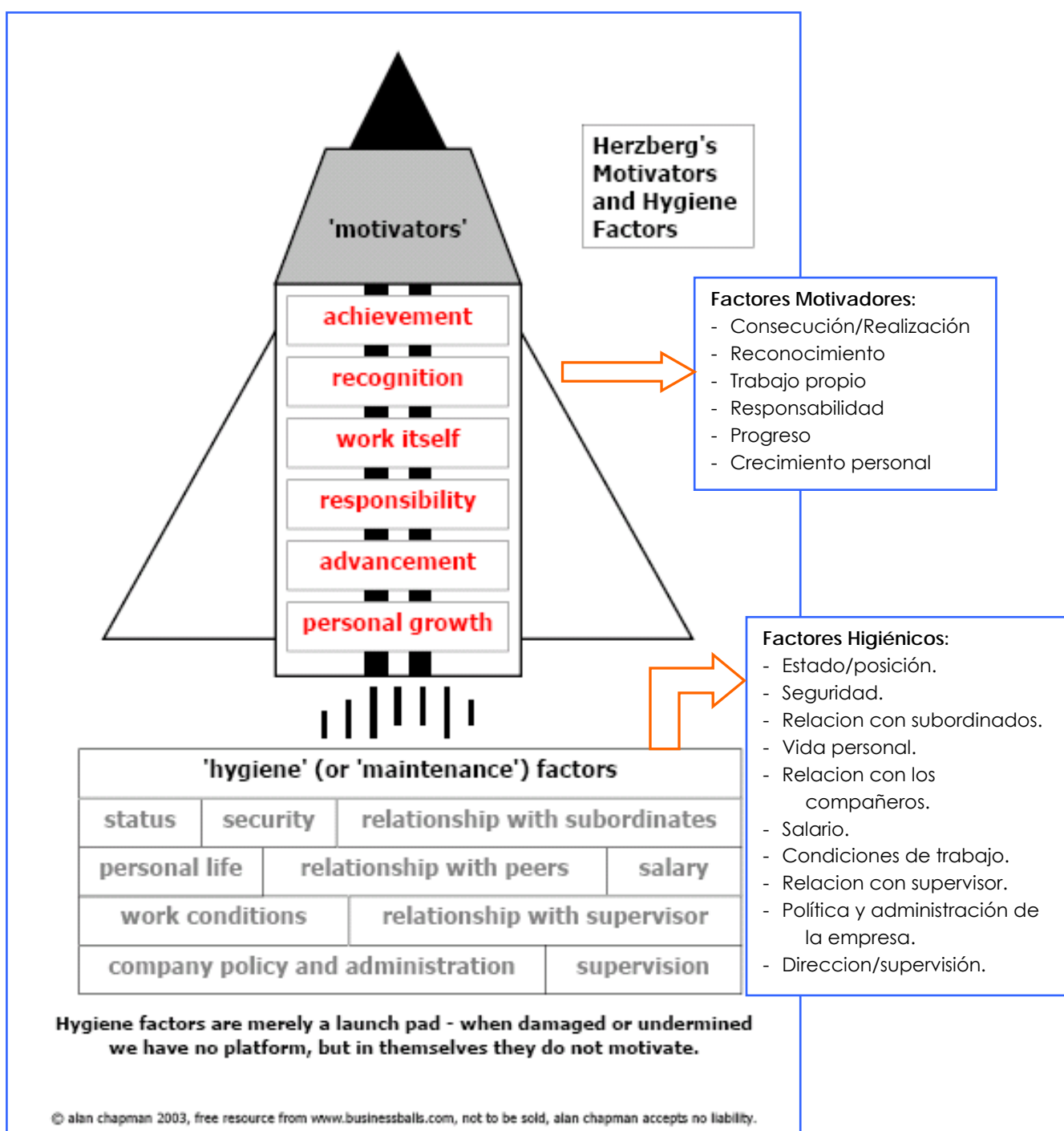


Figura 6: Factores motivadores e higiénicos según Herzberg.

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.

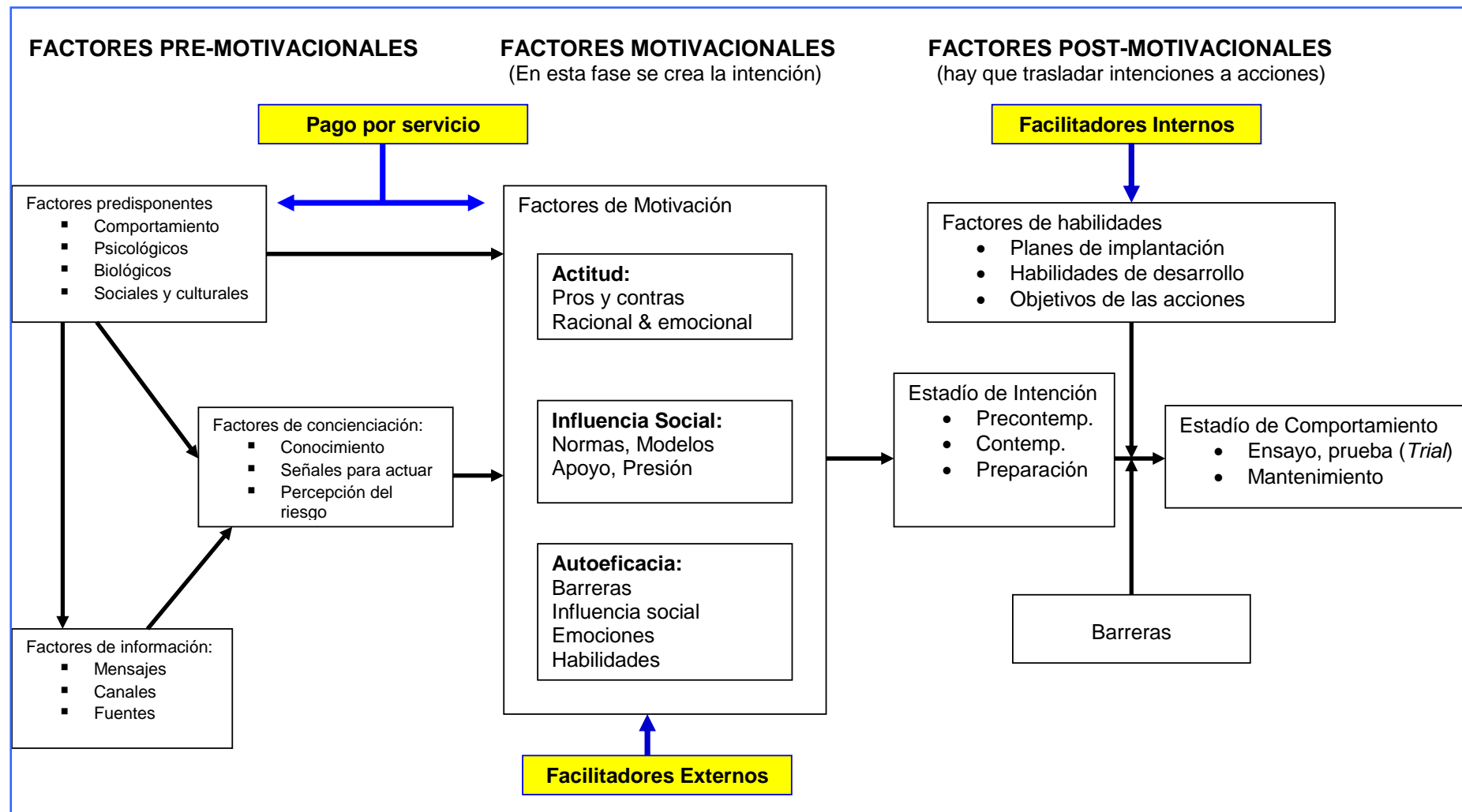


Figura 7. Lugar de interacción de los Facilitadores para el cambio de la práctica farmacéutica en el I-change model.



## Justificación del Estudio



## 02.- Justificación del Estudio

### *2.1 Justificación del Estudio*

Ya se ha descrito la escasa implantación de SPF que existen en España. Por ello parece importante estudiar aspectos relacionados con la actitud y el comportamiento de aquellos farmacéuticos que no han intentado nunca implantar SC. Farmacéuticos que, en términos cuantitativos, son los más frecuentes y que siguen trabajando inmersos en un modelo tradicional orientado a la venta de productos, entre los que se incluyen los medicamentos. Es necesario conocer la opinión de esa gran "mayoría silenciosa" tras tanto tiempo de "bombardeo" continuo en los medios de comunicación profesional sobre la necesidad de cambio y la progresiva implantación de la AF.

Más concretamente parece interesante conocer qué piensan, qué les parece, y si verdaderamente son conscientes de lo que se les está pidiendo cuando se les habla de la implantación del SFT. Cuál es su opinión sobre lo que leen cada día en la prensa profesional. Por qué no se deciden a implantar el SFT; cuáles son sus temores y miedos; si estarían dispuestos a vender menos parafarmacia para sentirse más profesionales y seguir avanzando hacia la implantación del SFT; si en la situación actual se sienten cómodos como "vendedores de lujo", ya que son profesionales universitarios que, junto al producto entregado, ofrecen consejos e información, como quien acude a una perfumería o una tienda de electrodomésticos.

Otro aspecto interesante a analizar es la diferencia de actitud y comportamiento entre los titulares de las farmacias y los adjuntos.<sup>92</sup> Aspectos relacionados con la autonomía con que cuentan los adjuntos para implantar diferentes SC sin la autorización del titular; cuáles son las prioridades en la farmacia (atender la venta, a los delegados, revisar los pedidos,...) y quien las marca; quién debe realizar el servicio de seguimiento; con qué medios de estructura, tiempo, etc.... debe contar un adjunto para poder desarrollar su trabajo, etc....

Por último, también parece necesario profundizar en el sentido contrario y estudiar la situación de aquellos farmacéuticos, pocos, que han conseguido implantar el SFT de una manera generalizada en la rutina de sus farmacias y que además defienden que esto fideliza a sus clientes con el consiguiente incremento en las ventas de la farmacia y consecuente aumento de beneficios.

Por todo ello se plantea un abordaje primero cualitativo con el fin de explorar las opiniones citadas para después tratar de cuantificar la implantación real de un servicio profesional, el SFT, en España.

## ***2.2 Justificación del Estudio Cualitativo***

### ***2.2.1 Idoneidad de la investigación cualitativa***

La investigación cualitativa se basa en el desarrollo de conceptos que nos ayuden a comprender los fenómenos sociales en medios naturales, dando importancia a las intenciones, experiencias y opiniones de los participantes. En definitiva su objetivo principal es llegar donde otros métodos no llegan, tratando de responder acerca de la interacción humana y de su interpretación, así como de comprender el comportamiento real de las personas y lo que realmente quieren decir cuando describen sus costumbres, actitudes y comportamiento. La investigación cualitativa es un método inductivo, lo que significa que va de la observación a la hipótesis.<sup>97</sup>

La investigación cualitativa es un tipo de investigación basado en paradigmas diferentes (naturalismo, constructivismo) a los de la investigación cuantitativa (positivismo). En la investigación cuantitativa se busca conocer la "verdad" desde el punto de vista más objetivo posible. Para ello se diseñan proyectos de investigación en los que se intenta que el investigador interfiera lo menos posible en el proceso, se calcula el tamaño de muestra y se analizan los resultados con técnicas estadísticas que suelen

permitir generalizar los resultados obtenidos. En este tipo de investigación el protocolo de investigación no se puede modificar en ningún momento.

Sin embargo hay muchos aspectos a los que este tipo de abordaje no puede dar respuesta. Si se estudia el efecto de un tratamiento para dejar de fumar se podrá concluir que el mismo es más o menos efectivo y que un porcentaje de pacientes deja de fumar al utilizarlo. Pero cuando queremos analizar por qué los que no han dejado de fumar no lo han hecho, nos vemos obligados a utilizar otro tipo de investigación, la cualitativa.

Es una investigación basada en el hecho de que la "verdad" es subjetiva y que depende de cómo la abordemos obtendremos unos resultados u otros. Aunque ha habido grandes discusiones tratando de enfrentar ambos abordajes, cuantitativo y cualitativo, actualmente es posible afirmar que son dos investigaciones complementarias.

De una manera muy simple, quizás excesivamente reducida, se puede afirmar que la investigación cuantitativa permite conocer el "cuánto" y el "cómo" mientras que, cuando queremos estudiar los "porqués", o analizar las percepciones, vivencias, subjetividad, creencias, etc. de las personas, la mejor metodología suele ser la cualitativa.

### ***2.2.2 Investigación cualitativa; Grupo focal.***

Es un método de obtención de información propio de la **investigación cualitativa**. Consiste en una discusión organizada, con un grupo seleccionado de individuos, **para obtener información** sobre sus visiones y experiencias, respecto a un asunto concreto. Un grupo de individuos seleccionados y reunidos por los investigadores, se reúne para discutir y comentar, desde la experiencia personal, el asunto sujeto a investigación.<sup>98</sup>

### *2.2.2.1 Técnica de Recogida de Información: Grupo Focal*

En primer lugar se envía una carta a los participantes que se han escogido, y se espera respuesta o se les llama telefónicamente para ver si están interesados.

Una vez que se han seleccionado los participantes para los grupos , unos días antes se les envía un documento a los miembros, donde se incluye una carta explicativa, un breve protocolo de investigación y el consentimiento informado, para que lo traigan debidamente cumplimentado, el día de la reunión.

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 un corto espacio de 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, median 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. Por lo que para garantizar dicha confidencialidad de los datos, los participantes deben firmar un documento de consentimiento informado.

Aunque hay muchas posibilidades de análisis el más frecuente suele ser el análisis de contenido. Para el análisis textual de las transcripciones de los grupos focales se suele utilizar un programa informático de procesador de textos, como por ejemplo el programa Nudist-Vivo®.

Con este programa se pueden codificar los documentos, realizar búsquedas de mayor a menor grado de complejidad, buscar palabras, agrupar frases por categorías, etc...

En definitiva, estos programas facilitan y simplifican el trabajo pero, a diferencia de lo que muchos creen, no “realizan el análisis” que sigue siendo una tarea compleja que debe realizar el equipo investigador. Finalmente se redactan los resultados y las conclusiones.<sup>99,100</sup>

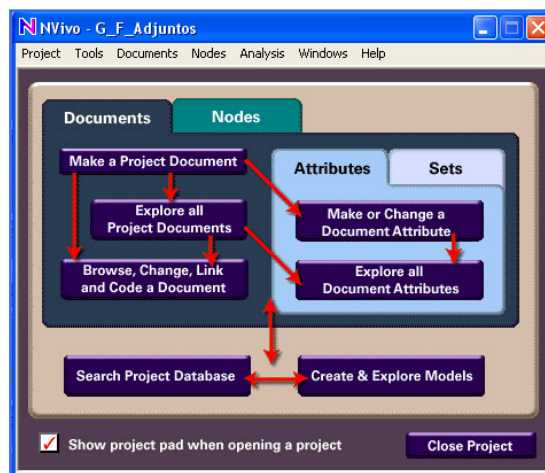


Figura 8. Imagen Programa Nudist-Vivo®.

Para utilizar el Nudist se tendrá que transcribir íntegramente en un procesador de textos, el contenido de las cintas donde se hayan recogido la información.

Después se leen minuciosamente las transcripciones, se crean las categorías relacionadas naturalmente con el marco teórico escogido para el análisis, y se introducen en el programa Nudist, donde poco a poco se irán categorizando todas las opiniones vertidas por los participantes del grupo focal.<sup>101</sup>

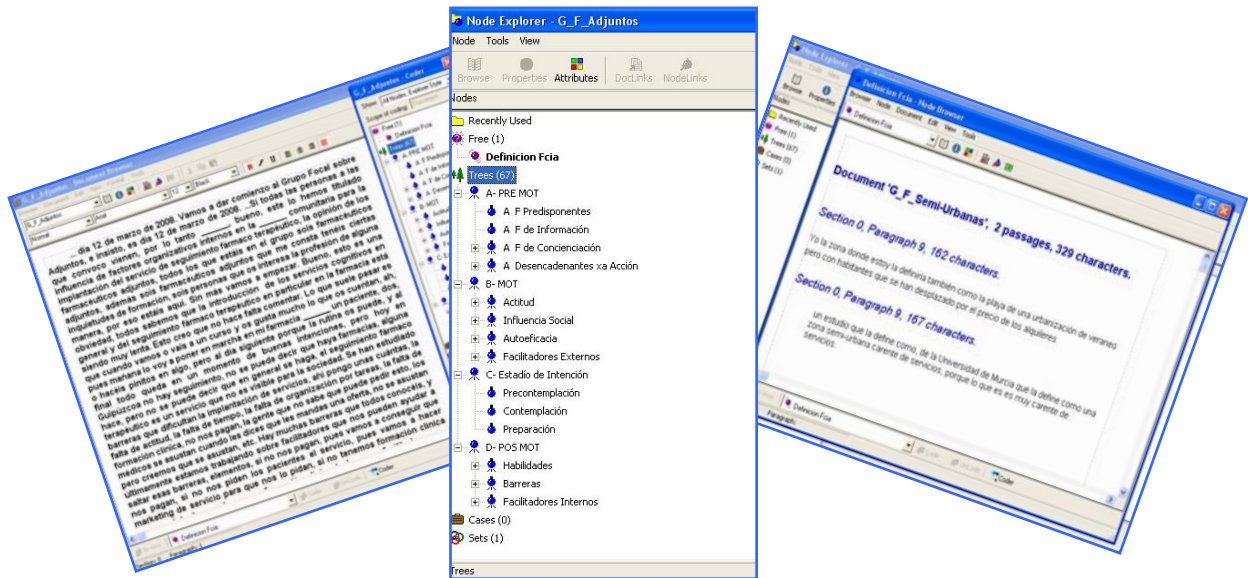


Figura 9. Imágenes Programa Nudist-Vivo®.

Una vez obtenido el fichero resultante de la categorización de la transcripción se estudian los datos obtenidos y finalmente se hace una matriz contextual donde se ven reflejados todos los Grupos Focales que se han realizado.

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. Para cada objetivo se elegirá lo que en investigación cualitativa se denomina un “método de obtención de información”. En el caso del Grupo Focal se trata de un método que ofrece la mayor cantidad y versatilidad de información en el menor espacio de tiempo, a diferencia de otras técnicas como por ejemplo la entrevista u otras reuniones grupales.

En este tipo de proyectos de investigación cualitativa no es importante ni el tamaño de muestra, ni la definición de las variables, ni la generabilidad de los resultados. Más bien, el investigador se implica personalmente en la investigación, y se seleccionan los participantes en función del interés de la



información que puedan ofrecer. Para ello, para seleccionar los informantes que participarán en el Grupo Focal (participantes), se utilizan técnicas de "selección intencionada", bien por el conocimiento del equipo investigador o utilizando informantes claves externos que proporcionan pistas sobre a quién incluir en el estudio.

Antes de realizar el Grupo Focal y teniendo en cuenta el marco teórico, la revisión previa sobre el tema de investigación y los objetivos perseguidos, se realiza un guión de la entrevista, que tiene una gran importancia porque va a consistir en el eje por el que circulará la reunión y en la que se basará el moderador del grupo.

En resumen, Un Grupo Focal consiste por tanto en una reunión de un grupo de personas que puede aportar la información que interesa al equipo investigador. Suelen ser entre 8 y 12 personas que se reúnen con el moderador de la reunión y un secretario u observador. 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. Es con esta información con la que posteriormente el investigador debe realizar el análisis de la información obtenida y escribir sus resultados y conclusiones. Por tanto, la reunión es tan sólo una parte, la correspondiente al trabajo de campo, del Grupo Focal.

### ***2.2.2.2 Fases del Análisis de la información de los Grupos Focales.***

1. Transcripción literal de las grabaciones
2. Lectura preliminar de las transcripciones.
3. Elaborar el guión de las categorías.
  - a. Nombre de la categoría de análisis
  - b. Descripción de la información que se va a incluir bajo esa categoría
  - c. Abreviatura de la categoría. (código que se va a introducir en el texto)
4. Codificación de las transcripciones
  - a. Dividir el texto en fragmentos (unidades de análisis básicas)
  - b. Asignar a cada fragmento categorías temáticas
5. Análisis del contenido de las transcripciones.
  - a. Análisis del contenido de cada grupo focal
  - b. Análisis del contenido de categorías.
6. Elaboración del informe final.<sup>102</sup>

### ***2.2.2.3 Funciones del Presentador o Moderador y observador o secretario.***

Las funciones adjudicadas al presentador o moderador son las de controlar y dirigir la dinámica del grupo, controlar el tiempo de la reunión, orientar al grupo hacia la tarea centrándose en el tema, seguir el guión establecido según el marco teórico utilizado.<sup>102</sup> Recibir a los participantes, hacer que la reunión sea distendida y que todos los participantes colaboren con la aportación de sus opiniones, controlar que no destaque ningún miembro del grupo que haga de dominante, anotar la información verbal o gestual que considere más relevante. Además el moderador deberá ser una persona interactiva pero nunca debe dar su opinión frente una pregunta, debe tener un orden flexible de prioridades, es decir si al hacer una pregunta el tema se enfoca en otra pregunta que se hará más adelante, se deberá

dejar continuar con el debate y no realizar la pregunta si ya ha sido contestada, debe saber llegar más allá<sup>103</sup> de la superficie del tema de discusión, explorar las opiniones vertidas durante la reunión para concretar y fijarse en el detalle, y ser capaz de descubrir nuevos temas de importancia para la investigación surgidos en el grupo, así como utilizar un vocabulario fácil y comprendido por todos.

Las funciones adjudicadas al observador o secretario son las de recibir y colocar a los participantes, comprobar el funcionamiento de los medios audiovisuales (o técnicos) que se van a utilizar, en este caso se utilizó una grabadora convencional, y al igual que el moderador tomar notas de la información que sea considerada como más significativa.

Una vez terminado el grupo focal, ambos moderador y observador comentaran el desarrollo de la reunión y recapitularan la información recogida en el "diario de observación", donde ambos han ido anotando las observaciones más significativas del grupo. Asimismo es muy importante que las anotaciones y comentarios registrados por el moderador y secretario no se basen en opiniones propias de los mismos, sino en las de los participantes.

#### *2.2.2.4 Fases de la técnica del Grupo Focal.*

Una vez que tenemos diseñada nuestra guía de preguntas o entrevista semiestructurada, y que hemos diseñado un breve protocolo de la investigación, continuaremos con el siguiente orden:

a) Antes de que tenga lugar el Grupo focal:

1. Selección de los participantes.
2. Enviarles a los participantes una carta de presentación
3. Una vez que han aceptado participar, se les envía;
  1. Una carta de invitación indicando el día, la hora y el lugar donde tendrá lugar la reunión.
  2. Un breve protocolo
  3. Consentimiento informado para que lo firmen.

b) Durante el Grupo focal:

1. Preparación de la Técnica o Introducción:

- a. El moderador y secretario llegaran con tiempo suficiente para:
  - i. Comprobar los medios técnicos que se van a emplear en la reunión.
  - ii. Preparar copias de los consentimiento informados (por si a algún participante se le olvida traer el suyo ya firmado),
  - iii. Adaptar la sala, es decir en colocar las sillas en forma de círculo para que la reunión sea más distendida y todos los participantes se vean con facilidad.
- b. Recepción de los participantes; se recibe a los invitados y se les acompaña a la sala donde tendrá lugar la reunión. Una vez en ella irán tomando asiento.
- c. Por cortesía y para que todos los participantes lleguen a tiempo se espera un tiempo prudencial, unos 15 minutos, antes de que comience el grupo, ya que una vez comenzado el mismo los participantes que lleguen con retraso no se podrán incorporar al mismo, teniendo que abandonar la sala donde se esté realizando la reunión.

NOTA: el número mínimo de participantes para el Grupo Focal es de 6, con menos miembros la reunión se debe cancelar.

2. Presentación

- a. El moderador se presenta y presenta al secretario.
- b. Se agradece a los participantes su asistencia y colaboración.
- c. Se explican;
  - i. El propósito general de la investigación que vamos a realizar.
  - ii. Las normas y pautas que se van a seguir.
  - iii. En qué consiste un grupo focal
  - iv. Como va a ser la dinámica del grupo
  - v. Se recuerda que la reunión va a ser grabada.
  - vi. Resaltar la confidencialidad.

3. Desarrollo:

- a. Se comienza con la presentación de los participantes, para así romper el hielo.
- b. a continuación se van planteando los temas; de los más sencillos a los más complicados, comprometidos o específicos.
- c. El moderador deberá:
  - i. Mostrar una actitud activa y cuidar la comunicación no verbal, por ejemplo, manifestando interés o motivación.
  - ii. Tener flexibilidad y reflejos para nuevos temas.
  - iii. Moderar para que los participantes no dominen la reunión.
  - iv. utilizar un estilo de comunicación que no sea enjuiciador.
  - v. aceptar el ritmo de la reunión.
  - vi. controlar las interrupciones
  - vii. hacer un breve resumen de lo que se ha respondido antes de comenzar con otra pregunta.

4. Clausura o Despedida y Cierre:

- a. Indicar la duración que ha tenido, así como la hora de fin.
- b. Hacer un resumen de los temas principales
- c. Se comenta la utilidad, relevancia y valoración de los temas expuestos.
- d. Recordar la confidencialidad que se ha firmado.
- e. Agradecer de nuevo la disponibilidad y participación de los miembros.

### *2.2.2.5 Limitaciones del Grupo Focal*

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 vivencias y sensaciones, los resultados no son generalizables. 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 determinarse, 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.
9. Análisis complejo.

Sin embargo aporta grandes ventajas ya que es relativamente rápido en el tiempo y barato de organizar; 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.

### *2.2.2.6 Ventajas del GF*

- Interacción entre los participantes.
- Rápido
- Poco costoso
- Llega donde otros métodos no pueden
- Es útil para desarrollar instrumentos de medida adecuados para la población diana.
- Carácter interactivo y flexible.
- Utiliza términos propios de los participantes.
- Mayor participación y por lo tanto más autoconfesión
- Se generan ideas
- Flexibilidad para abordar nuevos temas.

### *2.2.2.7 Utilidad del GF*

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

### *2.2.2.8 Diferencias del GF*

Frecuentemente se confunde el grupo focal con el grupo de discusión, la principal diferencia se basa en que la técnica del grupo focal está estructurada en un guión de temas similar a una entrevista semiestructurada, es decir se trata de preguntas abiertas, donde los comentarios de dichas preguntas pueden ser más amplios. Por ello se puede decir que es una conversación cuidadosamente planeada, que está diseñada para obtener información de un área definida de interés en un ambiente permisivo.

### *2.2.3 Grupo Triangular*

La utilidad y técnica de este tipo de grupos es muy similar a la de los grupos focales, la diferencia es que en lugar de tener entre seis y doce participantes en este tipo de grupos solo se trata con un máximo de cuatro participantes y un mínimo de tres.

Estos grupos de trabajo tienen una dinámica más interactiva y crítico-productiva, ya que al ser tan pocos los participantes las opiniones que se deriven de la reunión darán lugar a una mayor discusión, y por tanto a conflictos y disensos entre los demás participantes. En este tipo de técnica los participantes tenderán a ser más individuales y por consiguiente no llegaran a consenso como en el caso de los grupos focales, en los que al haber más participantes es habitual que más de uno piense de forma parecida. Además en el grupo Triangular cada sujeto es incluso inducido a expresar sus opiniones y exponer sus diferencias frente al resto de miembros, pudiendo así producir nuevos discursos, que obviamente el moderador deberá ir reconduciendo el tema según lo establecido en la guía previamente diseñada.<sup>104</sup>



## 2.3.- Justificación del Estudio Cuantitativo.

### 2.3.1 Idoneidad de la investigación cuantitativa

Tanto a nivel nacional, como internacional, la farmacia se encuentra inmersa en un proceso de cambio orientando su actividad hacia el paciente mediante la implantación de servicios cognitivos.<sup>105</sup> 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).<sup>10,11,12</sup>

El SFT es un servicio de AF en el que el farmacéutico, mediante la evaluación continuada de la farmacoterapia y de los problemas de salud de un paciente, pretende conseguir que los medicamentos utilizados sean efectivos y seguros. Para ello es necesaria la colaboración del paciente y la coordinación con el resto de profesionales del equipo de salud, fundamentalmente de los médicos.<sup>11</sup> El SFT probablemente sea el servicio más efectivo de los tres servicios citados aunque, como ocurre en otros lugares<sup>54,106,107</sup>, todavía no se encuentra implantado en España.<sup>1, 108</sup>

Además, es posible entender este servicio como una innovación<sup>47,107</sup> definida como “una idea, práctica u objetivo que es percibida como nueva por un individuo o unidad de adopción,”<sup>109</sup> por lo que, a continuación se analizan, siquiera brevemente, los procesos de implantación de las innovaciones y su relación con la Farmacia Comunitaria.

El proceso de adopción de una innovación, sea del tipo que sea, ha sido ampliamente descrito y utilizado en diferentes sectores,<sup>110,111</sup> incluido el sanitario<sup>51</sup> y, más concretamente, el relacionado con la farmacia comunitaria.<sup>112,113</sup> Según Rogers<sup>109</sup> la implantación de una innovación no es sino uno de los pasos del proceso que dicho autor denomina de decisión-innovación (*innovation-decision process*) y que se muestra en la figura 1.

Consiste en un proceso mental, continuado en el tiempo, en el que el individuo (o cualquier otra unidad de toma de decisiones) en primer lugar toma contacto con la innovación y adquiere un conocimiento sobre la misma (*fase de conocimiento*). A partir de dicho conocimiento pasa a formarse una actitud hacia la innovación, favorable o no, (*fase de persuasión*) que le lleva a tomar la decisión sobre si adoptar o rechazar la innovación (*fase de decisión*). Una vez se toma la decisión de adoptar la innovación, el paso siguiente y, probablemente el más difícil en el caso del SFT<sup>14</sup>, es el de implantar la misma (*fase de implantación*) para finalmente confirmar la decisión elegida en el tiempo (mantenimiento).

Este marco es importante ya que la identificación de las fases en las que se encuentran las farmacias facilitaría que la profesión pueda comprender tanto el nivel del servicio real que se presta a la sociedad, como el conocimiento que sobre dicho servicio tienen los farmacéuticos. Esto adquiere más relevancia si se plantea un análisis estratégico de las necesidades y capacidades de la farmacia ante posibles negociaciones con la Administración Sanitaria.

En España, a partir de los resultados preliminares de un estudio exploratorio, es posible afirmar que son muchos los farmacéuticos comunitarios que se encuentran en una fase incluso anterior a la del conocimiento del SFT; es decir, parece que son muchos los farmacéuticos que desconocen en qué consiste y cuáles son los procedimientos, objetivos e indicadores del SFT.<sup>81,82,83 115, 116, 117, 118</sup>

En una revisión de las diferentes estrategias para impulsar la adopción del SFT en las Farmacias Comunitarias españolas<sup>14</sup> se destacaba la escasez de estudios que analizan la situación de las farmacias en cuanto a la implantación de los servicios de AF en general y del SFT en particular. Se señalaba que los únicos datos cuantitativos disponibles sobre la situación de los farmacéuticos a nivel general son los de Zardain et al<sup>19</sup> que estratifican la situación de los farmacéuticos comunitarios ante la implantación del SFT siguiendo el modelo de Prochaska.<sup>76,86</sup>

Este modelo, también denominado “modelo transteórico del cambio”<sup>76,86</sup> se desarrolló para explicar, predecir y, en su caso, ayudar a cambiar diversas conductas humanas relacionadas con comportamientos adictivos, como el tabaco, alcohol o uso de drogas. Después ha sido aplicado con éxito en la adopción individual de conductas saludables<sup>86</sup> y otra gran variedad de situaciones, incluida la práctica del Pharmaceutical Care<sup>88</sup> o el proceso de uso de los medicamentos.<sup>89</sup> Es un modelo que explica los cambios a nivel individual a diferencia de la teoría de Rogers que puede explicar la implantación de innovaciones por individuos o por “unidades de adopción” es decir, por organizaciones como la farmacia.

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 farmacéutico lo conoce. Esto debe entenderse como una limitación ya que no siempre el farmacéutico que afirma conocer el servicio lo conoce de verdad.<sup>82,117</sup> Zardain obtuvo cifras de farmacéuticos en “mantenimiento”, es decir, que decían haber implantado el SFT y lo seguían realizando, del 10,1%. Esta cifra coincidía con las obtenidas por March et al,<sup>120</sup> que también rondaban el 10% aunque su variable consistía en el “registro de cualquier tipo de intervención farmacéutica”, concepto mucho más amplio que el de SFT.

Sin embargo, al ser el SFT una innovación, parece más adecuado que su adopción e implantación sean analizadas siguiendo un marco teórico como el de la teoría de la implantación de innovaciones de Rogers.<sup>121</sup> El proceso de la figura 1 lo deberá recorrer un individuo, por ejemplo el farmacéutico titular, o una unidad de adopción u organización, por ejemplo, el equipo de una farmacia.



## Objetivos del Estudio



## 03.- Objetivos del Estudio

Explorar en profundidad los motivos que explican la falta de implantación generalizada del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas, y categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers en relación a la provisión del SFT.





## 3.1.- Objetivos del Estudio Cualitativo

### 3.1.1 *Objetivos generales*

Explorar en profundidad los motivos que explican la falta de implantación generalizada del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

### 3.1.2 *Objetivos específicos*

1. Explorar en profundidad la opinión de los farmacéuticos comunitarios españoles sobre la necesidad de implantar el seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas.

1.a Explorar la actitud y el comportamiento de los farmacéuticos comunitarios, tanto titulares como adjuntos, que no han implantado el seguimiento farmacoterapéutico en sus farmacias, respecto a la implantación del seguimiento, en diferentes tipos de farmacia.

1.b Explorar las razones para la no adopción del SFT o para la "intención de implantar el servicio" de los farmacéuticos, ya sean titulares o adjuntos, en diferentes tipos de farmacia.

1.c Explorar la opinión sobre las ventajas de la implantación del seguimiento farmacoterapéutico, de farmacéuticos que han implantado, de una manera rutinaria y con éxito, dicho servicio.

2. Estudiar las prioridades en el trabajo diario de la farmacia y los criterios para el establecimiento de las mismas, en diferentes tipos de farmacia.

3. Explorar el conocimiento e interpretación de los farmacéuticos comunitarios españoles sobre la atención farmacéutica y el SFT.

3a. Explorar la opinión de los farmacéuticos comunitarios españoles sobre los mensajes favorables a la implantación del seguimiento provenientes de los medios de comunicación profesional y organizaciones o instituciones farmacéuticas.

4. Explorar la disposición a actuar sobre “facilitadores internos”– modificables – en la farmacia comunitaria española.

## 3.2.- Objetivo del estudio Cuantitativo

Categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers en relación a la provisión del SFT.



**Método del Estudio**

---



## 04.- Método del Estudio

El estudio que se presenta en esta memoria consiste en un estudio multimétodo,<sup>122</sup> en el que para los objetivos 3.1.1 y objetivos específicos 3.1.2 se utilizó un método cualitativo consistente en la realización de varias reuniones grupales, mientras que para abordar el objetivo 3.2 se utilizó una metodología de encuesta, cuantitativa.

### 4.1.- Método del Estudio Cualitativo

- Diseño: Investigación cualitativa
- Ámbito: farmacia comunitaria española
- Periodo:

Tabla 4. Resumen Lugar Grupos Focales.

Grupo Focal.	Lugar
Adjuntos	San Sebastián
Rurales	Granada
Innovadores	Málaga
Semi-Urbanas	Murcia
Urbanas	Madrid
Comerciales	Marbella
Congreso	Sevilla

- Población de estudio: farmacéuticos comunitarios españoles que hayan implantado o no, el seguimiento farmacoterapéutico
- Papel dentro de la farmacia: Farmacéutico Titular / Farmacéutico Adjunto.
- Entorno de la farmacia: Farmacias Rurales (menos de 20.000 habitantes), Comerciales, Urbanas (más de 20.000 habitantes) y farmacias Semi-Urbanas de costa (entre 5.000 y 20.000 habitantes).

- Técnica de recogida de información: Grupo focal y Grupo triangular.

Se organizaron varios grupos focales, al menos uno por segmento de farmacia.

- Segmentación de los participantes (figura 10):

Los participantes se segmentaron tal como se muestra en la figura 10.

Se realizaron diferentes grupos focales en función de que el farmacéutico fuese titular o adjunto. Al elegir los participantes en el grupo focal compuesto por farmacéuticos adjuntos, se pretendió que fuesen farmacéuticos motivados a implantar el seguimiento farmacoterapéutico y que no encuentran apoyo del titular.

En cuanto a los titulares e realizaron varios grupos focales en función del tipo de farmacia que dirigían. Estas, se clasificaron de acuerdo con su localización geográfica segmentándolas en rurales, urbanas, farmacias cuyo aspecto y estructura es eminentemente comercial, farmacias situadas en centros comerciales, en zonas de playa, etc.

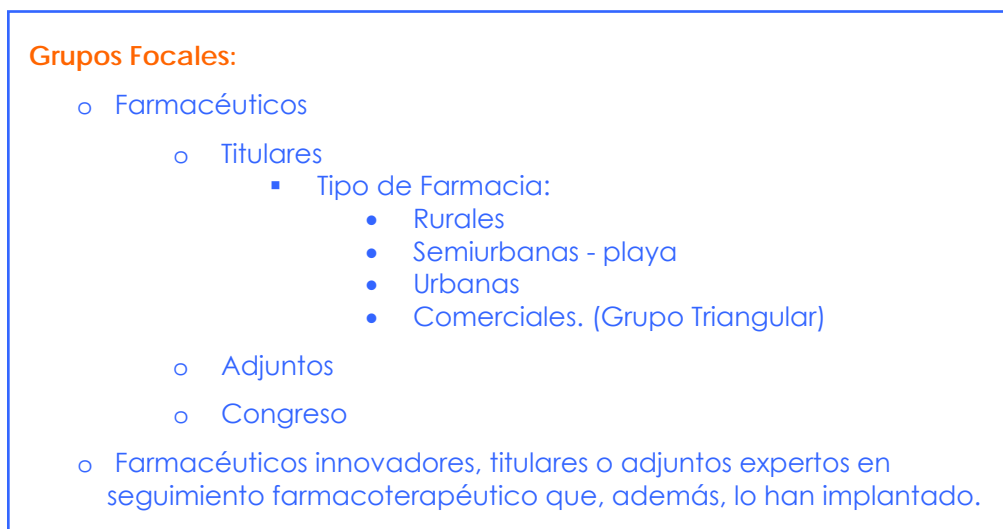


Figura 10. Segmentación de los participantes en los Grupos Focales.



En muchas farmacias se contaba con farmacéuticos con una proyección comercial importante, en función de diferentes criterios relacionados bien con recientes reformas de farmacia con amplia zona de exposición, bien por su pertenencia a asociaciones empresariales, etc., y que, en ningún caso, ofrecen el servicio de seguimiento farmacoterapéutico a sus clientes.

- Selección de informantes.

La búsqueda y selección de la muestra de los participantes del grupo focal que se hizo con farmacéuticos adjuntos, se realizó utilizando la técnica de selección intencionada, eligiéndose farmacéuticos guipuzcoanos que se caracterizaban por una alta participación en las actividades formativas organizadas por el Colegio de Farmacéuticos de Guipúzcoa. Junto a ellos, participaron en el grupo focal un coordinador y un secretario. Sin embargo para la realización de los demás grupos focales de farmacéuticos titulares se acudió a los Colegios Oficiales de las diferentes provincias donde se iban a llevar a cabo; Murcia, Granada, Madrid, Málaga, donde nos pusieron en contacto con la muestra representativa que pertenecía al grupo focal de farmacéuticos titulares Semi-Urbanos de Costa, Rurales, Urbanas, Comerciales e Innovadores, junto a ellos también participaron una moderadora y un secretario.

El GF denominado como "Congreso" se refiere a: Durante la celebración del VI Congreso de Atención Farmacéutica se organizó con una intención exclusivamente didáctica un Taller con el objetivo de explorar la Percepción de los farmacéuticos sobre su futuro profesional en Atención Farmacéutica. Entre los inscritos al taller y dada la inoperatividad de un grupo de discusión con un número de participantes elevado, se planteó la realización del Grupo con un número entre 8 y 12 personas elegidas al azar. El resto permaneció en silencio, escuchando y observando el desarrollo del grupo.

### ***4.1.1 Fases de la técnica del Grupo Focal.***

A modo de facilitar los pasos seguidos en la metodología utilizada, se ha dividido ésta en tres fases; antes del grupo Focal (GF), durante el GF, después del GF.

**Antes de la reunión grupal:** En primer lugar y según nuestros objetivos diseñamos una guía de preguntas o entrevista semiestructurada que nos sirvió como apoyo en el momento de realizar el grupo focal (Anexos A.3, D.1 y E.2). Además escribimos un breve protocolo de la investigación (Anexos A.2 y E.1) que ayudó a los participantes a comprender en qué consistía el proyecto, pero sin desvelar qué se iba a hablar durante la entrevista. También se escribió una carta o invitación (Anexos A.1, B.1 y C.1) solicitando su participación en el proyecto, y se adjuntó una carta de consentimiento informado (Anexo E.3), que se les facilitó a los participantes para que la firmasen, confirmando así que en todo momento se iba a respetar la confidencialidad y que en ningún momento se podrán relacionar las opiniones expresadas durante la reunión con su persona.

Una vez que preparamos el material, se hizo la selección de los participantes y como anteriormente se ha comentado, la selección se hizo en función al entorno y la segmentación establecidos. Elegidos los participantes se les llamó por teléfono con el objetivo de plantearles la posibilidad de su colaboración y ver la disponibilidad. Confirmados los participantes, a continuación se les envió una carta donde se les recordaba dicha conversación telefónica, se les indicaba la fecha, hora y lugar donde iba a tener lugar la reunión. Además, se les adjuntaba el breve protocolo y el documento de consentimiento informado para que lo firmasen y lo llevaran a la reunión.

**Reunión grupal:** Este es el día en el que tiene lugar la reunión. A continuación se detallan los pasos que, moderador y secretario, siguen:

1. Preparación de la Técnica: Llegan a la sala donde tendrá lugar la reunión.

- a. El moderador y secretario llegan con bastante antelación para:
  - i. Comprobar la sala en la que va a tener lugar la reunión, la acústica, los ruidos...
  - ii. Colocar las sillas alrededor de una mesa formando un círculo para que la reunión sea más distendida y todos los participantes se vean con facilidad.
  - iii. Comprobar los medios técnicos que vamos a utilizar para grabar la reunión, en nuestro caso la grabadora. Y preparamos cintas de audio y pilas por si hacen falta.
  - iv. Llevar impresas copias de los consentimiento informados (por si a algún participante se le olvida traer el suyo ya firmado) y algún bolígrafo.
  - v. Llevar copia del protocolo de investigación por si alguien quiere volver a leerlo.
- b. Recepción de los participantes; se recibe a los invitados y se les acompaña a la sala donde tendrá lugar la reunión. Una vez que estén todos en ella irán tomando asiento.
- c. Como se ha mencionado anteriormente, por cortesía y para que todos los participantes lleguen a tiempo, antes de que comience el grupo, se estableció un tiempo límite de espera, determinado de 15 minutos. Comenzado el grupo focal los participantes que lleguen con retraso no se pueden incorporar al mismo, teniendo que abandonar la sala.

2. Presentación:

Una vez que todos los participantes están sentados:

- a. El moderador se presenta y presenta al secretario.
- b. Se recogen los consentimientos informados
- c. Se agradece a los participantes su asistencia y colaboración.
- d. Se explica que;
  - i. El propósito general de la investigación que se va a realizar.
  - ii. Las normas y pautas que se van a seguir.

- iii. En qué consiste la técnica utilizada, en este caso el grupo focal
- iv. Cómo va a ser la dinámica del grupo
- v. Se recuerda que la reunión va a ser íntegramente grabada.
- vi. Se resalta la confidencialidad diciendo que en ningún momento se va a relacionar lo que se comente con las personas que lo hayan manifestado.

### 3. Proceso:

- a. Se comienza con una breve presentación de los participantes, para así romper el hielo. Se les propone que digan su nombre, de donde vienen, cómo es su lugar de trabajo, es decir, a qué dedican su jornada laboral.
- b. A continuación se van planteando los temas que configuran el guion de la entrevista.
- c. El moderador:
  - i. Muestra una actitud activa y tienen especial cuidado con la comunicación no verbal, es decir no puede en ningún momento indicar gestualmente ningún tipo de interés o motivación.
  - ii. Debe estar atento a temas que puedan surgir y que sean interesantes para la investigación, o sea que debe tener reflejos y ser flexible. Y en el caso de que surja un tema que no sea de interés para la investigación, el moderador debe estar cualificado para reconducir el debate a los temas que nos interesan.
  - iii. Debe moderar para que los participantes no dominen la reunión y procurar que todos los participantes colaboren y que puedan dar sus opiniones y que ninguno se quede callado.
  - iv. Debe utilizar un estilo de comunicación que no sea enjuiciador.
  - v. Debe aceptar el ritmo de la reunión.
  - vi. Debe controlar las interrupciones

- vii. Antes de comenzar la siguiente pregunta, se debe hacer un breve resumen de lo que se acaba de responder.
- viii. En ocasiones se toman pequeñas notas al margen de la guía de la entrevista.

d. El secretario:

- i. Guarda los consentimientos informados.
- ii. Está un poco más apartado del resto de los participantes.
- iii. Al inicio y final de la reunión se apunta la hora de comienzo y fin y el número de participantes.
- iv. Toma notas de lo más relevante e importante para su investigación.

4. Despedida y Cierre:

- a. Indicar la duración que ha tenido, así como la hora de fin.
- b. Hacer un resumen de los temas principales
- c. Se comenta la utilidad, relevancia y valoración de los temas expuestos y de las opiniones manifestadas.
- d. Recordar la confidencialidad que se ha firmado.
- e. Agradecer de nuevo la disponibilidad y participación de los miembros.

**Después de la reunión grupal.**

Las grabaciones obtenidas en todas las reuniones grupales se transcribieron íntegramente y se volvieron a escuchar, leyendo la transcripción.

Posteriormente se analizaron los textos con el apoyo del programa NVivo® utilizando el método de análisis de contenido.<sup>123</sup>

## 4.2.- Método del estudio Cuantitativo

Para la recogida de los datos necesarios para estratificar las farmacias españolas según su situación en relación a la implantación de una innovación, la provisión del SFT, se empleó un cuestionario, no validado, pero que previamente había sido utilizado con el mismo objetivo, si bien no en una muestra general.<sup>112,113</sup> (Anexo G.1 Cuestionario. Categorización en función de las respuestas y Anexo G.2 Cuestionario: Datos demográficos).

Se realizó una encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI (*Computer Assisted Telephoning Interviewing*)<sup>124,125</sup> a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encontraban trabajando en farmacias comunitarias españolas en el momento de realizar la llamada telefónica.

El diseño muestral se realizó mediante muestreo aleatorio simple estratificado por comunidad autónoma con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra se calculó de manera independiente, considerando un error permisible del 8% y un nivel de significación de  $\alpha=0.05$ .

El tamaño de la muestra total resultante fue de 1.135 farmacias. La distribución global de las mismas, según comunidades autónomas puede verse en el Anexo G.3. (Población total y muestra seleccionada por comunidades autonómicas Fracción de muestreo por comunidades para un muestreo aleatorizado simple estratificado)

Se definieron como variables dependientes, además de la fase anterior al conocimiento (*no conoce*), las cinco fases del proceso de decisión-innovación de Rogers en que se encuentran las farmacias comunitarias encuestadas.

Estas fases se denominan: (Figura 1).

1. Conocimiento (F-C),
2. Persuasión (F-P),
3. Decisión (F-D),
4. Implantación (F-I)
5. Mantenimiento (F-M)

En este estudio, aquellas farmacias que se encontraban en la fase de mantenimiento se sub-categorizaron en función del número de pacientes a los que se realizaba el servicio, siempre que éste fuera superior a 1:

- (F-M1) de 2 a 5 pacientes;
- (F-M2) 6 a 10 pacientes;
- (F-M3) 11 a 25 pacientes;
- (F-M4) 26 a 50;
- (F-M5) 51 a 100
- (F-M6) 101 ó más pacientes.

Las farmacias con un único paciente se incluyeron en la fase de implantación inicial<sup>26</sup>. Esta decisión, arbitraria, se tomó pensando en que cuando se pasa de uno a dos pacientes en la farmacia se están creando procesos y procedimientos para prestar el SFT y aunque el nivel sea bajo, se puede entender que aquellas farmacias con dos pacientes durante un tiempo suficientemente largo están aprendiendo cómo mantener el servicio en sus farmacias a lo largo del tiempo, por lo que se han incluido en la fase de mantenimiento.

Se consideraron como variables independientes o explicativas las siguientes: comunidad autónoma de la farmacia, sexo y categoría profesional (Titular/Adjunto). También se analizaron una serie de variables sociodemográficas y profesionales: formación en SFT, informatización de la farmacia, tipo de farmacia (rural o urbana) y tipo de clientela (estacional o habitual). Además, se evaluaron los años de ejercicio en la farmacia (experiencia profesional).

Los datos obtenidos se sometieron al siguiente plan de análisis: (1) Cálculo de estadísticos descriptivos: distribución de frecuencias, media, mediana y desviación típica. (2) Análisis bivalente: se realizó un análisis bivalente mediante la utilización de test estadísticos paramétricos (t de student) y/o no paramétricos (tests de U-Mann-Withney, Kruskal-Wallis) en función del carácter de la distribución que presentaban las variables.

#### ***4.2.1.- Recogida de datos***

Encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI

#### ***4.2.2. - Población de Estudio***

Farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentren trabajando en farmacias comunitarias españolas.

#### ***4.2.3. - Diseño Muestral***

Muestreo Aleatorio Simple Estratificado (MASE) por comunidad autónoma con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra se ha calculado de manera independiente, considerando una error permisible del 8% y un nivel de significación  $\alpha=0.05$ . (o también conocido como nivel de confianza del 95%)

#### ***4.2.4.- Tamaño Muestral***

El tamaño de la muestra total es de 1135 farmacias. La distribución global de los mismos, según comunidades autónomas puede verse en la Tabla 5.



Tabla 5. Población total y muestra seleccionada por Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	n	%	N	Fracción de muestreo
Andalucía	196	17,27	3555	5,51%
Aragón	37	3,26	678	5,46%
Asturias	26	2,29	465	5,59%
Cantabria	14	1,23	254	5,51%
Castilla y León	83	7,31	1493	5,56%
Castilla-La Mancha	61	5,37	1110	5,50%
Cataluña	165	14,54	2982	5,53%
Extremadura	37	3,26	661	5,60%
Galicia	69	6,08	1257	5,49%
Islas Baleares	22	1,94	392	5,61%
Islas Canarias	38	3,35	694	5,48%
La Rioja	8	0,70	142	5,63%
Madrid	153	13,48	2774	5,52%
Murcia	31	2,73	554	5,60%
Navarra	31	2,73	555	5,59%
País Vasco	45	3,96	813	5,54%
Valencia	119	10,48	2158	5,51%
<b>Total</b>	<b>1135</b>	<b>100,00</b>	<b>20537</b>	<b>5,53%</b>

Fracción de muestreo por comunidades para un MASE.

#### 4.2.5. - Variables del Estudio

**Variable dependiente:** Fase en la que se encuentra la farmacia según el proceso de implantación de innovaciones de Rogers:

1. Conocimiento (F-C): se tiene el primer conocimiento de la innovación
2. Persuasión (F-P): se formar una actitud hacia la misma.
3. Decisión (F-D): le lleva a adoptar o rechazar la innovación
4. Implantación (F-I): se decide a implantar la misma,
5. Mantenimiento (F-M) finalmente, a confirmar la decisión.

Variables sociodemográficas y profesionales: se consideraron como **variables independientes o explicativas** las siguientes:

1. Comunidad autónoma de la farmacia,
2. Sexo,
3. Categoría profesional (Titular/Adjunto).

**Preguntas realizadas para asignar la fase** en la que se encuentra la farmacia según el proceso de implantación de innovaciones de Rogers.

Tabla 6. Preguntas para asignar la fase en que se encuentra la farmacia.

¿Sabes en qué consiste el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)?
¿Lo conoce como Dispensación activa?
¿Tiene una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio?
¿Crees que este sistema es implantable en la práctica diaria de tu farmacia?
¿Te has planteado hacer seguimiento en tu farmacia?
¿Has empezado con algún paciente?
¿Consideras implantado este servicio en tu farmacia?
¿Documentas o registras esta actividad?
¿Has evaluado la actividad?
En la actualidad sigue realizando SFT en la farmacia
En su farmacia hay algún responsable encargado de la realización del SFT
Fase de implantación
Categoría de mantenimiento

Preguntas realizadas para evaluar las variables sociodemografías y profesionales

Tabla 7. Preguntas Sociodemográficas y profesionales

Formación en Seguimiento Farmacoterapéutico:
¿Tienen informatizada la gestión de la farmacia (en venta y gestionar stock)?
Hay adjuntos o auxiliares: ¿cuantos?
Su farmacia se puede considerar: Rural o Urbana
Su clientela es mayoritariamente Habitual o Estacional/de paso

#### **4.2.6.- Cuestionario Realizado**

Para la recogida de los datos necesarios para estratificar las farmacias españolas según su situación en relación a la implantación de una innovación, la provisión del SFT, se empleó un cuestionario previamente utilizado con el mismo objetivo, aunque no en una muestra general<sup>112,113</sup> (figura Categorización en función de las respuestas 19).

#### **4.2.7.- Definición Metodología CATI**

Se realizó una encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI (Computer Assisted Telephoning Interviewing)<sup>124</sup>, a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentren trabajando en farmacias comunitarias españolas.

El entrevistador hace las preguntas por teléfono<sup>127</sup> y registra las respuestas en un ordenador, 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 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.

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 las muestras y datos. CATI también puede combinar teléfono y Web para realizar CATI / Web en modo mixto de entrevistas, en cuyo caso el sistema CATI está conectado a Internet a través de un servidor Web.

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

- a. Mayor calidad de datos
- b. 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.
- c. Resultados más rápidos
- d. De modo que puede comenzar el análisis tan pronto como la última entrevista se ha completado.
- e. El aumento de la productividad
- f. Son necesarias menos horas para completar estudios, el equipo administrativo se encarga de las funciones a fin de que puedan supervisar los supervisores y entrevistadores las entrevistas.
- g. Nuevas oportunidades
- h. Se puede ejecutar un cuestionario más elaborado, diseños y procedimientos de muestreo que se puede hacer en papel.

El CATI establece automáticamente las llamadas, hace recordatorio en caso de ausencia y controla las cuotas.

#### 1. Ventajas

- i. Rápido.
- ii. No hay restricciones geográficas: el CATI se adapta bien a extensas zonas geográficas.
- iii. Fiabilidad técnica.

#### 2. Límites

Algunos objetivos están fuera del alcance del CATI. No hay ninguna posibilidad de visualización del interlocutor.

#### 4.2.8.- Método de Trabajo seguido para la realización del CATI:

- Selección del Equipo de teleoperadores:



Figura 11. Selección del Equipo de teleoperadores

Seleccionó a los coordinadores cuyo perfil mejor se adapta a este tipo de campaña.

Posteriormente selecciona a los teleoperadores idóneos para esta campaña



Figura 12. Selección de teleoperadores

- Confección del briefing y aplicativo:



Figura 13. Confección del Briefing

El briefing (argumentario) se elaboró conjuntamente entre la empresa que se contrató para el CATI y el equipo investigador.

Una vez terminado el briefing el departamento de Informática de la empresa contratada elaboró el aplicativo, este consistía en la ficha que le aparecería en la pantalla al teleoperador, y que contiene los filtros necesarios que aseguren la calidad de los datos obtenidos.

- Formación:



Figura 14. Formación de los teleoperadores

Uno o dos días antes del comienzo de la campaña se impartieron las siguientes formaciones:

Formación de Producto: La debe impartir el cliente y debe ser muy concisa, pues de lo contrario puede confundir al teleoperador.

Técnicas de Encuesta y Excelencia Telefónica: se impartirá por el Departamento de Formación de NEXO, el cual la adaptará a esta campaña.

Formación del Aplicativo: consiste el manejo correcto de la aplicación informática, esta formación será impartida por un coordinador de NEXO.

- Base de Datos:

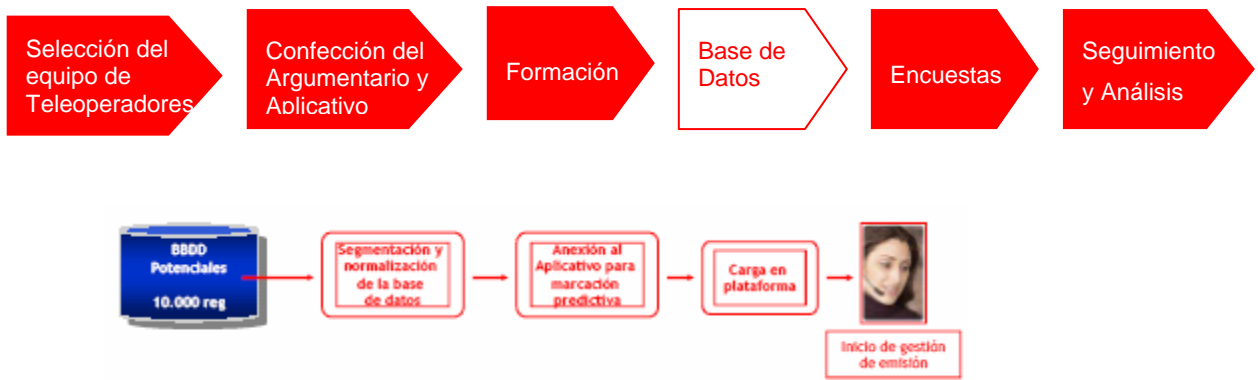


Figura 15. Base de Datos del CATI

El Cliente proporciona la base de datos

Confidencialidad de la información y la Protección de datos fueron tratados de acuerdo con las estipulaciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante designada como LOPD) y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

- Encuestas:



Figura 16. Encuestas realizadas

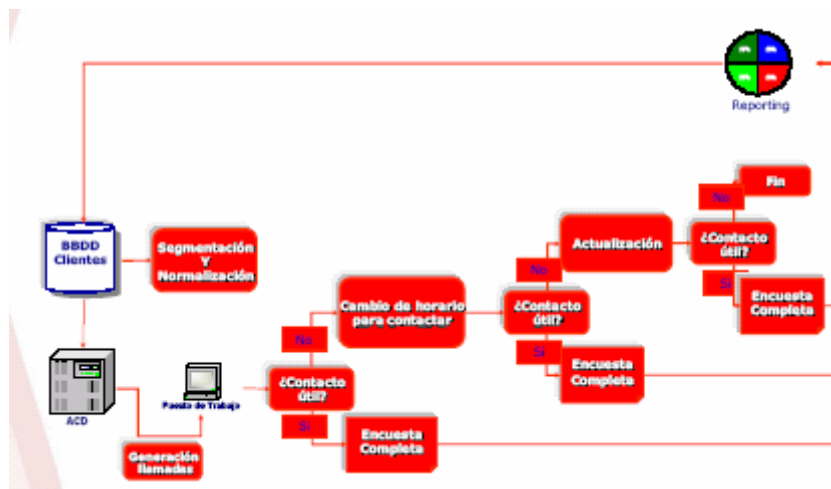


Figura 17. Realización de Encuestas

- Seguimiento y Análisis:



Figura 18. Seguimiento y Análisis

1- Reportes: Una vez finalizadas las encuestas nos las enviaron, así como un informe con el resultado del tratamiento final del conjunto de la bb.dd.

Asimismo se le proveerá de un acceso para comprobar los reportes resultados a tiempo real, <http://integra.i-nexo.com/integraweb/>

2- Seguimiento y Desempeño: Se realizó un control interno por parte del responsable de calidad, mediante evaluaciones de desempeño para optimizar los planes de incentivos y de motivación NEXO "cree" en la calidad y por este motivo ha desarrollado diversos circuitos y procedimientos que optimizan el servicio.

Seguimiento pro activo en función de objetivos marcados.

Mejora cualitativa y cuantitativa de los objetivos.

Control de la seguridad y el tratamiento de los datos (según los estándares de la legislación vigente y el cliente).

Monitorizaciones y escuchas de mejora.

Se realizó un control interno por parte del responsable de calidad, mediante las evaluaciones de desempeño y monitorizaciones.



#### **4.2.9.- Técnicas de análisis de datos**

Los datos se sometieron al siguiente plan de análisis:

1. Cálculo de estadísticos descriptivos: distribución de frecuencias, media, mediana y desviación típica.
2. Análisis bivalente: se realizó un análisis bivalente mediante la utilización de test estadísticos paramétricos (t de student) y/o no paramétricos (tests de U-Mann-Withney, Kruskal-Wallis) en función del carácter de la distribución que presenten las variables dependientes.
3. Análisis multivalente. Análisis de regresión logística. Validación del modelo predictivo y explicativo.<sup>128,129,130,131</sup>

### 4.2.10.- Categorización en función de las respuestas

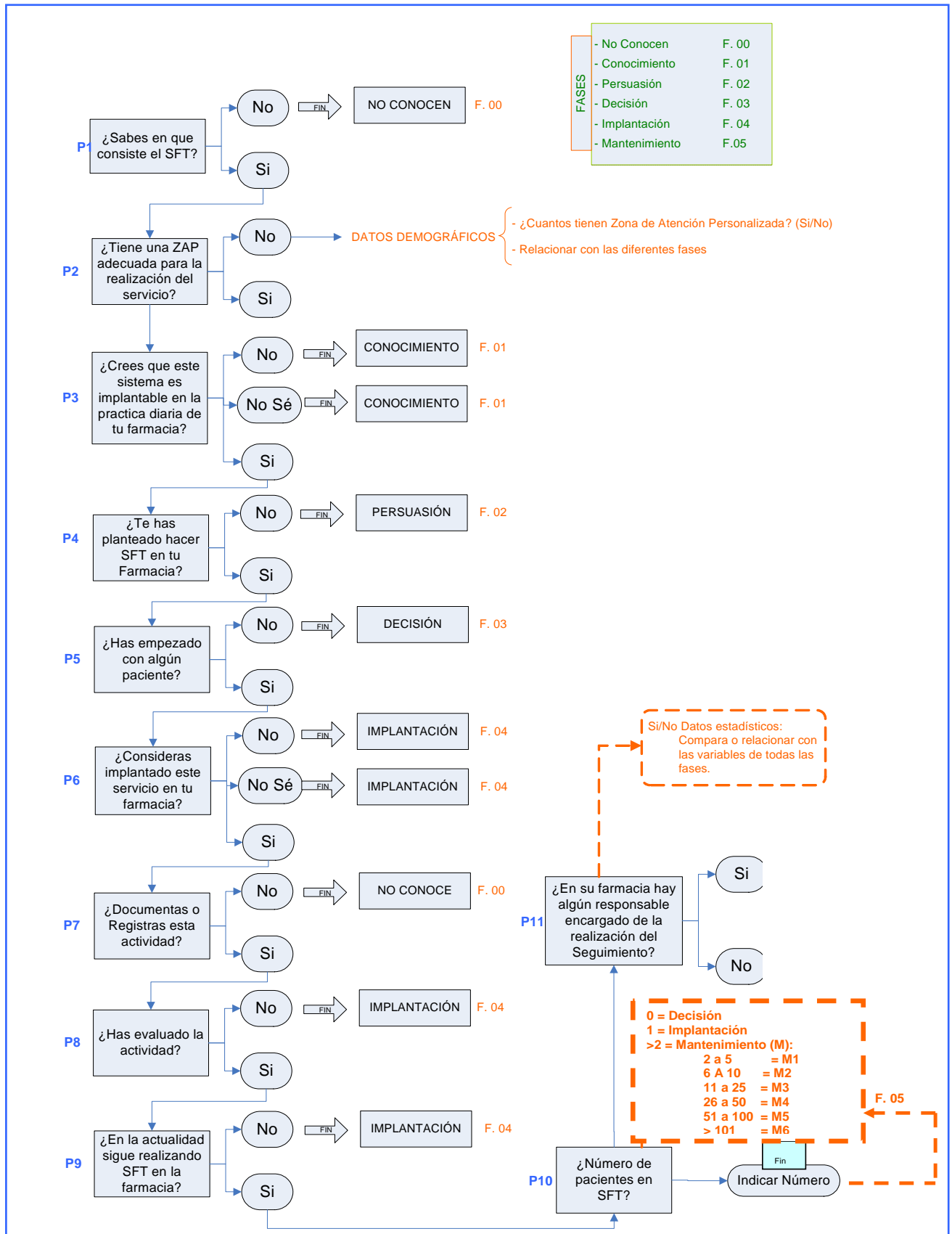


Figura 19. Categorización en función de las respuestas

#### ***4.2.11.- 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. La misma utilización de la técnica CATI garantiza el anonimato de los participantes ya que todos los datos se enviaron a los investigadores desprovistos de cualquier tipo de identificación. Al no incluir ningún tipo de intervención clínica, no se solicitó aprobación por ningún comité de ética.



## Resultados del Estudio

---



## 05.- Resultados del Estudio

### 5.1- Resultados del Estudio Cualitativo

En los diferentes GF participaron un total de 56 farmacéuticos. En la tabla 8 se presentan los datos demográficos de dichos participantes, así como la duración de las reuniones, que en total tuvieron una duración nueve horas y media

Tabla 8. Datos Demográficos de los participantes de los Grupos Focales y el Triangular

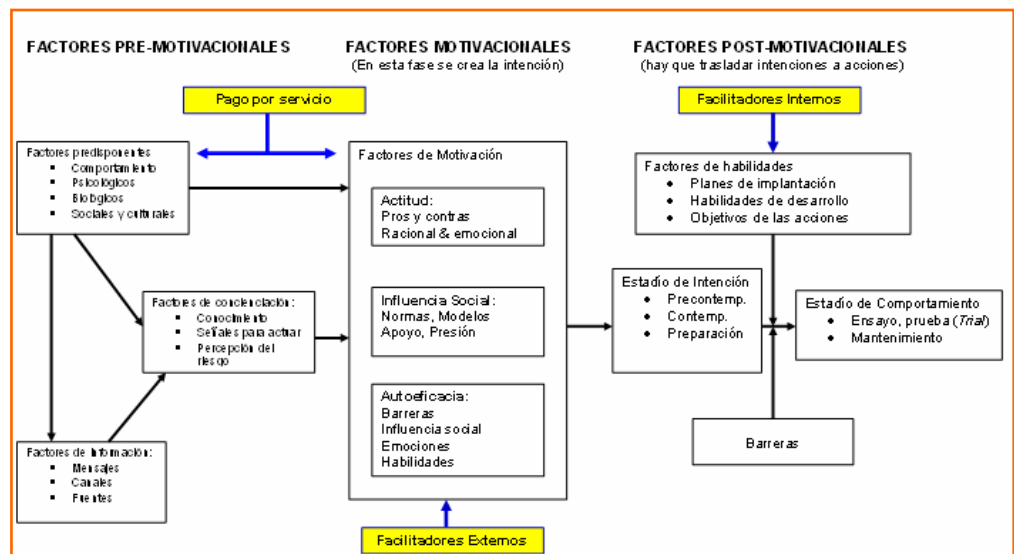
Grupo Focal	F. Adjuntos	F. Titulares						Total
		5.1.1	5.1.2	5.1.3	5.1.4	5.1.5	5.1.6	
Hábitat	Adjuntos – Urbanas	Rurales	Semi-Urbanas	Urbanas	Comerciales	Innovadores	Congreso	
Número Hombres	3	7	2	4	4	5	Titular: 2 Adjunto: 1	28
Número Mujeres	7	2	4	3	0	5	Titular: 5 Adjunto: 2	28
Total Farmacéuticos	10	9	6	7	4	10	10	56
Lugar Encuentro	San Sebastián	Granada	Murcia	Madrid	Marbella	Málaga	Sevilla	
Tiempo reunión	70'	90'	90'	60'	100'	85'	75'	570'

A continuación se presentan los resultados en función de cada uno de los grupos focales realizados.

En el contexto de las entrevistas se entiende la farmacia normalmente como un establecimiento donde se venden medicamentos.

El orden que se ha seguido para plasmar los resultados es el correspondiente al guión de la entrevista:

- A. Definiciones
- B. Pre- Motivacionales
- C. Motivacionales
- D. Estadio de Intención
- E. Post Motivacionales
- F. Facilitadores Externos
- G. Facilitadores Internos
- H. Barreras





## 5.1.1 Grupo Focal Farmacéuticos Adjuntos

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos adjuntos:

### 1. Conocimiento - Formación

*"Para determinar, o sea, para hacer la indicación farmacéutica, para medicamentos, para resolver dudas puntuales, para consultas, para elaboración de fórmulas magistrales, para hacer Metadona, para hacer muchas cosas que es..."*

*"Tú crees que eso no lo puede hacer un técnico con tres años de formación, tú crees que no."*

*"Pienso que si estudia cinco años mejor."*

*"La experiencia también."*

Se afirma que para la realización de las tareas que se ejecutan en la farmacia, es mejor una formación de cinco años, como la que actualmente realiza el farmacéutico, que la formación que teóricamente reciben los auxiliares o técnicos en farmacia, que a pesar de que se afirma que tiene una duración de 3 años, en realidad actualmente es de dos. Ejemplos de estas actividades son: las consultas de los pacientes, la elaboración de fórmulas magistrales, los programas de mantenimiento con metadona, etc.

### 2. Universidad

*"Los conceptos se diluyen con el tiempo, porque tampoco practicas tanto."*

*"Si yo mañana os digo, pasado mañana en mi farmacia tenéis que hacer seguimiento, ¿creéis que lo hariais bien?"*

*"Falta formación."*

Sin embargo, se pone de manifiesto que la formación recibida en la facultad, no es suficiente para la realización de SFT, debido a la falta de práctica y utilización de los conocimientos.

Probablemente esta falta de conocimiento se puede deber a la rutina con la que habitualmente se venden los medicamentos. El farmacéutico se ha acostumbrado a que en muchos casos la entrega del medicamento sea una mera transacción comercial. Además el paciente desconoce cuáles son los servicios que su farmacéutico le puede ofrecer.

A pesar de que se ha afirmado que es mejor una formación de 5 años que una de 2 o 3, también se recuerda que la formación recibida es insuficiente. Se afirma que falta preparación clínica. El hecho de esa falta de preparación, junto a la progresiva pérdida de conocimientos que los entrevistados manifiestan ir experimentando debido a la poca utilización en la práctica de los conocimientos adquiridos en la universidad, hace que los farmacéuticos adjuntos sientan una necesidad imperiosa de mejorar dichos conocimientos.

### 3. Falta de Formación

*"¿Creéis que todos los adjuntos de una"*

Los participantes opinan que, además, es necesaria una formación específica, que

*farmacia pueden hacer seguimiento o necesitan una formación específica? Hombre, claro, necesitan una formación, lo ideal sería que todos..."*

*"Yo creo que debería también llevar un cambio desde el punto de vista educativo."*

actualmente se recibe como formación de post-grado, para la realización del seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

Se insiste en el cambio educativo con una formación más clínica. Mientras esta no llega, se insiste en la necesidad de formación de post grado.

En este sentido los farmacéuticos adjuntos creen que deben cambiarse los distintos programas de los masters y cursos de post-grado que existen en las Universidades Españolas, aportando una formación mucho más práctica

#### 4. Falta de interés

*"Yo creo, en mi caso por lo menos, es falta de interés (lo que me lleva a no realizar SFT)."*

*"¿Falta de interés por parte vuestra?"  
"Del titular."*

Un participante que piensa que hace SFT, aunque en realidad no lo hace afirma: *"A ratos, sí, pero me daría como pereza para explicar a los pacientes, porque es gente que igual no entiende y me resultaría difícil."*

No obstante algunos participantes piensan que la falta de conocimientos no es la causa real por la que no realizan SFT.

Se afirma que en muchos casos no proveen SFT por falta de interés y pereza, tanto del farmacéutico adjunto como del titular.

#### 30. Actitud del Titular- Falta de Tiempo

*"Que te lo plantease el titular."*

*"Claro, es algo que yo creo que me gustaría hacer, pero me tendría que dedicar a eso, yo creo que necesitaría muchísimo más tiempo del que tengo. Yo es que hay días que estoy hasta aquí."*

*"Para determinar, o sea, para hacer la indicación farmacéutica, para... medicamentos, para resolver dudas puntuales, para consultas, para elaboración de fórmulas magistrales, para hacer Metadona, para hacer muchas cosas que es..."*

*"¿Tú crees que eso no lo puede hacer un técnico con tres años de formación, tú crees que no?"*

*"Pienso que si estudia cinco años mejor."*

*"La experiencia también"*

Los adjuntos realizan multitud de tareas en la farmacia. Están acostumbradas a ellas y se afirma que han alcanzado un grado de comodidad con su trabajo que les origina una cierta falta de ambición profesional.

Se afirma que, el SFT es un servicio nuevo, cualitativamente distinto al resto de los servicios y actividades que desarrollan en las farmacias. Como dicho servicio no les origina ningún ingreso añadido y sí más responsabilidad y exigencia de tiempo, no se entiende dicho servicio como una actividad obligatoria más de las que realizan, sino como algo, en todo caso opcional, que por el esfuerzo que supone y la falta de recompensa económica no intentan implantar.

#### 23. Actitud del titular (o del adjunto en este caso).

*"Creéis que el seguimiento supone un*

En este sentido, y tras manifestar que la falta de tiempo es el motivo fundamental por el que no

*cambio cualitativo o es un poco las explicaciones que se dan en el mostrador sobre los medicamentos?"*

*"Es diferente, pero como no tenemos tiempo, entonces haces pues lo que puedes, entonces haces pequeñas cosas..."*

*"Yo tengo otras tareas y no tendría tiempo, pero a mí sí me gustaría hacer."*

*"Yo creo que el seguimiento también no es que solamente lo tenga que hacer igual una persona, si hay dos adjuntos lo pueden hacer los dos."*

#### **. 5. Falta de actitud del Titular**

*"Que te lo plantease el titular."*

*"Claro, es algo que yo creo que me gustaría hacer, pero me tendría que dedicar a eso, yo creo que necesitaría muchísimo más tiempo del que tengo. Yo es que hay días que estoy hasta aquí."*

se realiza el SFT, se afirma que la mejor opción de avance profesional consiste en la realización de pequeños servicios desde el mostrador, lo que denota una cierta acomodación y refuerza la falta de ambición profesional manifestada anteriormente.

Además, se afirma que si en una farmacia se hiciera SFT y hubiera más de un farmacéutico, todos ellos deberían poder realizar SFT no siendo partidarios de que existe un farmacéutico encargado específicamente del servicio, mientras el resto no lo puede realizar.

En lo que hace referencia al titular, se entiende la falta de actitud o motivación del titular como una barrera para la implantación del seguimiento, dando la impresión de que si el titular quiere, y sólo en esos casos, se puede realizar seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias. Y es que, el interés del titular para realizar seguimiento permitiría descargar a los adjuntos de ciertas tareas y proveerles de tiempo para la realización del seguimiento.

Los farmacéuticos adjuntos opinan que solo el titular es quien tiene la capacidad de organizar las tareas, descargando de trabajo a los mismos, lo que genera más tiempo libre que puede ser utilizado en la realización de SFT.

#### **6. Motivación Titular**

*"¿Cómo podemos motivar al titular?"*

*"Yo creo que simplemente el prestigio,"*

Se afirma que uno de los elementos que pueden contribuir a la motivación del titular es el prestigio que éste puede alcanzar una vez se implante en su farmacia el servicio de seguimiento.

Aspectos emocionales como el reconocimiento social, la satisfacción personal o el prestigio que se puede dar la prestación de este servicio se consideran aspectos que pueden motivar a los farmacéuticos hacia la necesidad de implantar el seguimiento farmacoterapéutico

#### **7. Pago por servicios**

*"Si se pagara, el boca a boca, cuando la gente va a una farmacia, me atendéis muy bien, es muy*

Otro elemento que se plantea como una ayuda para motivar a los titulares sería el hecho de que se pague por la realización de los diferentes

*importante."*

servicios que se realicen en la farmacia, al margen de la dispensación de medicamentos, concretamente el SFT.

### 33. Pago por servicios

*"¿Cómo se motiva?"*

*"Económicamente."*

*"Si se pagara lo harían todos, eso sí."*

*"Sí, que paguen bien."*

Se manifiesta la posibilidad de que la no existencia de una contrapartida económica a la provisión del SFT pueda ser motivo de que el servicio no sea valorado en lo que de verdad es. Se afirma que esto puede llevar a hacer que no se vea como necesario.

Se entiende el pago por el servicio como el mejor elemento motivador llegándose a afirmar que si se pagara *"lo harían todos"*.

*Si se pagara el servicio por parte de quién fuera*

Surge la duda entre los participantes sobre si esa mayor implantación, consecuencia del pago, iría acompañada de una prestación correcta del mismo.

*Yo no \_\_\_\_ ¿sanidad no tiene que pagar esto.?*

*No, \_\_\_\_.*

En esas circunstancias, realización del servicio sólo porque se comienza a pagar el mismo, se plantean dudas sobre si se proveería un servicio de calidad o por el contrario muchos farmacéuticos tratarían de aparentar la prestación del servicio con el objetivo exclusivo de conseguir el beneficio económico que se derive del mismo.

*Que te paguen.*

*Claro.*

*Pero que paguen bien.*

*Sí, que paguen bien.*

Asimismo se preguntan sobre quién debe pagar por el servicio, lo que tiene una respuesta generalizada. Se opina que es la Administración sanitaria la que debe pagar este servicio como parte de la prestación farmacéutica la que los ciudadanos tienen derecho.

Sin embargo, también se afirma que se trata de un asunto complejo dado que se entiende que va a ser complicado que la Administración llegue a pagar por este servicio.

### 9. Legislación

*"Lo que pasa es que no se aplica."*

Se afirma que el titular podría cambiar su actitud si se aplicara la obligación legal de realizar SFT. Lo cierto es que se trata de un servicio que ya se debería estar prestando en las farmacias, de acuerdo con las leyes actuales, aunque se afirma que hoy día éstas no se cumplen.

Sin embargo, algunos participantes piensan que

*"Si la ley lo dijera de verdad lo tendría que hacer."*

esto ocurre porque en realidad la Administración sanitaria no tiene un interés real en que los farmacéuticos realicen SFT. En este sentido se afirma que si los legisladores tuvieran verdadero interés en que este servicio se realizase, harían cumplir la ley:

*Ha habido situaciones donde una determinada legislación ha obligado a las farmacias a modificar su forma de trabajar, y lo han hecho y han dedicado un tiempo para hacerlo."*

Se recuerda además que ya ha habido situaciones en las que los farmacéuticos han tenido que modificar su forma de trabajar para adecuarse a las nuevas exigencias legislativas. En este sentido se recuerda la promulgación de un real decreto de formulación magistral que modificó la práctica de este servicio de una manera radical y ha exigido que aquellos farmacéuticos que realicen fórmulas lo hagan cumpliendo dicho decreto.

#### 10. Prestigio - Reconocimiento

*"¿Cómo se motiva?"*

*"Económicamente."*

*"Si se pagara lo harían todos, eso sí."*

*"Sí, que paguen bien."*

*"¿Cómo podemos motivar al titular?"*

*"Yo creo que simplemente el prestigio."*

Junto al pago por los servicios y la obligatoriedad legal que se han comentado anteriormente, algunos participantes afirman que otra forma de motivar a los titulares podría ser la de ofrecer un reconocimiento público a quien realice este servicio lo que genera prestigio ante la administración y la población.

De esta manera, los titulares podrían sentirse más motivados y predispuestos a comenzar a realizar o continuar con diferentes servicios, como es el caso del SFT.

#### 11. Competencia

*"¿Algún más se os ocurre?"*

*"La motivación personal del titular."*

*"Ahí si estás de acuerdo, o sea, que igual lo que hay que hacer es abrir farmacias cerca para que empecemos..."*

*"¿Y creéis que por ejemplo el miedo a la parafarmacia podría ayudar al titular a su seguimiento?"*

*"No, porque la farmacia siempre tiene los medicamentos."*

*"Yo estoy de acuerdo en que influye."*

Algunos de los participantes opinan que la existencia de tener una parafarmacia cercana podría ser entendido como un elemento motivador para la implantación de servicios. Se explica esta afirmación diciendo que la presencia de esos establecimientos en el área de influencia de la farmacia podría conducir a un intento de diferenciación profesional que a su vez impulsase la realización del seguimiento.

Sin embargo otros farmacéuticos piensan que la posible competencia entre estos diferentes establecimientos no se producirá, debido a la diferencia cualitativa que hoy existe entre ambos establecimientos: en las Parafarmacias no hay medicamentos, mientras que el mayor negocio de la farmacia es precisamente el relacionado con la venta y dispensación de

medicamentos. Por ello hay farmacéuticos adjuntos que no creen en el efecto motivador de las parafarmacias ni siquiera en su efecto de aumentar la competencia con las farmacias.

### 8. Demanda del Paciente

*"Creéis vosotros que la gente espera que los ofrezcáis el seguimiento."*

No.

*"¿Tú crees que hay personas que no quieren, porque te lo han dicho?"*

*Porque a mí un señor me dijo como que para qué le estoy haciendo esas preguntas.*

*(moderador)—Pero a ver, yo por centrar, la pregunta que le habías hecho, le habías dicho que le ibas a hacer seguimiento y que le ibas a hacer un servicio de seguimiento y tal, o eran preguntas que le hacías.*

*—Le dije que le iba a hacer, que quería ver cómo iba con su enfermedad, con su problema, y bueno, y por eso las preguntas. A lo mejor no utilicé, no me acuerdo, la palabra seguimiento.*

*—No, no, si no es la palabra, pero bueno.*

### 13. Reacción Paciente

*"A mí un señor me dijo como que para qué le estoy haciendo esas preguntas"*

*"Le dije que le iba a hacer, que quería ver cómo iba con su enfermedad, con su problema, y bueno, y por eso las preguntas. A lo mejor no utilicé, no me acuerdo, la palabra seguimiento."*

*"... siempre hay algo que hacer,...te quedan 15 minutos, pues sí, pero ... y luego a veces también yo creo que ... es un poco reacio ... nunca me habéis preguntado tanto ... hay gente mayor*

Por otra parte, aunque los participantes afirman que los usuarios de las farmacias no esperan que se les ofrezca el servicio de seguimiento, sí creen que si éste se demandara, la farmacia se sentiría de alguna manera forzada a implantarlo. Hoy por hoy este tipo de servicios, como el de SFT, no son demandados por la población por desconocimiento de su existencia. En este sentido se afirma que cuando el farmacéutico decide comenzar a realizarlo y empieza a preguntar a los pacientes sobre aspectos relacionados con su medicación, dada la falta de hábito o costumbre, se crea cierta incertidumbre entre los mismos.

Por ello se afirma que la falta de demanda no se debe sólo al desconocimiento existente sobre el servicio sino al rechazo inicial existente entre los clientes.

Este rechazo se puede justificar por el miedo a lo desconocido que se añade a la desconfianza de la población en general. Hay personas que ajenas a este tipo de servicios, unen al desconocimiento y desconfianza ya citados, la falta de interés así como la falta de utilidad en aportar información al profesional farmacéutico, estos motivos conllevan la dificultad que supone al farmacéutico recabar la información necesaria de sus pacientes para realizar SFT, lo que se opina que no facilita la labor de su realización, y por tanto no ayuda a proveer este servicio al profesional que se plantea hacerlo.

Se añade por alguno de los participantes que en su farmacia se han realizado servicios de SFT, pero que dicho servicio no era de interés para la población. De hecho se asegura que en algún caso, cuando se ha intentado prestar el servicio

*que está encantada, pues igual el problema del tiempo también ... y la gente mayor igual si le das pie algunas te dan demasiado también..."*

#### **16. Obetivos de las Acciones Selección de pacientes.**

*"¿Qué paciente creéis que es susceptible de hacerle seguimiento?"*

*"Yo creo que personas mayores y mujeres solas."*

*"Alguien que tenga confianza contigo, que sepa que le conoces bien."*

*"También tienes que saber a quién se lo ofertas."*

*"... y la gente mayor igual si le das pie algunas te dan demasiado también..."*

#### **22. Falta de Tiempo u Organización**

*"Hubo una temporada que estuvimos haciendo, yo creo que el problema ha sido el tiempo, estuvo con algunos de los pacientes, pero luego ya el tiempo, fue en la época del programa Dáder."*

*"El tiempo."*

*"... siempre hay algo que hacer,...te quedan 15 minutos, pues sí, pero ... y luego a veces también yo creo que ...*

a algún usuario, éste lo ha rechazado.

Por ello se afirma que hay dos tipos de personas, que acuden a la farmacia; unas, las que están encantadas de que se les pregunte y, como consecuencia, de contestar a las preguntas, incluso a veces, según los participantes, con respuestas demasiado largas y otras, reacias a este tipo de preguntas, lo que, como ya se ha dicho, supone una dificultad para el farmacéutico.

Todo esto hace que algunos opinen que es de vital importancia la elección de las personas a las que se les puede ofrecer el servicio.

Se piensa que las personas mayores, mujeres solas o gente que visita la farmacia a diario y con la que se tiene mayor confianza, son más susceptibles de aceptar dicho servicio. En este sentido se afirma que se trata de colectivos que necesitan mayor atención que otros, que les gusta que les escuchen, y, en definitiva, más que por la ayuda que se les ofrece con el servicio, se opina que muchas personas se podrían interesar en el mismo simplemente por el hecho de ser escuchados.

Se recuerda que son muchas las personas que hoy día están solas o, lo que es más importante, se sienten solas. Son personas a las que les gusta ser escuchadas y tener con quien hablar. Se opina que este tipo de personas pueden ser los que mejor se adapten a un servicio como el de seguimiento farmacoterapéutico en el que la escucha supone una parte importante del tiempo empleado con los pacientes. Además, suelen estar más dispuestas y tienen más tiempo libre.

Algunos de los participantes afirman que la mayor barrera para la implantación del seguimiento es la falta de tiempo, ya que éste se considera muy importante por la gran cantidad de tareas diferentes que tienen que hacer a lo largo del día en las farmacias.

De hecho, en la farmacia se llevan a cabo muchísimas actividades relacionadas con la

*es un poco reacio ... nunca me habéis preguntado tanto ... hay gente mayor que está encantada, pues igual el problema del tiempo también ... y la gente mayor igual si le das pie algunas te dan demasiado también..."*

gestión del medicamento lo que junto a la dispensación hace que todos los miembros del equipo se encuentren muy atareados.

*"El Seguimiento, creo que te puede gustar más que gestionar un pedido."*

Se comentan las múltiples tareas que rodean el día a día de esta práctica profesional. Se afirma que a la hora de elegir entre tareas burocráticas o de gestión de mercaderías, como puede ser la recepción y colocación de los pedidos que llegan a la farmacia, un farmacéutico siempre va a preferir realizar un servicio más profesional como el SFT.

*"Hay un grado de prioridades"*

Sin embargo se afirma que en la práctica no se realiza el SFT y que no se hace, fundamentalmente porque el titular no lo considera importante y no lo hace obligatorio para sus empleados.

El SFT no es una prioridad para el titular que antepone otras actividades a la práctica del SFT.

#### **29. Establecimiento de prioridades**

*"Nosotros tenemos establecidas prioridades, y sí, sabemos lo que hay que hacer cada uno, en momentos puntuales si hace falta pues alguien más puede colaborar en un momento dado, pero sabemos lo que tenemos que hacer cada uno"*

Se opina que, actualmente, lo más importante y primordial en la farmacia es la atención a los pacientes en el mostrador, seguido de la recepción y colocación de los pedidos de mercancías.

*"Hay un grado de prioridades"*

Además, se señala que en lo que hace referencia al reparto de tareas existen grandes diferencias de unas farmacias a otras, aun cuando también se afirma que dichas tareas, al final, son similares en todos los establecimientos.

*"Eso es fundamental, mostrador y pedidos lo primero."*

*"Yo creo que prioridades, tiempo, yo creo que es un cúmulo de varias cosas."*

#### **12. Nº Pacientes en SFT**

*"El seguimiento se puede hacer, hoy por hoy, a una o dos personas, o tres como mucho, a más gente no."*

Además, se opina que dada la actual situación de las farmacias, en las que existen situaciones diversas como la falta de tiempo ya citada, la burocratización, las bajadas de precios, la falta de pago por el servicio..., hoy por hoy se complica la posibilidad de poder ofertar un servicio como el del SFT a un número elevado de



*"Actualmente como mucho 1 o 2 personas, o 3, yo creo que más no... Es más complicado."*

*"¿Os parece suficiente hacer tres pacientes en una farmacia como seguimiento?"  
"No, yo creo que no."*

#### 14. Falta de Concentración

*"yo creo que es algo en lo que no me puedo, yo no sé si sería capaz de concentrarme a cachos, o sea, ahora tengo un cuarto de hora, porque a mí no me salen dos horas seguidas para hacer eso, a mí me salen ahora cinco minutos, dentro de una hora 10 minutillos, porque luego me viene el otro pedido."*

*Yo creo que, yo por lo menos, no sería capaz de seguir, de hacer un seguimiento de este tipo a cachitos. Yo necesitaría o dos horas, o tres, lo que requiera, pero concentrada."*

*"Creéis que el seguimiento supone un cambio cualitativo o es un poco las explicaciones que se dan en el mostrador sobre los medicamentos?"*

*"Es diferente, pero como no tenemos tiempo, entonces haces pues lo que puedes, entonces haces pequeñas cosas..."*

#### 15. Falta de interés. (Estadio de Intención)

*"A ratos, sí, pero me daría como pereza para explicar a los pacientes, porque es gente que igual no entiende y me resultaría difícil."*

pacientes, quedando, como mucho, como un servicio testimonial en aquellos escasos lugares en que éste se provee.

Además se comenta que quienes hacen SFT a unos pocos pacientes no son suficientes para que el resto de la población y de profesionales comprenda que el servicio está implantado en una farmacia. Es decir, la falta de provisión del servicio y su consiguiente falta de visibilidad se plantea como una de las barreras importantes para la práctica del SFT.

Se manifiesta que entre los farmacéuticos, las rutinas como atender a los pacientes, colocar pedidos, trámites administrativos, etc.,... son muchas y ocupan mucho tiempo. Estas tareas diarias hacen que sean motivo suficiente para algunos de los participantes para justificar por qué no realizan o "no se pueden realizar" labores de SFT. La falta de tiempo es visto como un factor importante pero algunos añaden la necesidad de tiempo para concentrarse en el servicio, diferente al tiempo en la práctica cotidiana. En este sentido se afirma que el SFT es un servicio nuevo, complejo y que precisa de un profesional dedicado y por tanto, concentrado en su realización, sin interrupciones derivadas de la carga de trabajo habitual.

En cuanto a las diferencias entre los distintos servicios que se ofertan habitualmente en las farmacias y el seguimiento, se manifiesta que ambos son esencialmente distintos.

Se afirma que el SFT es un servicio cualitativamente distinto a la dispensación. Sin embargo, estas diferencias no están claras para todos los componentes del grupo ya que algunos equiparan las funciones de SFT a la realización de preguntas en el mostrador más propias de la Dispensación.

Incluso se muestra falta de interés por parte de los farmacéuticos participantes que han intentado implantar dicho servicio, cuando se habla de la dificultad que supone dar la explicación a determinados pacientes sobre; qué es, para qué sirve, en que consiste y como se realiza el servicio de SFT.

Aunque al parecer entre alguno de los farmacéuticos se comenta que dicha dificultad, se debe a que la población que asiste a un establecimiento farmacéutico es muy diversa, y hay zonas donde la población; es mayor, no tiene estudios, es analfabeta, o tienen otro idioma. Siendo en estos casos donde la dificultad de explicar cómo llevar a cabo estos servicios se hace más complicada.

### 17. Planes de Implantación

*"¿Dónde creéis que se debería hacer el seguimiento?"*

*"...En el mostrador no, si le metes dentro le asustas"*

*"Pues a veces, según, porque muchas veces con una simple pregunta, quieren que les lleves al despacho"*

Un factor que se debe tener en cuenta cuando se quiere hacer SFT es la estructura de la Oficina de Farmacia. A la mayoría de las personas no les gusta que sus dolencias, tratamientos y, en definitiva, intimidades sean escuchadas por cualquier desconocido. A pesar de que se afirma que para algunas personas esto no tiene importancia y no les molesta hablar en el mostrador y que el resto de clientes de la farmacia se enteren de sus problemas de salud, se insiste que para otras, es importante que exista un espacio con más intimidad, en el que se pueda hablar, y mantener la confidencialidad, con el profesional sanitario que les pueda ayudar.

### 18. Cambio de la estructura de la OF.

*"¿Dónde creéis que se debería hacer el seguimiento?"*

*"..., no, dentro no, que se asusta más. Fuera, pero aparte."*

*"Yo creo que en el funcionamiento actual de la propia farmacia, no tiene mucha cabida, \_ para mí sería también un cambio, el seguimiento exige un cambio del propio funcionamiento y de la propia farmacia."*

Por ello se plantea como importante la existencia de una Zona de Atención Personalizada (ZAP). La ZAP genera una sensación de comodidad y seguridad para el paciente. Sin embargo, se recuerda que no todas las farmacias disponen de este espacio.

Manifiestan también, que no sólo es importante el cambio en la estructura de la oficina de farmacia, sino que además, para hacer seguimiento, es importante realizar un cambio en el funcionamiento actual de la farmacia. Es preciso cambiar la organización interna, trabajando por tareas de manera que cada profesional sepa en todo momento qué debe hacer.

### 27. Trabajo no Jerarquizado. Trabajo por tareas

*"Pues en mi caso estoy yo sola... Hemos estado más gente, pues normalmente sí que está distribuido el*

Se afirma que cada farmacia trabaja de forma diferente. Sin embargo, se afirma que en algunas farmacias todo el equipo tiene unas tareas establecidas; se añade además que en

trabajo.”

*“No, cada uno tiene un papel definido”*

*“Nosotros también tenemos las funciones preestablecidas, y en el caso de que falte alguien, todos sabemos hacer de todo, pero cada uno hace lo suyo.”*

los casos en los que éstas no están formalmente definidas, cada miembro del equipo sabe qué tiene que hacer en cada momento. Por ejemplo cuando por algún motivo alguien falta a su puesto de trabajo o en un momento determinado está muy ocupado para la realización de alguna de sus tareas, el compañero sabe qué hacer y cómo sustituirlo durante un corto tiempo.

#### 28. Establecimiento Prioridades

*“Pues en mi caso estoy yo sola... Hemos estado más gente, pues normalmente sí que está distribuido el trabajo.”*

*“No, cada uno tiene un papel definido”*

*“Nosotros también tenemos las funciones preestablecidas, y en el caso de que falte alguien, todos sabemos hacer de todo, pero cada uno hace lo suyo.”*

Se afirma que la distribución de tareas guarda una relación con el tamaño de la farmacia y más concretamente del equipo humano que la compone. Dependiendo del número de miembros que formen la plantilla de la farmacia, se afirma que las tareas están más o menos repartidas, es decir, si la farmacia está compuesta por un adjunto y un auxiliar normalmente ambos participan en todas las tareas y funciones que se realizan en la farmacia. Si por el contrario es una farmacia grande, con una plantilla bastante amplia, las tareas están más repartidas jerárquicamente y por tanto, cada uno cumple con sus tareas.

#### 25. Gasto que Supone

*“¿Tú crees que eso es posible? Que haya gente que esté haciendo uno o dos años sin cobrar eso, es mucho esfuerzo...”*

*“... Una persona te va a suponer un gasto extra.”*

Se cree que el hecho de estar haciendo un trabajo extra, sin una remuneración extra, es algo que tanto en el corto, como en el largo plazo, se presenta como un impedimento para llevar a cabo el SFT, puesto que son muy pocos los propietarios de una farmacia, dispuestos a implantar o mantener un servicio nuevo del que no se obtengan beneficios.

Incluso para el titular, que en muchos casos deberá contratar una persona adicional, la implantación del servicio de seguimiento va a suponer un gasto extra, y por tanto una mayor inversión económica para su pequeña empresa.

#### 26. Falta de Personal

*“Si todos los titulares hicieran SFT tendrían que duplicar la plantilla.”*

*“Pienso que los titulares tenían que contratar a las personas...”*

Ya se ha comentado que a día de hoy son muchas las tareas que se llevan a cabo en una farmacia: recepción y organización del pedido, dispensación de medicamentos, atender a los comerciales, generar el pedido, etc... Para todas estas tareas comunes, el titular de la farmacia ha formado y contratado a su criterio

a los profesionales necesarios. Pero para dar un servicio más, como es el caso del SFT, se necesita más tiempo, por lo que se manifiesta que la plantilla existente resulta insuficiente y es preciso aumentarla previa contratación de más farmacéuticos.

### 32. Médicos

*"A veces concretamos lo que ha dicho el médico porque no se lo han explicado bien, porque son personas mayores."*

Se afirma que una mejor relación con los médicos facilitaría la implantación del servicio de seguimiento a la vez que podría servir, incluso, para mejorar el actual sistema sanitario... Normalmente los farmacéuticos, en su quehacer diario, se limitan a explicar con más tranquilidad lo que el médico ha prescrito.

## 5.1.2 Grupo Focal Farmacéuticos Rurales

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos rurales:

### Conceptos

#### Definición AF

1. Siempre se ha dicho que la atención farmacéutica...

-Es el conocimiento...

Se opina que *“la Atención farmacéutica es el conocimiento”*. Una definición que, de una manera amplia, indica que el profesional que implante este servicio debe estar correctamente formado para ello.

2. le llevas un seguimiento, por ejemplo, cuando llega un médico que va para un día y va uno que está resfriado y es diabético... pues tienes que estar pendiente de que no le mande un jarabe que lleve glucosa. Otra persona que es alcohólica, que tú sabes que es alcohólica tienes que evitar que lleve un jarabe que lleve alcohol y eso es yo pienso que eso es lo que es el seguimiento. Ahora que yo voy a poner a escribir a fulanico le he dado esto, le he dicho que vaya al médico porque este jarabe no le va bien y zetanico... eso para mí es muy difícil.

Se manifiesta que el SFT que se realiza habitualmente consiste en controlar la medicación que los médicos prescriben a determinados pacientes. En concreto se pone como ejemplo un paciente diabético al que le prescriben un jarabe, se debe comprobar que ese jarabe que el médico le ha prescrito no debe contener glucosa. Otro ejemplo es el de un alcohólico al que igualmente prescriben un jarabe hay que comprobar que dicho jarabe no contenga alcohol. Esto es lo que denominan como SFT y el hecho de escribir los datos y comunicar con el medico se ve como algo tedioso y bastante complicado.

3. yo...cuando empezó...estuve aquí en la facultad, en el colegio, Talleres.....estuve con la hermandad, con lo que hacía on-line... yo he estado ahí a tope porque yo quería, Pero... no se puede hacer.

Sé lo que es la atención farmacéutica... Pero es imposible...

Se confirma que existen participantes que durante un tiempo han decidido y de hecho han implantado el servicio de AF. Se habla de la presencia a cursos, talleres...de formación, pero se manifiesta que no es suficiente. Se opina que aunque estén motivados y decididos a implantarla, esta no se puede hacer, de hecho se afirma que es *“imposible”*.

4. Las cosas para que sean efectivas han de ser sencillas. Cuanto más sencillas más efectivas. Y luego hay que hacer un poco un cambio de mentalidad,

En relación a lo anterior se manifiesta que la AF es complicada y según uno de los participantes *“Las cosas para que sean efectivas han de ser sencillas*. Además, se opina que debe de haber un cambio en la mentalidad de las personas para que este servicio se pueda implantar.

#### Definición de su farmacia

5. en los pueblos muchas veces la atención farmacéutica protocolizada esa es difícil de llevar a

En definitiva, se explica que lo que realmente se lleva a cabo en las farmacias de medios rurales es la *“dispensación activa, que es básicamente saber informar”*. Se piensa que una AF

*cabo. Por lo menos, entre comillas. Pero si realmente la dispensación activa que es, básicamente, pues saber informar. El paciente sale informado de tu farmacia en qué medicamento se está llevando, cómo se lo tiene que tomar, si es antes o después de las comidas, si hay alguna interacción con el medicamento para la glucosa que está tomando, o si tiene sobrepeso o un índice de masa corporal alto.*

protocolizada es difícil de implantar y continuar, pero sin embargo este tipo de dispensación es más sencilla y consiste en informar al paciente de la actuación del medicamento, su posología y su utilización e interacción o no con algún otro medicamento, en resumen cómo, cuándo y para qué tomar ese medicamento.

*“el boticario está ahí nada más que... en el kiosco.... Si es para vender nada más, pues de qué sirve tanto protocolo”*

*6. la labor que hace un farmacéutico en un medio rural pequeño es impresionante. En la farmacia entra mucha gente y no se lleva medicamentos. Eso lo tenéis que saber. Hay mucha gente que pregunta. Y viene gente a preguntarte...*

Se piensa que el farmacéutico de la oficina de farmacia rural hace una labor extraordinaria, puesto que se explica que en sus farmacias hay pacientes que entran a preguntar sin llevarse ningún medicamento ni producto farmacéutico.

#### **Futuro**

*7. el futuro de la farmacia está...vas a tener que estar observando, que es lo que la gente necesita de ti, para darles el mejor servicio posible.*

Al hablar del futuro de las farmacias se piensa que lo que va a suceder es que van a tener que ver las necesidades de los pacientes que visitan sus farmacias y adaptarse a lo que se demande.

*8. esto es una cosa que no haya que tirar la toalla. Por dos motivos. Uno, porque viene muy bien al paciente. Yo estoy convencido que el futuro... a lo mejor no lo pillamos nosotros, estamos jubilados. Pero la atención farmacéutica, la llames como la llames, al fin y al cabo, la tendremos que llevar alguna vez, los farmacéuticos, en el medio rural, en el medio urbano y como sea. Si queremos que esta profesión alguna vez dure...*

Se establece la posibilidad de que para un futuro tal vez la farmacia se tenga que adaptar y terminar implantando los servicios de AF. No importa a que medio pertenezca la farmacia, si pertenece a un medio rural, comercial, urbano... en cualquier sitio se piensa que para que haya un futuro en el que la farmacia perdure se tendrá que implantar la AF.

*“Quizás una de las claves de futuro sea,... una de las mejoras que podemos hacer sea,... hacer la atención farmacéutica...”*

*9. yo pienso que la farmacia da un servicio que es que no se da en ningún sitio.*

Para otros participantes el servicio que hoy día se proporciona en el modelo actual de farmacia, es suficiente y no es comparable con el resto de países. Sin embargo, se ponen de acuerdo cuando se habla de mejoras. Se piensa que dar un valor añadido, estar en continua formación es bueno para dar un servicio óptimo.

*Yo creo que básicamente el servicio que damos es muy bueno pero que nos queda todavía mucho por mejorar, tenemos que formarnos muchísimo*

Incluso se piensa que en un futuro la dispensación o el SFT van a tener cabida en la farmacia.

*“En cuanto al tema de la dispensación y en cuanto a los SFT yo creo que tarde o temprano tendrá que entrar, de una manera o de otra, por supuesto que es importante y básico.”*

#### **Pre-Motivacionales**

##### **F. Predisponentes.**

*10. Suponiendo eso que se habla de las grandes cadenas, precisamente creo que la única que va a tener salvación va a ser la farmacia rural, pequeña, porque ninguna gran cadena se va a venir a un pueblo de 700, 800, 1000 habitantes.*

*... Eso pensaban y sin embargo han aparecido los Mercadonas.*

Actualmente son muchos los establecimientos y grandes superficies los que han ampliado sus espacios aumentando la gama de productos dedicados a parafarmacia, al bienestar y al culto al cuerpo.

Como bien se sabe en España los medicamentos y los medicamentos denominados OTC ó medicamentos publicitarios ó sin receta, son vendidos exclusivamente en las farmacias. Sin embargo, hay otros muchos productos denominados de parafarmacia, como son las cremas, pastas dentales, vitaminas..., que son adquiridos en establecimientos autorizados, como perfumerías, supermercados...

Durante la reunión, se habla de las grandes cadenas y lo que su integración ha supuesto para el mercado farmacéutico y los productos en los que pueden coincidir. Se opina por los farmacéuticos rurales el poco interés que supone para este tipo de establecimientos situarse en las cercanías de las farmacias rurales, las cuales son pequeñas, de pueblo, y con 700 ó 1000 habitantes.

Sin embargo, esta forma de pensar no es compartida por todos los participantes puesto que se pone en discusión la aparición de los supermercados *“mercadona”*. La entrada de estos es comparada con la entrada de las cadenas farmacéuticas en el hábitat rural, donde para unos es un hábitat que poco puede interesar a las grandes empresas y para otros este inconveniente no es suficiente para ver peligrar sus pequeñas oficinas de farmacia.

*11. hacernos un cambio hacia un rol de farmacéutico que está todo el día allí apuntando y cogiendo. Primero que yo no lo veo práctico, porque de verdad el paciente está, cuando viene a la farmacia, que se le atiende rápido*

Se comenta lo poco práctico que es, para los farmacéuticos que se sitúan en farmacias pequeñas, de pueblo y con pocos habitantes, dedicarse a llevar anotaciones de lo que estimaban conveniente.

Sin embargo, sí se afirma que una atención rápida es importante para que el cliente no espere cuando visita la farmacia.

12. (se habla de que el SFT es complicado por lo que hay que hacer)

*Y resolver el problema rápido y tal. Y entonces eso choca con todo lo que son todos los sistemas de recogida de información. Entonces al final no... el casar eso y seguir sirviendo para la sociedad y darle algún sentido, ése es la... lo comentado... eso es lo complicado, y que además eso es lo que yo te estaba contando antes, que yo siempre he visto esto que oye, está muy bien pero (jé, jé) en el día a día y en la vida no funcionamos así y si funcionaríamos así seguramente el paciente se nos saldría por la puerta.*

- *Eso es verdad.*
- *Es muy complicado.*
- *Es que en el seguimiento escrito es muy complicado, el oral, el estar hablando, ese si lo hacemos.*

Son muchas las ocasiones en las que los clientes que visitan una farmacia, lo hacen con prisa y necesidad de que se les atienda rápidamente. Cuando suceden este tipo de situaciones es cuando los farmacéuticos se plantean que los problemas que se detecten deben ser resueltos precipitadamente para que el paciente sea atendido con la mayor brevedad posible.

Al hablar de SFT, se habla de la recogida y registro sistemático de información que se recibe del paciente. Es por ello que existe un conflicto entre el significado que tiene el SFT, establecido en los libros de teoría, y entre lo que realmente los farmacéuticos ven en su día a día, es decir se plantea como un inconveniente dar una rápida resolución de los problemas utilizando los sistemas de recogida de información establecidos.

Incluso se pone de manifiesto entre los participantes farmacéuticos de farmacias rurales que la realización del SFT, como está indicado ("*ese funcionamiento*"), en su rutina diaria no se ajusta a la realidad, provocando su realización una repercusión negativa en el paciente que hace que este abandone el establecimiento.

Asimismo se comenta el sentido que puede tener la dificultad que conlleva la prestación del servicio de SFT, y además de la celeridad con la que se piensa que debe ser resuelto el problema que se plantee.

Incluso se defiende la postura de que es más sencillo realizar SFT hablado, o sea según palabras textuales de los participantes, de forma "*oral*" antes que escrito, pues este último en su opinión es muy complicado.

13. *Tengo que hacer el seguimiento casi sin que él se dé cuenta.*

Al hablar de realizar SFT se manifiesta que en este tipo de farmacias, al farmacéutico le resulta muy complicada la implantación de estos servicios puesto que los clientes se muestran reacios, y como consecuencia se piensa que el servicio se tiene que hacer sin que el cliente se percate de su realización.

14. *el seguimiento es el que hacemos pues así en la sombra, escondidos...*

*pero que más o menos controlando*

No obstante se afirma que, a pesar de no ser escrito, hacen SFT de una manera muy personal, es decir donde nadie se percate de la labor que



están haciendo, "en la sombra, escondidos...y más o menos controlando".

En resumen, se opina que se debe hacer, y de hecho se hace, un seguimiento ni protocolizado ni registrado.

15. (Al hablar de SFT comentan)  
*nosotros tenemos otras obligaciones,*

Es habitual que sean muchas las diferentes tareas que se hacen a diario en las farmacias. Normalmente se habla de la colocación y recepción de pedidos, la atención al cliente, la revisión de recetas, fórmulas magistrales... Los participantes opinan que son muchas las obligaciones que existen y que tienen prioridad en la farmacia antes que la de la realización del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a pacientes.

16. *¿Vosotros qué creéis, que puede ser más positivo, más negativo, este seguimiento...?*

Son muchos los que piensan que los servicios que forman la Atención Farmacéutica (AF) y en concreto el SFT se pueden considerar como positivos para la sociedad.

*Yo sí lo veo positivo,  
-Yo lo veo muy positivo...  
-Yo lo veo positivo pero no tanto  
-...pero positivo no como está ahora mismo...  
...con el protocolo...ése en el ambiente rural. Yo no lo concibo,*

Aunque según otros participantes este servicio puede ser positivo pero también algo negativo por la forma en la que se ha planteado su ejecución. Se comenta la dificultad que supone la realización de los protocolos en el medio rural.

17. *Yo digo...que...para lo que me quede (risas) en el convento, pues tampoco mucho más. (risas)*

Se denota una actitud exacerbada cuando se habla de los servicios de AF y la realización de los registros en el SFT, o lo que es denominado por los farmacéuticos como protocolos. Incluso no se muestra intención de mejorar la situación porque les queda poco tiempo y prefieren no hacer nada.

18. *yo creo que ya nosotros pues quizá no lo veamos, porque yo creo que la gente que viene ahora serán los que están mejor preparados y los que podrán a lo mejor intentarlo, y si no se aburren pues seguirán con ello.*

Se asegura que no se ven preparados para la implantación de servicios de AF, pero sí se habla de la posibilidad de que la preparación que los nuevos licenciados/graduados de farmacia, los que salen ahora de las facultades, sea mejor y más completa y se confía en su constancia y actualidad.

19. *en la Facultad, pienso yo que..., que es más fácil para ellos y están ya más concienciados a llevar este tipo de cosas... están más listos para los ordenadores,*

Con el paso del tiempo las tecnologías avanzan, son utilizadas de una forma más eficaz y común en todos los sectores, mercados y población. Se

*no?, porque es que no hay tiempo... tiene que ser... sobre la marcha con los programas informáticos*

*pero como tengan que escribir, te digo yo que esto no lo sacáis vosotros" palante"... como haya que escribir y pase usted padentro que le voy a ... ahí se oponen de pronto*

### **Sociales y Culturales.**

*20. la gente ya no tiene esa capacidad de sacrificio, ni tiene esa capacidad de entrega, porque realmente la gente que se va a un pueblo tiene que tener una capacidad de entrega, de dejar de ser tú mismo porque pierdes muchas cosas,*

*Los pueblos se están despoblando, en los pueblos se está solo,*

*Se tendría que hacer yo pienso algún tipo de labor publicitaria, informativos... a través de instituciones... sean colegios, sean instituciones estatales o algo que aparte de ir al médico en la farmacia van a recibir un trato distinto y más completo que quitar el cartoncito...y luego, pues hacerlo lo más sencillo posible. Si se complica... no hacemos nada.*

### **Administración.**

*21. Sacar una normativa que nos obliga,*

*¿Quién tiene la culpa? El que*

piensa que en el mundo de las nuevas generaciones las tecnologías (TIC) tienen un progreso más veloz, por la facilidad con las que son entendidas y por el gran uso que hacen de ellas.

Parece que los farmacéuticos participantes se muestran vulnerables con la combinación de las nuevas tecnologías y la realización de registros. Se cree que para este tipo de tareas es fundamental la integración, de los nuevos profesionales que abandonan las facultades, en el mercado laboral de oficinas de farmacia.

También se opina que la gente no permite la realización de estos servicios si esto supone que el profesional realice anotaciones mientras el paciente le está visitando o si tienen que entrar en una zona diferente del mostrador de la farmacia.

Con el crecimiento de las ciudades y el decrecimiento de la tasa de natalidad, los pueblos se ven más despoblados que hace años. Es por ello que se piensa que las nuevas generaciones de farmacéuticos no están preparadas para desplazarse a estas localidades. Se opina que trasladarse a un pueblo pequeño conlleva una pérdida de libertad además de la soledad que supone vivir en un nuevo lugar.

Según palabras textuales se manifiesta que "el sacrificio y el espíritu de entrega" tampoco son los mismos, comparando a los jóvenes farmacéuticos con los que ya han ejercido su profesión durante un largo periodo de tiempo en farmacias rurales.

Para recuperar esa pérdida de libertad de la que se habla y para no sentirse solos, se propone que sean los organismos e instituciones, los que conciencien a la gente sobre la labor que efectúa el farmacéutico, el trato especial que se ofrece y la confianza que el cliente puede depositar en él, cuando visitan la farmacia.

Actualmente son varios los decretos con los que el gobierno ha sorprendido al farmacéutico. Decretos que son poco entendidos por el

*propone todo esto y no lo explica, que es la Junta de Andalucía.  
- Estoy de acuerdo contigo.*

*no se puede*

*Y luego que nadie lo explique.*

colectivo tanto a nivel de resultados como son los recortes presupuestarios, como a nivel de lenguaje, por su incomprensible forma escrita. Por este motivo el farmacéutico muestra cierta desconfianza frente a la entrada en vigor de nuevas leyes que supongan una reorientación para el colectivo farmacéutico.

*22. ahora la nueva ley tiende a que se hagan farmacias, macro-farmacias, con varios farmacéuticos y que sean empresas...*

Los participantes creen que los cambios que el gobierno ha hecho en el sector farmacéutico, van a suponer un cambio en la estructura y en la plantilla de la farmacia. Se piensa que las farmacias deben ser más grandes y con más personal cualificado, lo que en el medio rural no es factible por las peculiaridades y particularidades del entorno en que se encuentran ubicadas las farmacias.

*23. la Junta de Andalucía tiene una poca vergüenza increíble... es que cada cuatro días hay que cambiar los medicamentos. Son personas que tienen 80 años,... son personas, ahora la cápsula es verde y el mes que viene es colorá, a la otra es amarilla...y ya...  
- Es una locura...*

En las farmacias situadas en poblaciones rurales la mayoría de los habitantes que viven ahí son personas mayores. Se comenta que los farmacéuticos que trabajan en este tipo de poblaciones dedican más tiempo a explicar a sus clientes los medicamentos cuando estos son cambiados (marca a genérico, de una EFG a otra distinta, cambios de prescripción, etc.). Es decir, con frecuencia es modificado el aspecto de los medicamentos, lo que genera confusión en la población de farmacias rurales.

*me da igual que sea cada 6 meses!  
Está una persona de XXXX y tú no te puedes estar cambiando cada 6 meses el medicamento! (enfadada)*

*24. Eso tenemos malo los farmacéuticos a la hora de prepararnos porque por ejemplo a los médicos se los da el estado gratuitamente los cursos y encima les ponen sustituto. Y encima no lo aprovechan porque se van... Mientras el curso no entra nadie. Van a recoger el diploma y punto.*

Se denota desánimo cuando los participantes hablan y valoran lo que el estado hace por la formación extra de los profesionales de la medicina y no por los farmacéuticos. Incluso se asegura que los organismos se preocupan del reciclaje docente gratuito que reciben los médicos, además de la búsqueda de un profesional sustituto que cubra su plaza mientras es impartida la formación.

#### **F. de Concienciación.** **Conocimiento**

*24. El farmacéutico tiene que estar al día. Un aspecto positivo muy bueno para el paciente, pero también es bueno para el farmacéutico.*

*Son tres cosas: Tú tienes que estar preparado, el paciente tiene que quererlo y el médico tiene que consentirlo.*

Para la mejora de la farmacia, del farmacéutico como profesional, del paciente y de su salud, y de la actividad y efectividad de la consulta médica, el farmacéutico ha de estar al día profesionalmente, tener conocimiento de los nuevos fármacos, las enfermedades, saber dónde encontrar la información que no conozca. Sin embargo el paciente debe estar

preparado para recibir consejos y por último el médico, quien debe estar receptivo para aceptar las recomendaciones que en determinadas ocasiones el farmacéutico le envíe.

*26. Yo soy de formación continuada. Pero no tenemos tiempo, tenemos que desplazarnos, no tenemos posibilidad de ir y venir, parece que no y entonces somos un poco autodidactas.*

*Nosotros tenemos que ser multidisciplinares y saber de todo....*

Las farmacias rurales están situadas en pueblos pequeños y alejados de las ciudades o de las poblaciones más masificadas. Son lugares con una población escasa y normalmente de una media de edad bastante avanzada. Es por ello que en el grupo focal se hable del obstáculo que suponen las distancias tan largas que les separan a los farmacéuticos rurales de las provincias colindantes. Estas distancias de las que se hablan son el inconveniente para el desplazamiento habitual y la adquisición de una formación continuada y presencial en colegios farmacéuticos, universidades y organismos en los que se ofrezca una mejora ó complemento docente para la profesión.

Debido a esta dificultad, en las farmacias rurales se habla de una formación autodidacta.

*"Somos un poco autodidactas."*

*27. es bueno, reciclarse, El farmacéutico tiene que estar al día. El farmacéutico que se dedica de verdad... O sea, tiene que estudiar mucho....El farmacéutico que hace seguimiento farmacoterapéutico le obliga a estar al día, le obliga a estudiar.*

Para un profesional sanitario como es el farmacéutico se piensa que es importante estar actualizado y en constante formación de conocimientos. El estudio continuado y el reciclaje es necesario para ejercer con profesionalidad.

*28. De todas maneras... Ahora tenemos más... disponibilidad de herramientas para formarnos.*

Para los participantes el estar al día es importante. No obstante se piensa que hoy por hoy hay un exceso de información. Por lo que a veces se sienten tan abrumados que acaban por deshacerse de tanta información.

*Cuando yo empecé había una revista o dos. Y ahora al contrario, lo que hay es un montón de artículos y tal, el problema que ya hay es de exceso de información, exceso de cursos.*

*Muchas veces pasa que tan malo era antes no tener información, falta de información, como un exceso de información,..Yo tiro, bueno, casi toneladas todos los años...*

#### **Falta de Conocimiento.**

*29. atención farmacéutica, es un rollo lo de los protocolos la cantidad de tiempo que te quita,*

Para otros la realización de AF, más en concreto se refieren al SFT, lo ven como algo aburrido. La idea de que tengan que tomar notas es lo que

*yo tenía que decirle a la gente que se esperara, porque eso es, claro, porque yo no sé tanto papel, tanto papel, tanto rellenar,*

*30. Que no se den cuenta jamás, en un pueblo, nunca se deben dar cuenta de tu ignorancia. Si tú ignoras algo, te metes para dentro y lo buscas (risas) pero...*

*- Que no se note, ¿no?...Que no se note. Porque les crea una inseguridad. Te tienen que ver segura.*

*31. ¿Estamos preparados para hacer esto?*

*Yo pienso que no.*

*-Ahora mismo no.*

*- Yo tendría que hacer algún cursillo*

*- Yo pienso que sí.*

*yo creo que los farmacéuticos, por mucho que queremos hacer, somos una especie de héroes así entre comillas en los pueblos, salvando las distancias, pero la verdad es que yo pienso que no estamos preparados, para hacer un SFT en condiciones no estamos.*

*Yo antes sí, pero ahora hay muchas cosas que no conozco.*

#### **Desencadenantes para la Acción**

##### **Actitud del Titular.**

*32. yo creo que los que estamos aquí, la palabra parezca muy cursi, amamos la farmacia rural. La amamos, la queremos. Y yo creo que casi todos tenemos la capacidad, o algunos más, otros menos en el tiempo de cambiarnos de sitio. Yo, prefiero la farmacia rural.*

*el farmacéutico rural...tenemos que estar muchas horas. Si no estamos nosotros tenemos que encontrar a compañeros que las hagan...Lo que sí te puedo decir es que la satisfacción que tiene la mayoría farmacéutico rural... Por lo menos los que estamos aquí llevamos muchísimos años en lo rural. Y seguro que hemos tenido capacidad de cambiar...*

*tienes que estar allí al pie del cañón.*

*Es un trabajo esclavo, por lo que han dicho, los 365 días al año, pero tengo también una auxiliar por la tarde. Por*

les disgusta y desmotivada.

Un inconveniente del que se habla es el concerniente a que desconozcas algún tema. Se opina que el farmacéutico ha de dar siempre seguridad y confianza, por lo que para los farmacéuticos de farmacias rurales es vital "que no se den cuenta jamás, en un pueblo,... de tu ignorancia. Si tú ignoras algo, te metes para dentro y lo buscas."

Ante la idea de si están preparados para la implantación y realización de la AF, algunos opinan que no. Se vuelve a hacer hincapié en la necesidad de hacer un curso u obtener algo de formación.

Un participante en concreto manifiesta que en el pueblo a los farmacéuticos se les ve como "una especie de héroes". Sin embargo se habla de que son muchas las cosas que hoy se desconocen y se confirma la necesidad de estar más formados y actualizados si el objetivo es realizar SFT.

Al analizar la actitud que tienen estos participantes se ve que en cierta medida quieren cambiar y mejorar la situación que les rodea. Se habla de que los farmacéuticos del medio rural prefieren este medio. De hecho se dice que "yo creo que los que estamos aquí,...amamos la farmacia rural. La amamos, la queremos."

Incluso se explica lo sacrificado que les resulta su profesión, dado que son muchas horas las que pasan en la farmacia. En el caso de estas farmacias se dice que de no estar el titular deben contratar a otro farmacéutico que les sustituya, ya que están hablando de que muchos de ellos cuentan con un auxiliar por horas. A pesar de esto también se explica que es un trabajo satisfactorio y que en definitiva les gusta.

*"la farmacia rural, la atención que se tiene con el paciente... más... Personal."*

*las mañanas estoy sola porque además también me gusta a mí atender a los pacientes.*

*33. Muchos días tienes a una pobre vieja, o a un pobre viejo, que es que está solo que sus hijos no van a verlo, pues le tienes que achuchar y le tienes que eso y te tienes que preocupar,*

A veces es habitual que en farmacias más pequeñas los pacientes que se sienten solos se acomoden en la farmacia y hablen de sus problemas. Con la confianza que se establece en estas situaciones la motivación para ofrecer SFT y poderlo implantar sería suficiente. No obstante no es suficiente o no se ve como necesario.

*34. yo creo que la farmacia rural nunca va a desaparecer, es posible que tenga que ajustarse, -Sí, sí... tendrá que ajustarse, tendrá que mejorar stock, tendrá que cambiar una serie de cosas importantes...*

Pese a todo lo mencionado anteriormente, la actitud del farmacéutico rural no se ve lo suficientemente motivada para hacer cambios en lo que se refiere a la AF.

*Yo veo que la mejor manera que tenemos de que nuestra farmacia rural hacerla que de verdad funcione es un buen servicio farmacéutico.*

Se habla de cambios en el stock, ajustes... incluso se habla de que se ofrezca un buen servicio, pero en ningún momento se plantean la posibilidad de implantar la AF con lo que esta conlleva.

*35. he seguido la atención farmacéutica. Hago la que nosotros hacemos pero lo que es la atención farmacéutica como vosotros lo tenéis puesto, eso no se puede hacer.*

Se produce una actitud negativa y se rechaza la idea de hacer AF como está establecido.

*Eso se hace en todo los pueblos pequeños, o sea no así, como decía ella, rellenando tantísimo formulario, de una manera bastante más ágil, bastante más... bastante más llana.*

Se habla de hacer una AF más sencilla. Es decir se manifiesta que la AF se hace desde hace tiempo;

*"eso se hace en todo los pueblos pequeños,... de una manera bastante más ágil, bastante más llana.*

Se piensa que el SFT no se puede hacer como está descrito en los manuales de consenso y se manifiesta desagrado al tener que pedir datos o escribir.

*36. O sea que realmente yo creo que todos llevamos la atención farmacéutica porque todos conocemos a nuestros pacientes.... -Pero sin protocolizar.*

Además de lo que se ha expresado con anterioridad la actitud que tienen no parece que vaya a cambiar, puesto que se opina que el hecho de conocer a tus pacientes es suficiente para realizar AF. En este caso en concreto se habla de SFT.

Se cree que no hace falta escribir datos del paciente, anotar lo importante y se confía en la memoria; el escribir se toma como algo más frío e innecesario. Asimismo, se manifiesta que el farmacéutico necesita disponer de más tiempo.

### Competencia

37. *Yo lo que veo es que hay que ser muy cuidadoso, ir depurando mucho, y cuando lo llevemos o intentemos llevarlo ante los compañeros porque la atención farmacéutica debe ser el método...*

*Ha habido un momento que se ha empleado en ciertos sectores pues como un elemento de discriminación entre unos farmacéuticos y otros, ¿no? y yo creo que eso... Eso muy polémico*

### Demanda del Paciente.

38. *¿Y si por ejemplo fuera un paciente vuestro que os pidiese? Ah! Estupendo.*

*Eso sería un aliciente para nosotros. yo creo que la atención farmacéutica sí es necesaria, aunque no te lo pida el paciente directamente, te lo pide indirectamente...*

*Yo estoy en desacuerdo en ese tema. Te explico... El paciente no está acostumbrado a trabajar con seguimiento. Y si tú intentas hacerle a un paciente el seguimiento descubres que tiene que dar ciertos requisitos que no está dispuesto a dar.*

*La verdad, hoy por hoy es muy difícil.*

39. *hasta la médica, que tenía entonces, era encantadora, me mandaba ella los pacientes. Cuando ella descubría un problema relacionado con los medicamentos me lo mandaba para que yo le siguiera el protocolo... ¡pues ni aún así! Porque la gente volvía otra vez, a cualquier problema, en vez de decírmelo a mí, volvía otra vez al médico,*

### Motivacionales

#### Aspectos Emocionales.

40. *yo he visto que la gente confiaba mucho en mí, más, más... porque soy su farmacéutico, soy el único y aparte porque llevo 30 años allí. Pero cada día me doy cuenta que cada día la gente confía menos en nosotros*

Al pensar en la competencia que pueden rodear al sector de la farmacia, se habla de que el hecho de que un compañero implante este servicio en su OF, no debe ser objeto de discriminación para otros que no lo tengan incluido en su cartera de servicios.

Se ha manifestado que no quieren que se usen de manera discriminatoria los servicios que uno ofrezca en su farmacia frente al que no los ofrece.

Pese a ello, para algunos de los participantes la idea de que sea el paciente el que solicite el servicio de SFT es más que suficiente para llevarlo a cabo. Para otros quienes ven la AF como necesaria se piensa que;

*“aunque no te lo pida el paciente directamente, te lo pide indirectamente...”*

Sin embargo, para otros, esto no es bastante puesto que se ve su ejecución bastante complicada, sobretodo cuando se piden los datos del paciente. Se opinan que al pedir la información solicitada el paciente no está conforme y no la quiere dar.

En farmacias en la que se ha intentado hacer SFT, se opina que aunque el médico colabore no es suficiente. Se habla de pacientes a los que se les ha llevado en SFT y cuando se detecta un problema el paciente acude al médico en lugar de al farmacéutico.

Emocionalmente se desmotivan cuando se habla de la desconfianza que se genera entre la población cuando el farmacéutico les cambia los medicamentos. Esto se debe a la prescripción por principio activo y lo complicado que resulta explicar que el medicamento hace el mismo efecto aunque la caja y la pastilla/comprimido cambien de color y el nombre sea diferente.

*Cuando se ponen los principios activos,...usted me tiene que dar diferente. Es lo mismo, la misma molécula, las mismas cápsulas,...pero tiene que tomarse esta porque la otra es más cara y tal ¡usted me tiene que dar esto!  
y la desconfianza que puede producir*

41. *aunque sea una farmacia chica... A mí me gusta que mi farmacia tenga de todo. Para que digan: ¡Ay! Tenemos una farmacia como en la capital*

#### **Influencia Social.**

42. *yo creo que la atención farmacéutica no es sólo el seguimiento del medicamento, sino de todos los problemas que pueda tener el enfermo, por lo menos en el medio rural, ahora ya ¿en las capitales? Pues suelen llevar todas las fichas que tienen y todo, que no las llevarán, seguramente... pero yo creo que la atención farmacéutica sería todo, llevarlo todo.*

#### **Presión de la Administración.Presión del COF**

43. *¿Creéis que si ellos dicen "sería conveniente que hicierais seguimiento" vosotros lo haríais?*

- *Si, de hecho cuando yo por ejemplo empecé con lo de la AF, fue porque el colegio puso... Y venga a mandarnos circulares, y venga... Los cursos eran del colegio, después ya se pusieron de acuerdo con la Hermandad, e hice dos o tres pero todo fue porque el colegio nos mandaba información, y yo pues digo, pues esto será bueno,*

*Ahora, si después tú ya lo haces, y lo intentas, y ves que no, pues no puede ser. Pero que sí, que lo que el Cof propone normalmente nosotros lo seguimos, porque vemos que siempre son cosas...Generalmente interesantes.*

Este problema lleva implícito que el paciente dude y desconfíe de su farmacéutico, aunque este sea conocido durante muchos años.

A pesar de que sean farmacias más pequeñas que otras de mucho paso de gente, se comenta que les gusta tener una gama de existencias bastante amplia para que los pacientes se encuentren cómodos y estén surtidos de todo lo que necesiten.

*"Me gusta que mi farmacia tenga de todo. Para que digan: ¡Ay! Tenemos una farmacia como en la capital"*

Se habla del significado que tiene la palabra atención farmacéutica para los farmacéuticos participantes, se asegura que una buena atención farmacéutica no solo se trata de la dispensación del medicamento, sino que además hay que demostrar una participación activa, escuchando al paciente y mostrando preocupación por los problemas con los que acuden a la farmacia. Se piensa que la AF en las zonas rurales es diferente de la AF que se hace en las capitales. Y aunque se denotan pequeñas dudas, se habla de que en estas últimas el seguimiento posiblemente esté registrado y las fichas actualizadas.

Con respecto a la pregunta que se les plantea que el COF les propusiese hacer SFT, se opina que normalmente cuando algo es propuesto por ellos se suele seguir.

Se manifiestan motivados ante la idea de que su COF participe en diferentes actividades y de que les hagan participar. Es tal la confianza depositada que se manifiesta que cuando el COF plantea una actividad los farmacéuticos piensan que seguro es bueno para su profesión.

No obstante se comenta que a veces algo que han seguido a través del COF, no les ha servido para su farmacia, pero que lo han intentado y que les ha resultado de interés.



### **Habilidades del Farmacéutico.**

44. *en definitiva una cosa que nunca va a fallar y que creo que nunca ha fallado es que lo que tienes que hacer es observar qué necesidades tienen las personas a las que tú vas a darle un servicio y no fallar nunca en el servicio que nos va a cubrir esas necesidades. Si tienes eso claro yo creo que venga lo que venga, normalmente la gente va a confiar en ti, vamos, tu farmacia siempre va a ir para delante.*

#### **Facilitadores Externos**

##### **Universidad.**

*La farmacia se ha convertido ya realmente en una carrera muy difícil. Muy difícil desde el punto de vista técnico, cada vez más sofisticada, cada vez moléculas nuevas, es impresionante cómo está cambiando.*

##### **Médicos.**

46. *yo tengo siempre muy buena suerte con los médicos y entonces hicimos una reunión la médica, la ATS y yo a todo el pueblo, los cogimos en la discoteca y fue todo el pueblo, le explicamos lo que iba a pasar y que íbamos a cambiar de medicamentos.*

47. *yo... descubro que se están tomando el mismo medicamento por tres veces...yo descubro por una parte... otras veces lo descubre el médico...*

*Tú vas al médico a ver qué le manda... Y el que hay ahora mismo bueno, pero el que había antes tú le mandabas una carta...*

*- Y te mandaba... Vamos, te mandaba...*

*- A la Conchinchina.*

*- tiene que haber complicidad con el médico.*

En todos los sectores en los que haya una transacción comercial, remunerada o no, es fundamental la observación de las necesidades del cliente para que se consiga o bien un aumento de ventas o bien la mejora y satisfacción del cliente. En el Grupo Focal se analiza el servicio que se ofrece en la farmacia y la mejora de este, para lo que se establece la importancia que tiene cubrir las necesidades del paciente.

La formación que se recibe desde la facultad se ve bastante completa. Se habla de la dificultad que supone realizar los estudios de farmacéutico y del cambio que sufren los medicamentos cada día, con nuevos lanzamientos, nuevos estudios y en definitiva nuevos descubrimientos.

A la hora de hablar de la colaboración con el médico, algunos hablan de la suerte que tienen con los médicos y miembros de su centro de salud, gracias a la participación y la colaboración de estos con el farmacéutico.

Un participante comenta que en su pueblo con el cambio de medicamentos, entendiendo este como cambiar de marca a principio activo, se hizo una reunión formada por el médico, la ATS y el para explicar a los pacientes lo que iba a suceder. En este sentido este participante se siente satisfecho y tiene fácil acceso a la colaboración con los miembros de su centro de salud.

En determinadas ocasiones se manifiesta que se detectan errores en cómo se toma el paciente la medicación. Otras veces es el farmacéutico el que se da cuenta de este error

*"Muchas veces te das cuenta de cosas, que al médico le pasan inadvertidas"*

Sin embargo, es importante la relación que haya con el médico. Ya que esta situación para algunos participantes no es motivo para realizar SFT, ni tan siquiera para contactar con el médico, porque en su opinión se piensa que al médico no le va a gustar la intervención del farmacéutico.

*"...parte de los médicos, que creen que nos estamos metiendo mucho en su terreno"*

*Cualquier tema relacionado con un medicamento lo va a descubrir el médico enseguida, porque cualquier problema que tiene un paciente va al médico veintisiete veces en la misma mañana.*

- Si no le llama por teléfono
- 

#### **Pos-Motivacionales**

##### **Adquisición de Habilidades.**

49. *hay que llegar muchas veces a psicólogo, confesor espiritual...*

*...asesor matrimonial... Vamos, de todo.*

50. *¿Cómo creéis vosotros que podéis mejorar la farmacia*

*Yo creo que ahora se habla mucho de fidelización de clientes, una palabra muy bonita que está en boca de todos. Yo creo que la mejor fidelización de clientes es aquella que está basada en el comportamiento que tú tienes con tus amigos,... tus pacientes, tus clientes...en darles su medicamento seguro, en darle su consejo no le cobras nada, en darle ese achuchón cuando están bajas.*

51. *las habilidades no se cogen directamente, las habilidades se van cogiendo a lo largo de la profesión, entonces alguien que ha terminado no tiene las mismas habilidades que otra persona que a lo mejor lleva muchos días, trabajando y trabajando en estos temas.*

##### **Objetivos de las Acciones**

52. *habría que compaginar atención farmacéutica con el Consejo.*

*los que estamos a pie...las casas de informática, las cooperativas, los que realmente somos los servicios. Tenemos que compaginarlos, y decir, qué es lo que vosotros queréis dar y qué es lo que nosotros podemos aportar, y meterlo eso, en el mismo programa, y estaríamos haciendo atención farmacéutica prácticamente sin enterarse de nada, el paciente.*

Otro participante cree que es más sencillo que el médico descubra los posibles errores porque el paciente visita al médico con bastante frecuencia.

Entre las habilidades que el farmacéutico ha desarrollado a lo largo de su ejercicio profesional se encuentran las labores de psicólogos, confesores, asesores matrimoniales...

Otras habilidades que se plantean para mejorar la farmacia es la fidelización de clientes, que como bien se dice en la reunión es un término que está ahora muy de moda.

Se piensa que dar un buen servicio, el comportamiento, el trato correcto y amable, la amistad... hacia el paciente es indispensable para su fidelización.

*"en el tema de cómo mejorar nuestra farmacia en el medio rural es dar un buen servicio."*

Se piensa que la adquisición de estas habilidades no se consiguen inmediatamente, es un trabajo duro que se logra con años de experiencia profesional.

Para realizar AF, se plantea la posibilidad de armonizar la colaboración entre la AF del Consejo, los farmacéuticos ejercientes, las casa informáticas y las hermandades. De esto modo se piensa que al entrar en colaboración cada uno facilitara sus necesidades para la creación de una herramienta o programa que facilite su implantación.

Además se proponen incluso unas pautas para hacer SFT; "

*Habría que procurar simplificarla, habría que procurar hacer como escalones. Escalones muy sencillos e ir pasando."*

### **Planes de Implantación.**

53. Yo creo que si se llevaran...unos pequeños protocolos, algo sencillo, siempre que el paciente quiera...

No obstante otro participante opina que algo sencillo con el consentimiento del paciente sería muy útil y más sencillo de realizar.

**Cambio de la estructura de la OF**  
54. es importante no tener una farmacia cutre...

Una farmacia con buen aspecto, ordenada, limpia y bien organizada se considera importante.

es verdad que es importante que...la farmacia tenga un poquito también de aspecto físico en condiciones.

### **Selección de Pacientes.**

55. El seguimiento tampoco se puede hacer a todo el mundo, esa es mi experiencia personal cuando he hecho algún seguimiento más o menos en persona de eso...

Para la realización de SFT se establece prioritaria la selección de los pacientes. Se opina que deben ser pacientes que estén interesados en el seguimiento de su salud y en el uso correcto de los medicamentos que utilizan.

O tú te responsabilizas conmigo de esta situación o yo no puedo hacerte el seguimiento.

Se pone de ejemplo a pacientes polimedicados, en los que se detecta que tanta medicación les puede crear confusión, y confundir así unas pastillas con otras.

### **Organización-Citas.**

56. tampoco cuesta muchas veces trabajo a alguna persona que quiera hacer ese seguimiento farmacoterapéutico, citarlo una tarde y meterla.

Se considera importante para el SFT una organización de citas. Se piensa que para un correcto funcionamiento de este es necesario quedar en un lugar apartado de la zona de atención al público. Incluso en el caso de detectar algún error en la medicación se considera necesario informar al paciente y darle una cita en la que se le explique el problema detectado.

Detectar un problema de que los está tomando los dos castopriles o si está tomando los dos, llamarla por la tarde, hablarle, pero efectivamente...  
- Vente por la tarde y tráete en una bolsa todo lo que estás tomando

#### **Barreras**

##### **Falta de Tiempo.**

57. atención farmacéutica, es un rollo lo de los protocolos la cantidad de tiempo que te quita,

Dentro de las barreras que se plantean para la implantación del SFT, nos encontramos con la realización de los protocolos y la falta de tiempo que estos suponen.

yo tenía que decirle a la gente que se esperara, porque eso es, claro, porque yo no sé tanto papel, tanto papel, tanto rellenar

lo que si veo bastante complicado es entretenerte en registrar

Yo lo veo muy positivo ¿eh? Para el farmacéutico y para el paciente. Pero es lo que choca, choca con el tiempo y con el medio que nos movemos que es con el paciente,

*protocolizarlo, poco tiempo tenemos los que estamos en ese tema pero que...*

*De lo que se quejan allí, el médico el ATS y eso es que lo tienen todo que... Los protocolos. No es la calidad, sino cuánto... y venga a escribir. Y se quejan muchísimo porque pierden muchísimo tiempo en hacer unas listas que sé que ese tiempo se lo podían dedicar a los pacientes. Se quejan ellas, ¿no? Digo "ellas" porque allí somos todo mujeres. Y entonces, dicen que podrían dedicarle más tiempo pero que les quita muchísimo el tener que estar todo el día con el bolígrafo en la mano y haciendo las estadísticas de cuántos he visto, cuántos no he visto, cuántos con la tensión alta, cuántos no sé qué, cuántos... Y entonces... Bueno, antes, antes decían que era mucho más bonito...-Más humana.*

*En la farmacia pequeña los protocolos tienen que ser muy, muy pequeños. Cuando la farmacia va siendo más grande, quizás porque yo puedo atenderlo un día y otro día lo puede atender otro, quizá haya que recoger algo más.*

*Por las tardes no tenemos tiempo. Si esto estuviera una jornada continua, y tú tuvieras las tardes libres, pues te podrías preparar, digo yo. Pero así es imposible. Porque estás todo el día liado.*

*58. Yo, personalmente, sí tenemos herramientas pero además es que esas herramientas a veces nosotros no sabemos manejarlas, o no tenemos tiempo,*

*nosotros que tenemos poco tiempo y tal y cual, utilizar las herramientas informáticas para nosotros sería muy importante y optimizarlas, en la eficiencia, etc*

#### **Reacción del Paciente.**

*59. empezamos a hacer entrevistas para hacer atención farmacéutica. Y nos dimos cuenta de que la gente no era sincera.*

*Si a una persona le preguntas directamente si cumple el tratamiento pues te va a decir que sí. Pero tú luego te das cuenta de que a*

A pesar de disponer de herramientas que faciliten el SFT, se manifiesta que la falta de tiempo es un inconveniente, ya no solo por los protocolos sino también para aprender a utilizar correctamente las herramientas que se facilitan para la implantación de tal servicio.

Un participante que se ha decidido a prestar estos servicios pone de manifiesto otra barrera que aparece cuando lo intenta. Esta barrera consiste en la reticencia de la gente y en la omisión o falsedad de datos. Es decir, se afirma que a la hora de tomar los datos necesarios o realizar alguna pregunta farmacéutico-paciente, este último miente dando datos

*lo mejor el envase no le dura lo que tiene que durarle. Le dura más, o le dura menos. Con lo cual muchas veces nosotros cogemos los datos de otras formas.*

60. *¿Por qué creéis que no son sinceros y eso? ¿Por qué no se atreven a decírtelo...?*

- *Pues no sé, quizá.... Porque estás escribiendo.*

- *Exactamente.*

*Eso, ése es el problema.*

*-... estás escribiendo, no nos fiamos. (risas) Porque no sabemos lo que estás escribiendo... (más risas)*

*En cuanto te ven coger el lápiz, pedir datos... En seguida parece como... se ponen a la defensiva, mientras que hablando pues prácticamente no hay problema.*

61. *otro problema. Ese seguimiento muchas veces lo quieres hacer con enfermos puntuales que están poli medicados. Que son hipocondríacos y se toman de todo. Pero esos engañan al médico, Y te engañan a ti,*

62. *pero como haya que escribir y pase usted padentro que le voy a ... ahí se oponen de pronto...*

*Está acostumbrado a llegar a la farmacia... pone la receta encima...espera que le corta el cartoncillo y como mucho, ¿cómo se toma esto? que se lo apuntes, que se lo expliques y punto*

#### **Falta de Personal.**

63. *yo creo que protocolizarlo sería importante para que tuviéramos un reflejo, una documentación, para en fin, no sé, si en algún momento hubiera que reflejarlos ante la Junta*

incorrectos, y por tanto complicando la labor del farmacéutico y la realización del SFT.

*"no van a la farmacia para que tú no les regañes"*

Ante esta situación, los participantes opinan que esta situación se debe a la toma de notas, es decir se piensa que el motivo es el estar escribiendo lo que el paciente le dice.

También se muestran desconfiados cuando el farmacéutico les pide los datos de la cartilla sanitaria, tanto es así que llegan a dar la de otro miembro de la familia.

*"Cuando pides el carnet, normalmente va la mujer y lleva la cartilla del marido y la de ella. El carnet no lo lleva nadie. Digo, déjeme la cartilla.*

*-¿Eso para qué es?*

*-Para apuntar el carnet...*

*-Y entonces coge y se guarda la suya y da la del marido...Y a la inversa."*

Otra barrera que se plantea es a la hora de escoger los pacientes a los que se les va a hacer el SFT, en concreto se habla sobre cuando se elige pacientes polimedificados que además son hipocondríacos ya que se dice que estos no solo le mienten al farmacéutico sino que también lo hacen con el médico.

Sin embargo para otros el mero hecho de indicarle al paciente que entre a la rebotica o al despacho, se plantea como reticencia para que este no quiera pasar.

En definitiva se habla de las costumbres que los pacientes tienen, y se comenta que lo que este busca es la rapidez, que la dispensación sea rápida y a veces una pequeña indicación es suficiente.

*"Está acostumbrado a llegar a la farmacia...*

*pone la receta encima...espera que le corta el cartoncillo."*

Se opina que sería importante llevar una "protocolización" de la AF, donde se reflejen todos los datos obtenidos para que la Junta de Andalucía conozca lo que se podría hacer y los

*de Andalucía, pues sacáramos esos papeles. Pero entiendo que es que es totalmente tedioso. O sea es complicadísimo dedicarse a reflejar todo eso en papeles porque necesitarías contratar a otra persona para poder...*

*- Para que estuviera rellenando...*

*- Para poder atender.*

*Nuestra farmacia rural, no tenemos mucho personal o casi ninguno para poder echar una mano mientras hay que estar atendiendo al público para hacer estas otras labores.*

beneficios que conlleva tanto para el paciente como para la administración.

A pesar de ver la importancia que esto supone se antepone la barrera de la falta de tiempo o en este caso concretamente se habla de la falta de personal.

### **Facilitadores Internos**

#### **Establecimiento de Prioridades.**

*64. ¿qué prioridades dais vosotros en la farmacia?*

*Yo siempre el paciente es primero.*

*- El paciente es el primero*

*..y el comercial... si él es de los que te cae bien, pues le dices... (risas) si es invierno y hace un frío de demonios como en mi pueblo, le digo pasa dentro que tengo... una mesa camilla de estilo antiguo con su brasero... y espérate ahí. Pero el paciente es lo primero.*

*- Los demás se esperan. Eso está claro.*

Para los participantes es muy importante el paciente que visita la oficina de farmacia. Se habla de las prioridades que hay en una farmacia de tipo rural y se manifiesta lo esencial que resulta para todos la disposición total para el cliente. Sin embargo también se habla de los comerciales que frecuentan los establecimientos farmacéuticos para los que se busca un intervalo de tiempo en el que puedan ser atendidos, pero siempre que no haya nadie en el mostrador esperando para ser atendido.

#### **Estructura ZAP**

*65. Tampoco cuesta muchas veces trabajo a alguna persona que quiera hacer ese seguimiento farmacoterapéutico, citarlo una tarde y meterla*

Al hablar de realizar SFT, se da por sentado que lo ideal es hacerlo en un lugar habilitado, que este apartado de la zona de atención al público, en concreto se entiende que lo adecuado es una zona de atención personalizada.

### 5.1.3 Grupo Focal Farmacéuticos Semi-Urbanas

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos con farmacias semi-urbanas

*"¿Cuál es vuestra rutina día a día?"*

1. *"Pues... montañas de papeleo"*

*"A mí me gusta atender al público y estar en el mostrador... pero gran parte del tiempo lo que estoy es metido en un despacho... repasando papeles... porque a lo mejor una farmacia muy grande tiene contable, no sé qué...yo no tengo, así que esto lo tengo que hacer yo, y el auxiliar entra a las consultas. Entonces, ese, ese tiempo a mí es el que me resulta desagradable y antipático de trabajo, el puramente administrativo."*

Se opina que la rutina diaria del farmacéutico está relacionada con un enorme montón de papeles que hay que despejar cada día.

Según la opinión de los participantes son muchas las rutinas diarias que se realizan en las farmacias, las cuales cada vez son más parecidas a un negocio empresarial más que al de un establecimiento sanitario. Además de estas rutinas se habla de las necesidades psicológicas que atienden y que han ido aprendiendo en el día a día escuchando a sus clientes, incluso se comentan las cosas que hacen para que sus clientes se encuentren satisfechos como por ejemplo cuando se ofrecen consejos o se les pregunta por su estado salud. Sin embargo se pone de manifiesto lo que para la mayoría de los farmacéuticos supone un problema, por lo aburrido que resulta, como son los trámites burocráticos o el papeleo que tienen al que se someten en el despacho para el correcto funcionamiento del negocio.

Los farmacéuticos expresan que la parte administrativa de la farmacia es la que más les incomoda y menos les gusta. Y asocian los registros que se hacen al realizar servicios de Atención Farmacéutica a este tipo de trámites.

2. *"Yo por lo menos normalmente voy antes de la hora, abro y mientras...o bien enciendo los ordenadores, ves las técnicas más o menos... Te pones... Luego pues despachas, y si cierras a las dos o las dos menos cuarto suelo salir a las tres de la tarde. Miro todo lo que se ha despachado, tenemos costumbre de mirar en el ordenador, el diario de*

Afirman que la prioridad en sus farmacias son los pacientes que les visitan. Incluso algunos de los participantes explican cómo cuando cierran sus farmacias comprueban los medicamentos y productos despachados durante el día, por si hay algún fallo poder detectarlo rápidamente y contactar con el paciente.

*ventas, entonces...por si ha habido algún error...Se puede detectar muy fácilmente"*

*"Pero la rutina siempre es eso, papeles y el mismo cliente que va... que es lo bueno, que vuelva a la farmacia muchas veces. Porque unas veces vendrá a comprar y otras veces vendrá a preguntar."*

*"hay veces que yo considero que hacemos pues de cocinero, de fraile y de todo porque hacemos de todo en la farmacia."*

No obstante se manifiesta una contradicción entre lo que se piensa y lo que actualmente se hace, ya que estos participantes comentan que las rutinas diarias por las que están rodeados son el papeleo, abrir y cerrar la farmacia, etc....lo que nos les deja tiempo para priorizar la atención a los pacientes.

Sin embargo, también se afirma que les gusta añadir a esta rutina el hecho de que el cliente visite periódicamente su oficina de farmacia, lo que entienden como bueno. Incluso, aunque en ocasiones no compre ningún medicamento ni producto farmacéutico y sólo la visite para hacer consultas sobre alguna duda relacionada con su salud o medicamentos.

3. *"Dejarme que os diga una cosa que es un poco dura a lo mejor,... si me estáis diciendo que hace falta un equipo y por otra parte me decís que es algo que hay que hacer... quiere decir que hay que replantearse el modelo de la farmacia ¿o no?"*

*"- Pues sí."*

Se comenta que la farmacia como profesión está pasando por una situación difícil, durante la que ha sido afectada de manera negativa por compañeros que la han visto como un negocio rentable en lugar de como un establecimiento sanitario donde la atención hacia la salud de los pacientes era fundamental.

Es por ello que los farmacéuticos comentan que es necesario tener un equipo de profesionales y también dicen que es importante hacer seguimiento, por lo que se replantean que el modelo de la farmacia actual debe cambiar. Así pues, se opina que ofrecer una dedicación más personal, dar un valor añadido o plantearse la implantación de nuevos servicios cognitivos de AF, es una posibilidad que puede modificar el concepto que se tiene actualmente del farmacéutico y mejorarlo haciendo que se vea como un experto de la salud. Es por ello que se plantea un cambio en el modelo de la farmacia dirigiendo este hacia un servicio más profesional.



*F. Predisponentes*

*Sociales y Culturales*

4. *"La población de invierno, la población estable es totalmente distinta, en el sentido de que la de verano es diversa, cada una es de un sitio de España, cada una es...y tiene... se complica un poco la... si cabe, además de por el número, por la diversidad de la gente."*

*"Como dice mi gente de allí: esto no es una farmacia, esto es una botica. Y esto es lo que yo te digo, allí nos conocemos todos... viene a enseñarme su nieto..."*

5. *"- Porque es que el paciente normalmente... Bueno, normalmente, la mayoría de las veces se equivoca. Sí. Son más... confunden unas pastillas con otras, toman más dosis que la que deberían de tomar... O sea son una serie de fallos que cometen que quizá está en nuestra mano cuando dispensemos, pues decirle: oye, esto, ¿Sabes cómo te lo tienes que tomar? ¿Sabe usted como se lo tiene que tomar? Tal... "*

*"- ¿Sabe usted que lleva dos cajas este mes? (risas)"*

*"- Hacerle hincapié cuando cambia de genérico, que es el mismo pero que es de otra marca... que tal... todo eso. En nuestra mano también está eso."*

*"- Yo creo que está en nuestra mano...Hacer el seguimiento y la atención. Incluso no la que yo hablaba antes sino una atención un poco más, más metodología. Haciendo todo y llevar un registro. "*

*"- No, a mí no me parece exactamente lo mejor pues quizás porque mi farmacia no es, no es, no es muy factible, porque a más que en invierno, en verano es imposible, con la cantidad de clientes distintos que me vienen."*

En el grupo focal de los farmacéuticos procedentes de farmacias semi-urbanas, se explica la complicación que conlleva al farmacéutico dar una atención adecuada a los clientes, por la cantidad de gente que visita la farmacia durante el año, puesto que según la estación del año (invierno o verano) en la que se encuentren, habrá más o menos clientes.

Además, se comenta también lo difícil que resulta atender a clientes de diferentes países, sobre todo durante el periodo estival. Sin embargo, el resto del año hablan de la población tan estable que mantienen; incluso se comenta cómo sus clientes acuden a su oficina de farmacia sólo por la cortesía de hacerles una visita, por ejemplo las abuelas que llevan a sus nietos para que los conozcan.

Igualmente a veces se plantean que la AF es útil y piensan que se debería hacer. Pese a esto se cuestionan si tal vez cuando dispensan un medicamento se debe de preguntar a los clientes si saben qué cantidad de la dosis se deben tomar, si saben para qué sirve exactamente el medicamento que van a usar... También se comenta el desconocimiento existente entre la población sobre los genéricos, para lo que se opina que los farmacéuticos deberían de explicar a los clientes qué son, además de asesorarles en las dudas, etc.... De este modo se piensa que la labor del farmacéutico como profesional es más completa.

Sin embargo aunque también se comenta que tal vez sí deben hacer una Atención Farmacéutica, un seguimiento más metodológico, cuando se pregunta a los farmacéuticos si realizarían seguimiento, comentan que en sus farmacias tal vez no lo hagan, debido a la diversidad de personas que visitan sus farmacias en épocas estivales, ya que durante los meses de vacaciones además de los clientes habituales, también son visitados

por clientes de paso, con otro idioma y con prisa por ser atendidos, lo que hace muy difícil la realización del SFT.

6. *"Yo creo que con mucho menos esfuerzo, con muy poca cosa y con los equipos que tenemos hoy se puede hacer un seguimiento sin que necesitemos tantísimas cosas, sólo dedicar un poquitín de atención. Creo yo. Sin tener que cambiar ningún modelo ni... cambiar nada. Podemos hacerlo si nos implicamos en ello."*

*"Creo, que con los equipos que tenemos y, y sólo dedicándole un poquitín de tiempo, no te estoy hablando de... con media hora al día se hace el seguimiento. No lo vamos a hacer todos. El primer día de todos, pero... un día voy a... mira éste está viniendo muchos días, voy a ver si lo... y cojo... si no le voy a decir nada a él, sino que voy a mi ordenador y voy a tener lo que toma."*

*"Pero yo creo que sería importante que el paciente sepa que tú le estás llevando el seguimiento. Eso es fundamental."*

7. *"Que hay diferencia verano invierno."*

*"- Yo pienso pero aumentado, porque hay problema de que el médico sea extranjero pero más problema es que no haya"*

*"- PRESENTADOR: ¿Que no haya médico?"*

*"No hay médico,... hay problemas, pero... ¿cómo lo vivís?"*

*"Pues con muchísima presión... porque acuden cosas a la farmacia que no acudirían en una situación normal, porque irían a urgencias, como urgencias está o muy lejos o saturados,"*

*"Pues directamente van a la farmacia, con cosas que en una situación normal sanitaria, de una buena planificación sanitaria no irían a la farmacia."*

Por el contrario algunos farmacéuticos opinan que con los medios de que disponen hoy día, las nuevas tecnologías, las facilidades que existen y con un poco de esfuerzo y tiempo, sí es viable la realización del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias.

Se opina que tan solo hace falta una mayor implicación, y se habla de la importancia que tiene que el paciente conozca qué se le está haciendo, para qué sirve y el esfuerzo que conlleva su realización.

Otra diferencia estacional que se plantea para algunos de los farmacéuticos participantes, es la existencia de médicos extranjeros e incluso, a veces, la falta de médico.

En ocasiones, cuando los medicamentos son prescritos por un médico extranjero, una correcta dispensación se hace complicada, debido a que muchos de estos médicos prescriben medicamentos que no son conocidos en España, dificultando por tanto la dispensación del mismo.

En las situaciones en las que no hay médico, el problema aparece cuando los clientes acuden a la oficina de farmacia con casos que en una situación normal no irían. Se habla de casos leves que necesitan una intervención urgente y rápida por un sanitario cualificado. Y que en situaciones normales, donde las urgencias estén correctamente

planificadas o no estén colapsadas, el médico o facultativa atendería la visita del paciente rápidamente.

8. *“Yo tengo noticias de que incluso en los consultorios se le advierte a la gente que se traigan los medicamentos de su lugar de residencia, con lo cual la farmacia de costa llegará un momento en que yo no sé qué vamos a hacer: vivir con la gente que está allí en invierno y con las urgencias, porque si la gente que viene de fuera se trae los medicamentos... es que ya es el colmo, es que ya es el colmo...”*

Para otros participantes el problema radica en las recomendaciones que el médico de atención primaria da a los pacientes que les visitan, siendo dicha recomendación que viajen de su lugar de residencia con los medicamentos que toman con mayor frecuencia.

Por este motivo se opina que para la farmacia de costa, esta recomendación, de que los pacientes lleven sus medicamentos desde su lugar de residencia, les afecta negativamente, a los farmacéuticos, puesto que si se lleva a cabo por los pacientes, llegará un momento en el que ni en épocas estivales se atiende a los clientes nuevos porque no visitarían la farmacia y sólo se seguirá atendiendo a los clientes que viven durante todo el año en la población.

9. *“Yo quería decir también una cosa referente... a que no tenemos médico... no hay servicio médico por la noche... y lógicamente siempre me he preguntado que para qué estoy de guardia por la noche porque si no hay ningún médico que recete medicamento, si a mí no me viene un señor con una receta a por un medicamento yo no le podría dar nada ¿no?”*

El número de guardias que se hacen en las farmacias ha disminuido con respecto a épocas anteriores. Hoy cada vez son menos los farmacéuticos que piensan en las guardias, debido a que existe una amplia flexibilidad horaria, pudiendo de esta manera tener acceso a una gama más amplia de farmacias de 24 y 12 horas. Es por ello que se hacen reflexiones por parte de algunos participantes acerca del sentido que en su pueblo tienen las guardias. Se preguntan para qué se hacen guardias en su farmacia si no hay servicio médico nocturno, no pudiendo dispensar un medicamento a un cliente si no tiene receta médica o si este cliente tiene acceso a una farmacia cercana de 24 horas donde pueda abastecerse.

10. *“Yo tengo un problema por ejemplo con los antibióticos, yo resulta que me he puesto en plan estricto a decir no, a nadie le doy antibióticos, que sea el médico el que recete el antibiótico.”*

Por otro lado y debido a que son muchas las farmacias que hoy día dan los medicamentos sin receta o prescripción médica, algunos farmacéuticos

Vale, entonces ¿qué es lo que ocurre la gente?"

"Se van a otra farmacia"

"De cualquier parte de la provincia, y no le preguntan, ni ¿para qué es? Ni ¿te lo ha recetado el médico? Se lo dan sin rechistar."

11. "He llegado a la conclusión de que visto el panorama de que yo estoy perdiendo clientes, que yo tengo, aparte de tener una farmacia tengo un negocio que vivo de él y que se me están yendo montones de pacientes, de gente, a otras farmacias que incluso van y me dicen: mira, ¿ves?, lo que me has dicho tú que no me das, aquí lo tengo, me lo han dado."

12. "Por otra parte resulta que yo me encuentro con médicos que llega un representante y me dice: cómprame este antibiótico, un antibiótico que cuesta treinta euros. Entonces, yo le digo: no, esto es un antibiótico que es el médico el que tiene que recetarlo ¿cómo me voy a quedar yo con un antibiótico...? sí, no te preocupes porque el médico es amigo mío. Y llega un señor estornudando, y le han recetado ese antibiótico que cuesta treinta euros. Entonces, yo me pregunto: ¿yo no estoy capacitada para dar a una persona que tiene la garganta así, que tiene treinta y ocho y medio, treinta y nueve de fiebre, para darle una Amoxicilina y resulta que el señor médico sí que puede darle un antibiótico cuando el hombre está estornudando que vale treinta euros? ¿Eso es serio?"

participantes, recalcan el problema que supone para ellos el plan estricto, que se deriva de los antibióticos. De manera que si ellos no venden un antibiótico sin receta, el cliente irá a otra farmacia donde lo pueda adquirir. La consecuencia de obtener el medicamento en otro establecimiento tendrá como resultado la pérdida de clientes en sus farmacias.

Ante hechos como estos, los farmacéuticos muestran su desmotivación y añaden la situación en la que se encuentra debido a que se trata de un negocio por el que se tiene que luchar y no pueden perder clientes por no querer dispensarle un antibiótico sin receta, cuando en otras farmacias cercanas se está vendiendo. Frente a este tipo de situaciones los farmacéuticos participantes manifiestan el alto grado de insatisfacción y decepción que sienten ante compañeros de profesión que no ejercen su labor diaria con la profesionalidad científica y con la capacidad técnica que han adquirido con una formación sanitaria tan específica.

Además, se habla de la influencia que los representantes que las empresas farmacéuticas tienen sobre los facultativos que prescriben los medicamentos. Manifiestan experiencias que han tenido lugar en sus farmacias, cuando un comercial de un laboratorio les ha ofrecido un medicamento, asegurando que por la amistad que mantiene con el médico, este lo va a prescribir. Se afirma que efectivamente esta situación es real puesto que los pacientes que salen de la consulta médica se acercan a la farmacia con esos medicamentos prescritos.

13. *"Yo creo que la población está también acostumbrados a ir a la farmacia y no adquirir un bien quiero decir, un artículo sanitario, podíamos decir, que vaya a mejorar tu salud sino que ellos lo enfocan como un artículo de consumo. O sea, si yo voy con mi dinero a la farmacia y pido un Augmentine pues lo normal es que me den el Augmentine y yo pague tres cuarenta o cinco sesenta."*

Los farmacéuticos hablan del significado que tiene la palabra farmacia para los clientes, donde en lugar de ser un establecimiento, en el que adquirir un artículo sanitario para mejorar su salud, es un lugar donde comprar un artículo de consumo más, puesto que lo van a pagar. Este tipo de comentarios hace que los farmacéuticos estén desmotivados y no sientan la necesidad de implantar nuevos servicios, ya que se piensa que las novedades que puedan ser implantadas en sus farmacias no van a ser valoradas por la población que las visita.

*"¿Cómo veis vuestra farmacia?"*

14. *"Yo creo que hay que diferenciar mucho y hacer aquí en los medios farmacéuticos una raya muy grande entre una farmacia y un supermercado. Y a mí cuando me dicen... voy a tu tienda yo me enfado muchísimo,"*

Se sabe que hoy día las farmacias que nos rodean cada vez más se empiezan a parecer a tiendas, supermercados y grandes superficies de venta de productos comunes.

En el grupo focal se manifiesta desagrado generalizado entre los participantes, comentando el desánimo que les invade cuando algún cliente les dice "voy a tu tienda..." ya que la farmacia es un establecimiento sanitario completamente diferente a, por ejemplo, los supermercados.

Para que esta situación conceptual se modifique y la población cambie la visión que tienen de la oficina de farmacia, los participantes proponen soluciones sobre cómo hacer hincapié en los diferentes aspectos sanitarios de las farmacias.

15. *"Tratar de diferenciar, de buscarle el aspecto sanitario a la farmacia, aún en las tonterías y buscando siempre tener o no tener cosas que no son específicas o que no tienen una relación con algo sanitario. Creo que sería una solución, porque es que de ahí a que nos consideren... a darle la vuelta a la farmacia y sacarle luego que cobre el cajero hay un paso,"*

Actualmente la farmacia está más centrada en el aumento de ventas de productos de parafarmacia. Ante esta situación los farmacéuticos tienen la percepción de que la población en muchos casos ve el establecimiento farmacéutico como otro comercio más. Es por ello que entre los participantes se expresa la necesidad de hacer un cambio para diferenciar la farmacia de un comercio común, donde al final de las compras pasas por la caja registradora.

Este cambio consiste según los farmacéuticos en que sea ofrecido un aspecto sanitario en todo momento y para todos los productos, no solo para los medicamentos. Así pues el cliente que compra un producto de OTC tendrá como valor añadido la intervención activa del farmacéutico, quien le presta un servicio más personalizado dando consejo.

*16. "Lo intenté hacer muchos años cuando me compré el primer equipo informático, de hacer atención farmacéutica. Entonces yo tenía fichas de mis clientes, mi pacientes, lo que tomaban, cuando les cambiaban el tratamiento, lo que... si alguna cosa interaccionaba y demás. Eso siempre me interesa mucho. Cuando ya empezaron lo de los contratos, lo de... asustaba un poco. O sea, yo ya, de ese tipo... A mí me dicen que yo no hago atención farmacéutica y... porque no hago un protocolo. Pero yo lo hago a mi manera,*

La Atención Farmacéutica es un tema del que se opina que en la práctica cotidiana se hace pero sin la utilización de protocolos. Algunos farmacéuticos comentan que durante un tiempo se estuvo haciendo seguimiento, e incluso, se tenían fichas de los pacientes donde se anotaba todo lo relevante. Además, se describen algunos casos que con frecuencia les ocurren, y que complican la realización de SFT, debido a que en este tipo de farmacias semi-urbanas, la mayor parte de sus clientes son, según palabras propias de los farmacéuticos, "analfabetos prácticos", .

*porque yo tengo mucha población, que no sabe leer, no son analfabetos totales pero son analfabetos prácticos, de decir... lo que estás leyendo... ayer, ayer no, pero el viernes me trajeron un informe médico que ponía, medio y medio y medio y dice: ¿esto qué es, uno o dos, uno o dos, uno o dos, según me encuentre? Porque los médicos piensan que todo el mundo sabe lo que es un quebrado. La gente no sabe lo que es un quebrado. Uno dos, puede ser uno o dos pastillas, porque ellos no leen uno partido por dos. Entonces si... bueno, pues yo te digo...pastillas. Y tengo el dibujito de la mañana, de la tarde de la noche porque tengo mucha población marroquí.*

Un ejemplo que ha sido comentado durante la reunión, lo tenemos cuando un farmacéutico explica como un cliente que visita su farmacia, al leer el informe médico donde pone un medio (1/2) lo interpreta por 1 ó 2 pastillas, tomándose las mismas según su estado, una pastilla si está mejor, dos si está peor o le duele. Es en estos casos cuando el farmacéutico se siente motivado y ve que su colaboración en la interpretación y posterior explicación de la posología del medicamento es necesaria para un correcto uso del mismo por el paciente.

La solución que se ofrece por los farmacéuticos a problemas como estos se trata de explicar a sus pacientes cómo se tienen que tomar los medicamentos y cuál es la dosis necesaria para su problema de salud. Incluso se ofrecen

*Ahora, hacer un protocolo... porque me lo planteé. Yo soy una persona que me dicen mira que quiero, que estoy resfriado vamos a ver, vamos a ver, ¿consentimiento? Y datos... tal, tal, tal, para atender... un anticatarral pues me parece ¡vamos! Es que yo me voy... “  
“- Tres horas allí para despachar un frenadol”*

*“Pedirle a la gente la firma es poner una barrera inmensa e infranqueable pero ahí... Y en todos lados.”*

*18. “Yo hago un seguimiento de que yo conozco a mis pacientes desde hace tanto tiempo que yo me sé absolutamente todo lo que toman. Entonces tal vez yo sí tendría que estar protocolizándolo*

*19. “La gente viene a que tú le soluciones un problema, por lo menos en líneas generales es lo que yo pienso y te cuentan... pues nada, si es de hipertensión... pues mira... yo... me pasa esto, tal y cual y esperan de ti una solución ¿no? Y entonces pienso que para la gen... para las personas... para los clientes, o los pacientes, es muy importante la opinión del farmacéutico, por lo menos a mí me lo parece y como decía ella, que vienen del pediatra y te preguntan... o le vuelven a preguntar, porque a mí me lo han hecho, preguntarme: ¿entonces, cuántos mililitros le tengo que dar de esto y tal? Y confían más en ti o por lo menos...*

*- Porque a lo mejor el médico te ha dicho dos centímetros... Sí.*

*- Dos centímetros cúbicos. Entonces yo me recuerdo, es que yo antes le daba dos mililitros, claro, no sabe la gente que si el mililitro, el centímetro cúbico es lo mismo. No lo saben.”*

unos pastilleros que tienen unos dibujitos para diferenciar la mañana, la tarde o la noche, donde incluir las dosis.

Sin embargo, se opina que en las farmacias hay muchas tareas y el tiempo es escaso y por tanto muy valioso, por lo que no se puede perder rellenando un protocolo, cuando de cabeza, sin protocolos escritos es la forma en que hacen su trabajo y que en su opinión es una forma que les va bien.

Además, se habla de la barrera que se crea con sus clientes cuando se les pide que firmen los consentimientos.

Se habla de la realización del “seguimiento no protocolizado”. Algunos farmacéuticos creen que es tanto el tiempo desde que conocen a sus pacientes y su medicación, que ya no son necesarias las anotaciones. Sin embargo, y debido a este motivo, algunos participantes dudan cuando piensan si tal vez es necesaria la posibilidad de la protocolización.

Es considerado por otros participantes que la opinión de los farmacéuticos es muy importante para los usuarios de la farmacia. Este hecho hace que se sientan con fuerza de establecer las correctas pautas para una dispensación más efectiva, ya que normalmente acuden a la farmacia a preguntar sus dudas médicas. A veces son muchos los pacientes que al salir de la consulta del médico visitan la farmacia con la intención de que su farmacéutico les aclare las dudas y como consulta de lo prescrito por el médico.

### Administración.

20. *"Yo lo que creo es que hay una hipocresía muy grande por parte de la Administración Sanitaria porque es con receta, estamos todos de acuerdo. Pero que haya... que esté el que tiene que hacer la receta, porque si no está, el que da la cara, se la parten o no, porque el que la da, es el farmacéutico."*

21. *"Luego hay otra cosa que yo quiero dejar aquí, por ejemplo mi hija ha hecho la carrera de dietética en atención farmacéutica. Entonces yo llamo a sanidad, o sea, vengo aquí para ver cómo puede hacer, vamos a completar el abanico de... tengo un local sanitario, con su registro, no me vale. Hay que hacer una disposición de (no se entiende) local o con otro número de registro sanitario y demás. Llamo a sanidad, porque digo en la peluquería están poniendo dietas.*

*- Anda y en la parafarmacia.*

*- No, no, esto es en la peluquería. Mayores, niños, enfermos, de todo. Todos están con dietas, con batidos, con esto, con lo otro, etc. Ah, sí, pero es que eso es una... una franquicia. Eso no necesita número de registro sanitario. Entonces yo creo que estamos un poco dejados de la mano. Nos ponen muchas normas, son muchas leyes, nosotros tenemos que cumplimentar todas las normas, pero mi hija que es farmacéutica y dietista, no puede ponerse a hacer dietas en mi local porque tiene que tener un registro, un sitio aparte... En fin. Se supone que lo vas a hacer en un despacho, para tener enfrente a la gente... pero que a mí me pongan todas esas cortapisas y cuando todo el mundo sabe que la peluquería, que el herbolario, que tal, nadie me pide el número de registro, nadie... ¡Ah! Porque son franquicias."*

Además, se manifiesta que la Administración Sanitaria debe solucionar el problema en los casos en que el médico por motivos administrativos del órgano competente, no esté en su puesto de trabajo. Este problema tiene como resultado efectos negativos sobre el farmacéutico que tendrá que recomendar algún producto que no necesite prescripción del médico, ya que el paciente no puede ser atendido por el facultativo y como consecuencia no obtendrá una prescripción médica con lo necesario para su recuperación de su salud.

Incluso se describe la multitud de obstáculos que se encuentran en las farmacias, cuando se pretende ampliar el abanico de servicios que pueden ofrecer en sus locales sanitarios. En concreto se explica la situación que algunos farmacéuticos encuentran en sus farmacias cuando, por ejemplo, entre su plantilla de trabajo se cuenta con un profesional que está especializado en dietética, quien por motivos administrativos no puede ejercer dicha profesión. Se manifiesta que para la realización de servicios como el de dietética es necesario un número de registro sanitario y otro local anejo al de la farmacia.

Este comentario se completa con la reflexión que algunos participantes se hacen sobre cuál es el motivo por el que en su establecimiento no se pueden ofertar servicios dietéticos y, sin embargo, en otros lugares como son las peluquerías sí se pueden hacer este tipo de servicios.

También se habla de la gran cantidad de normas y leyes por las que tienen que pasar las farmacias, y como franquicias u otros establecimientos no tienen que hacer nada para poder ofrecer un servicio de dietas a sus clientes.



### Opinión del Médico o Facultativo

22. *"Yo intenté hacer atención farmacéutica, le mandé en una ocasión a un médico una nota sobre una incompatibilidad, algo que había... Y el médico hizo caso omiso de lo que yo le había... de la observación que yo le había hecho."*

*Depende también de cómo se lo digas al médico. Si le dices: macho, te has equivocado. Pues no. Oye tú lo has hecho, pero sale aquí y yo te llamo. Lo llamo siempre haciéndome el tonto. Y me dice: ¡ah! Pues no me he dado cuenta, dile que venga... pues le has hecho un favor, pero es que hasta incluso antes de que existieran los ordenadores.*

23. *"¿que la atención farmacéutica no vale para nada?"*

*"La atención farmacéutica según los cursos que yo he estado dando aquí en el Colegio por ejemplo. ¿eh? Eso es lo que estábamos diciendo antes, una atención farmacéutica de que te presenten un tratamiento... y que tú venga un paciente con un efecto secundario extraño y tú te pongas a analizar eso a qué se debe, si hay un... si hay una incompatibilidad entre medicamentos, qué es lo que hay ahí. Entonces, hoy por hoy, si no hay un acuerdo con el médico, esto no sirve para nada. No podemos hacerlo."*

24. *"yo creo que si"*

*"Algunas veces, yo entiendo que el médico lo ha valorado y ha pesado más el beneficio que el... pero hay otras veces que a mí los mismos médicos del Centro me lo dicen, que... oye, si tú ves que alguna cosa, porque ni ellos ni nosotros tenemos la cabeza así. Y si yo tengo más facilidad para detectarlo porque nos hemos preocupado de estar preparados para eso pues creo que es una gran ventaja. Les dices oye mira, tengo esto, no le he hecho nada al paciente, ¿tú lo has hecho por algo? ¿no?"*

Algunos de los farmacéuticos manifiestan su decepción al intentar interactuar junto con el médico haciendo SFT a los pacientes. Este problema es muy común y afecta a la motivación que el farmacéutico tiene para poder hacer SFT a sus pacientes. La causa de desmotivación se hace más notable cuando el farmacéutico envía una nota al médico al observar que un paciente presenta una interacción con un medicamento, y el médico hace caso omiso de la recomendación del farmacéutico.

No obstante la causa de que algunos de los participantes opinen que la Atención Farmacéutica no sirve, se debe, a que creen que no hay un acuerdo entre médico-Farmacéutico.

No sólo se habla sobre cómo debe ser el trato con los clientes sino también comentan el problema que les causa el envío al médico de algún comentario sobre la prescripción hecha al paciente; sin embargo, otros se preguntan qué deben hacer para que el médico preste atención a sus recomendaciones.

Por otra parte hay farmacéuticos que manifiestan que en su caso los médicos son quienes les piden ayuda en el sentido de que los médicos están interesados en que el farmacéutico les avise o comunique aquellos casos en que detecte alguna contraindicación o interacción.

Incluso se comenta que existen casos en los que farmacéuticos se ponen en contacto con el médico cuando llega a la farmacia algún caso con pacientes a quienes la medicación no les hace efecto, sufren alguna reacción adversa o simplemente se les detecta algún problema.

*"Lo llamo siempre haciéndome el tonto. Y me dice: ¡ah! Pues no me he dado cuenta, dile que venga... pues le has hecho un favor, pero es que hasta incluso antes de que existieran los ordenadores."*

Además, se habla de que algunos farmacéuticos ya hacían este tipo de intervenciones, en el pasado, en las que se avisaba al médico cuando se detectaba algo fuera de lo habitual, y según palabras textuales; *"incluso antes de que existieran los ordenadores"*.

Se explica también por algunos participantes qué y cómo le dicen las cosas al médico para que este les escuche sin ofenderse. De tal modo que la intervención del farmacéutico se vea como una colaboración con el médico.

#### **F. de Información** **Receta Electrónica.**

25. *"El problema mayor es con las nuevas tecnologías"*

*"Cuando funciona la receta electrónica en otras comunidades, y viene un enfermo con la receta electrónica aquí. Aquí no existe todavía y resulta que el hombre no trae recetas físicas. Con lo cual no se le puede atender o hay que desviarlo otra vez al centro de salud, el centro de salud tiene o entiende lo que le dice el hombre que tiene pero tiene que creérselo porque no tienen lectores de su tarjeta sanitaria, entonces se la da o no se la da, con lo cual hay una diferencia que yo creo que es anticonstitucional y todo, porque el servicio que en teoría de farmacia que debe ser igual para todos los españoles, resulta que no va a ser "*

*"otra cosa"*

*"Tal y como va ahora mismo la tecnología, no va a servir. Habrá que pasar varios años hasta que se adapten para que el que saque su tarjeta sanitaria de Granada pueda ir a San Sebastián y pedir una receta. Pasará mucho tiempo para eso..."*

Se comentan las dificultades que hay en sus farmacias por no tener implantada aún la receta electrónica. Se explica lo que sucede cuando llegan pacientes con su tarjeta sanitaria para tratar de recibir sus medicamentos. Se opina que el hecho de que la receta XXI solo esté implantada en determinadas provincias, debe considerarse como algo "anticonstitucional" y que dicha receta se debería implantar al mismo tiempo, para todas las farmacias, se encuentren en el lugar que se encuentren. Es decir las nuevas tecnologías se plantean como un problema, puesto que no se podrá atender correctamente a sus clientes, por ejemplo cuando un paciente de otra Comunidad en la que sí está implantada la receta electrónica, va a la farmacia donde aún no se ha implantado el servicio. En este sentido, se recuerda la necesidad de la interoperabilidad de la receta electrónica entre las distintas Comunidades Autónomas.

Se comenta que hay casos en los que pacientes van al centro de salud, donde aún no está implantado el sistema informático para la receta XXI, con su tarjeta sanitaria para que el médico les prescriba de nuevo su medicación. El problema aparece cuando el facultativo no puede hacer la prescripción porque no tiene habilitado el acceso a la medicación y por consiguiente tiene que

plantearse dos cuestiones; una, no hacer la prescripción del medicamento y la persona que ha visitado su consulta se tiene que conformar con otra medicación, otra, tiene que viajar hasta otra comunidad donde esté implantado el servicio de receta electrónica, y, por último, la que el médico cree que los medicamentos que el paciente le dice que utiliza, son correctos y se los prescribe.

Además, hacen hincapié en que hoy día las nuevas tecnologías necesitan un tiempo de adaptación y deben ser probadas durante un periodo de tiempo para que se pueda alcanzar un funcionamiento óptimo. De esta forma un paciente podrá recoger sus medicamentos este en la provincia que este.

#### F. de Concienciación Conocimiento

26 *"De estar sola a estar con mi hija, primero ella tiene la carrera más reciente y entonces muchas cosas que... ella ha hecho un master de atención farmacéutica, entonces, ella esas cosas me las dirige a mí... yo sé más por intuición de los años que llevo y ella sabe más por la teoría más reciente."*

27. *"¿Por qué estáis hablando de pedir la firma?"*

*"Porque cuando se habló de la atención farmacéutica siempre nos han dicho que hay que pedir."*

E incluso entre algunos de los miembros que participaron en el grupo focal, quienes llevan muchos años de experiencia profesional, se piensa que los nuevos licenciados que entran en el mercado laboral del sector de la oficina de farmacia son el complemento perfecto que mejora sus años de experiencia. Debido a que la gente recién licenciada tiene los conocimientos más recientes y una mayor formación ya que con frecuencia asisten a cursos, hacen masters, etc. cosas que los farmacéuticos más mayores no hacen frecuentemente. De manera que se unen los conceptos de los nuevos licenciados con los años de experiencia.

En este grupo están convencidos de que para hacer Atención Farmacéutica hace falta que los pacientes firmen un consentimiento. Para muchos de los farmacéuticos que intentan implantar el servicio el hecho de pedir la firma o datos personales a los pacientes se plantea como un inconveniente.

#### F. de Interés

28. *“¿Qué pensáis sobre la atención farmacéutica?”*

*“- Yo el inconveniente que le veo a la atención farmacéutica es que es un trabajo más”*

*“A. F protocolizada, todo como quieren, todo por escrito... que nos firmen el papel, que eso es lo primero que ya te dicen que no te firman...”*

*“O sea, la gran pega que me parece que le veis es el tema de los registros...”*

*“- Claro, los registros”*

*“Me estás diciendo. Igual lo estoy entendiendo mal ¿eh? Esto, esto hay que hacerlo ¿sí o no?”*

*“- Sí, si lo hago solo lo hago de cabeza.”*

*“- Sí”*

*“-para hacerlo de una manera protocolizada “necesito un compañero.”*

Según es comentado por los farmacéuticos para realizar SFT hacen falta conocimientos, tiempo, concienciación... Así pues, se pone de manifiesto que el inconveniente que le ven a la Atención Farmacéutica es que es un trabajo más para su día a día.

Igualmente se opina que la “AF Protocolizada”, es decir con todos los datos personales, con el historial médico, por escrito y firmada por el paciente es otro impedimento que dificulta su implantación, ya que generalmente los pacientes son reacios a firmar los documentos y a facilitar los datos que ya le han dado al médico con anterioridad.

Sin embargo, afirman que la AF sin protocolizar se está haciendo. Según palabras textuales de los propios participantes, esta AF se hace “pero de cabeza”. Además se comenta la necesidad de aumentar la plantilla, de manera que la AF se podrá llevar a cabo cuando en la farmacia se disponga de más personal cualificado que pueda ayudarles.

#### Desencadenantes para la acción

##### Actitud del Titular

29. *“¿Cómo veis vuestra farmacia?”*

*“-Yo por ejemplo en mi farmacia, ...algunas veces suben con las medicinas a que se las explique yo...mi hija que es mi socia ¿eh? Me dijo, al principio de eso: pero,... ¡qué valor tiene! es que como tú no te beneficias...viene ahí, se sienta y bueno, y si ya es marroquí que no entiende bien el idioma, pues entonces...Se le hacen unos dibujitos, se lo explicamos, todas esas cosas..”*

Algunos de los participantes cuentan cómo se impresiona un nuevo miembro del equipo con anécdotas sucedidas habitualmente en sus farmacias cuando, por ejemplo, los clientes acuden a la farmacia para que en esta les sean explicados cómo deben tomar los medicamentos que han adquirido en otra oficina de farmacia.

Para algunos de los farmacéuticos que sus clientes visiten su farmacia para que puedan explicarles los medicamentos es una satisfacción, incluso hay profesionales que estudian la mejor manera de explicar a los pacientes cómo deben tomar los medicamento haciéndoles dibujos autoexplicativos en un papel.

30. *“¿Pensáis que la gente puede pensar que estáis en una tienda? ¿Qué es una tienda, la farmacia?”*

*“Yo pienso que puede llegar un momento en el que, si esto sigue en ese plan, es que hoy se está hablando de las farmacias, primero, por sus precios. Llega un momento en el que sólo puede comprar una farmacia..., hoy ya no tanto, sólo los constructores. O sólo gente... ¿Me entiendes? Porque valen verdaderos dinerales. Entonces llegan las farmacias a manos de gente que tienen el dinero por delante de otras cosas, puede ser que si no estamos atentos a eso llegue un momento en el que se confundan mucho las farmacias con un supermercado.”*

Al mismo tiempo que se considera que la opinión del farmacéutico como profesional de la salud es muy importante para los pacientes que frecuentan las oficinas de farmacias, se considera también que hoy día, debido a los desorbitados precios de venta que tienen las farmacias, sólo pueden ser compradas por personas con un alto poder adquisitivo cuya idea es rentabilizar su adquisición en el menor tiempo posible, y es por ello que según los farmacéuticos del grupo focal se piensa que quienes compran las farmacias hoy día no se preocupan de una correcta formación ni especialización. Lo que se deriva en la confusión que actualmente tiene la población sobre el concepto de farmacia.

31. *“Yo me he pasado muchos años, día y noche, mañana y a todas horas en la farmacia, y yo veo que cada vez va a peor. Entonces yo me siento una condena....Yo no tengo... Tengo poquitas oportunidades de poner en práctica los conocimientos que yo tenía, que ya ni tengo, porque a mí se me han olvidado ya la mayoría. Entonces, lo que a mí me preguntan lo puede hacer igual, exactamente igual un auxiliar. Yo intenté hacer atención farmacéutica, le mandé en una ocasión a un médico una nota sobre una incompatibilidad, algo que había... Y el médico hizo caso omiso de lo que yo le había... de la observación que yo le había hecho. Entonces no me siento apreciada.”*

Ante la aparición de farmacias en las que solo se tenga por objetivo la rentabilidad sin pensar en la profesionalidad, los participantes proponen ofrecer un mejor servicio con valor añadido, donde se ofrezca un aspecto más sanitario o se implante la AF.

No obstante, el obstáculo con el que se encuentran los farmacéuticos es que muchos de los conocimientos adquiridos a lo largo de los años de formación van siendo olvidados por no haberlos puesto en práctica. Según algunos de los titulares su trabajo es considerado como una “condena” ya que piensan que no hay oportunidades donde se puedan utilizar los conocimientos que ayuden en la detección de una contraindicación, etc.

32. *“Muchas veces el paciente se encuentra de que va al médico y el médico no lo atiende, ni le pregunta: ¿Qué le pasa? Pues me duele la garganta. - Un ibuprofeno. Y no lo ha mirado. Y dice: ¡No me ha mirado! ¡Es que no me ha auscultado! Si es que no sé cuántos... Y entonces yo de pronto pues empiezo a preguntarle cosas, pero no porque yo quiera ser mejor que nadie si no porque a mí esa*

Sin embargo, otros opinan que les gusta dedicarle tiempo a sus pacientes e incluso que se interesan mucho por el estado de los mismos, sobre todo cuando estos entran a sus farmacias quejándose de la falta de atención por parte de los médicos.

*persona me interesa qué es lo que le ocurre y por qué está tan... tan desatendida. Y entonces empiezo a preguntarle cosas... Y yo digo: jolines, si es que esto en cinco minuticos que voy a dedicarle yo al paciente se los podía haber dedicado el médico."*

33. *"Hay una cosa que siempre me ha llamado a mí la atención que es lo contenta que se va la gente cuando se toma la tensión, la tenga alta o la tenga baja. Y, por ejemplo, yo, que siempre me gusta ponerme al lado del que se toma la tensión y decirle: Pues sí, tiene usted tal y cual, o la tiene muy bien o la tiene... ¿Es que ha venido usted deprisa? O, si la tiene alta... Vamos, le doy consejos... Y se van contentísimos. Y siempre me ha llamado la atención que sea una cosa tan sencilla, como ponerte al lado de la persona"*

34. *"Para mí es satisfactorio si yo, viene una señora y me pide, mire, un médico para el privado que normalmente no ha ido al médico de cabecera, que ha ido al médico privado y le manda un capoten y ella está tomando un capoten que le mandó el médico de cabecera. Vio la caja distinta y se toma uno de cada y a lo mejor lo has detectado porque te han traído los dos cartones... Porque yo me tomo estas dos. - ¡Pero si es que esto es lo mismo! El que inventó los genéricos no ha tenido en cuenta que la gente no sabe leer la mayoría."*

35. *"Hay una prueba que es la prueba del nueve de esto y es el hecho de lo mal que salen del médico, de la consulta y que vienen protestando y lo bien que salen del médico cuando es una consulta privada, qué buenas personas qué agradables... Que muchas veces es el mismo médico ¿eh? Con los farmacéuticos, como es siempre el mismo... (ríe) pues casi siempre tratamos de ser cercanos y ser agradables"*

A otros participantes les llama la atención algo tan sencillo como lo contentos que se ponen sus clientes cuando van a tomarse la tensión y el farmacéutico está a su lado atento a los resultados para dar consejo. Se trata de algo sencillo, fácil para cualquier farmacéutico y sin valor económico. Lo que hace que los clientes se vayan satisfechos con el trato recibido.

Se hace notoria la satisfacción que muchos de los participantes sienten cuando dan un consejo acertado o explican detalles erróneos que los pacientes tienen sobre su medicación. Estos actos que deberían de ser establecidos sistemáticamente en este tipo de establecimiento hacen que los participantes se sientan motivados y con la capacidad suficiente como para poner en práctica nuevos servicios que mejoren la situación de la farmacia y den a conocer la profesión para la que se han preparado.

*"Yo me siento muy satisfecha de que oye, pues hoy he ayudado a tres. "*

Habilidades como el buen trato que el equipo de la farmacia debe tener para que sus clientes estén contentos son algunos de los comentarios que se escucharon durante la reunión. Puesto que para los farmacéuticos participantes no basta con ser agradables con sus clientes sino que también deben ser cercanos, puesto que siempre van a ser ellos mismos quienes estén de cara a sus clientes.

36. *"La preparación para lo que nosotros hemos estudiado, aparte de psicólogo que vas aprendiendo, la cuestión psicológica la vamos aprendiendo sobre la marcha. Aprendes muchísimo, la Biblia en pasta, aprendes aquí. Sabes muchísimo, la gente te agradece muchas cosas de esta cuestión... pero yo estoy hablando más de... a un nivel profesional un poco más... más exigente en cuanto a hacer la... la atención farmacéutica, de coger el tratamiento que le ha mandado el médico y decir... tengo estos síntomas... Que se ponga atención farmacéutica de más envergadura, no a darle un antigripal a una persona, estoy hablando de otra cosa un poco más... y entonces, yo, particularmente no me siento nada satisfecha en cuanto a lo que yo hago todos los días... que lo que tú dices está muy bien, y tienes toda la razón en que en muchos casos la gente se va muy contenta... pero para mí, como profesional, me deja..., que no, para mí no es suficiente. No me estimula a seguir estudiando. A coger mis libros, a decir: a ver esto de donde procede... y coger un libro, y coger otro libro."*

Algunos opinan que no sólo es suficiente con responder a las pequeñas preguntas que sus clientes les hacen cada día, sino que también hay que ser profesionales y más exigentes en cuanto a la Atención Farmacéutica. Hablan de hacer una AF de más envergadura para sentirse satisfechos con su profesión y para lo que se han preparado.

No obstante, y a pesar de que deben ser más exigentes con la AF, es decir que quien implante este servicio debe hacerlo de forma correcta y según lo establecido, se habla de que la preparación que supone la comprobación de la medicación que el facultativo le ha prescrito, el análisis de los síntomas, el estudio de la historia clínica, etc... No es suficiente el esfuerzo que supone hacer todo esto, para la dispensación de un producto de OTC como puede ser un antigripal. Con comentarios como estos de algunos farmacéuticos se percibe la existencia de una falta de motivación.

37. *"- Tienes que ver las estadísticas, que te dicen que los ingresos en los hospitales en urgencias por incompatibilidades o por el mal uso de los medicamentos y te das cuenta de lo importantísima que es la atención farmacéutica. De la manera que sea, o como quiera interpretarse, pero es que tú lees las estadísticas y te salen unos porcentajes altísimos de gente que entra en urgencias por mal uso, por incompatibilidad, relacionado con los medicamentos."*

Los farmacéuticos explican la gran importancia que tiene la Atención Farmacéutica. Incluso son conscientes de que un porcentaje muy alto de personas que ingresa en los hospitales, lo hacen debido a interacciones o mal uso de medicamentos.

38. *"Yo creo que la mitad de las cosas... hay que buscarles los alicientes,..Yo, mi rutina empieza sacando sangre,..Tengo una base de datos, de datos de colesterol de población... Y los voy haciendo, yo con mis cosillas. También participa uno en la atención cuando hace unas cosas un poco más en vista de resultados, de interacción. Desde que estaba en XXXX hasta ahora, tengo una base de interacción metida en el sistema informático que cada vez que veo... me empiezan a salir lucecillas allí, ¿qué*

Se manifiesta que para llevar a cabo las rutinas diarias de cada profesional, ya sean sacar sangre, atender a los pacientes, analizar los datos obtenidos del test del colesterol... hay que buscarles el aliciente necesario. Primero se comienzan a hacer pequeñas labores, como sacar sangre, y más tarde se pasa a tener una base de datos con el colesterol de los pacientes que acuden a su farmacia.

*pasa? Y no voy a decírselo a los médicos, porque a los médicos les da, lo que decía XXXX tiene razón, a los médicos les da mucho coraje... ahora, si es, cuando ya sale la luz roja roja roja los llamo. Digo: Aquí pasa algo"*

Hay farmacéuticos que opinan que los médicos no hacen caso de sus indicaciones y aun así algunos de ellos han creado una base de datos en la que cuando aparece una contraindicación o algún problema, se enciende una alarma (luz roja), para que el farmacéutico se ponga en contacto con el médico.

39. *"Para mí, lo más importante de la farmacia es el contacto con la gente."*

Lo importante en su trabajo es el contacto con los clientes que acuden a la oficina de farmacia.

40. *"La atención farmacéutica según los cursos que yo he estado dando aquí en el Colegio por ejemplo. ¿eh? Eso es lo que estábamos diciendo antes, una atención farmacéutica de que te presenten un tratamiento... y que tú venga un paciente con un efecto secundario extraño y tú te pongas a analizar eso a qué se debe, si hay un... si hay una incompatibilidad entre medicamentos, qué es lo que hay ahí. Entonces, hoy por hoy, si no hay un acuerdo con el médico, esto no sirve para nada. No podemos hacerlo."*

Para otros, no basta con los conocimientos adquiridos con su experiencia profesional sino que, además, continúan formándose asistiendo a cursos que ofrecen Instituciones, Colegios, etc....para dar un servicio mejor.

Se opina que la Farmacia Comunitaria (FC) es fundamental para la comunidad, porque algunos de los participantes que creen dar el servicio de seguimiento en sus farmacias se forman a diario y se sienten motivados y capacitados para seguir adelante, esto ocurre cuando un paciente visita la farmacia con efectos secundarios adversos a la medicación, y el farmacéutico tiene que estudiar a que se puede deber, qué interacción lo provoca... Aunque también se comenta que para que esto se pueda llevar a cabo es necesario un acuerdo entre médico y farmacéutico.

41. *"Imaginaos la atención farmacéutica sin la firma del papel..."*  
*"- Pues yo la veo necesaria para la sociedad, y que la gente la demanda y la quiere. Y cuando vuelven a la farmacia: es que aquello que me mandó el médico que no sé qué... les encanta que tú lo tengas allí anotado y sepas lo que le mandó el médico, y eso es lo que forma parte de la atención farmacéutica. Yo lo veo positivo, el inconveniente es que es una cosa más añadida a otras muchas. "*

Frente a la posibilidad de que la Atención Farmacéutica se haga sin protocolizar, es decir según los participantes sin la necesidad de que el paciente tenga que firmar los documentos de consentimiento. Se opina que en ese caso la AF es necesaria para la sociedad con el inconveniente de que entonces es otra tarea más.

Se comenta que cuando un paciente acude a la farmacia le gusta que el farmacéutico tenga anotado qué le



prescribió el médico y lo referente a su historia clínica. Además, según los participantes, las personas que van a la farmacia quieren no solo que se haga AF, sino que incluso la demandan, esto se debe a que las labores que el farmacéutico presta en su farmacia son conocidas por las personas que la visitan. Este es el caso que los participantes comentan cuando se interesan por los medicamentos y patologías de sus pacientes.

42. *“¿Pensáis que puede ser interesante la atención farmacéutica en vuestra farmacia?”*

*“- Muy interesante, si además ha sido el alma del farmacéutico siempre, lo que pasa es que no se le llamaba así, pero la atención farmacéutica hemos hecho siempre “*

Habitualmente se afirma que los servicios de AF son muy beneficiosos para los pacientes. Además, algunos participantes señalan lo importantes que estos servicios pueden ser para las farmacias porque el concepto que la gente tiene sobre la misma es confuso, de esta manera se puede cambiar la opinión de la población demostrando que la farmacia es un establecimiento sanitario donde se ayuda a que las personas mejoren sus problemas de salud.

También se expone que la Atención Farmacéutica es muy interesante para sus farmacias, e incluso dicen que siempre ha sido el alma del farmacéutico, sólo que antiguamente no se le llamaba AF. Se manifiesta que es como si la AF fuese algo que se ha realizado siempre y por tanto no supone un cambio cualitativo en la forma de realizar la práctica del farmacéutico en la Farmacia Comunitaria.

*“la atención farmacéutica hemos hecho siempre “*

43. *“Pero me parece muy importante hacer un seguimiento farmacoterapéutico y se aprecian muchísimas interacciones, malas dosificaciones... y yo la verdad es que vosotros decís que os da un poco de reparo hablar con el médico y tal para decirle...”*

*“- No, reparo no, el reparo lo tienen ellos.*

*“- Que se lo decís con mucho cuidado,*

Para otros el seguimiento es muy importante porque pueden ser detectadas muchas interacciones. Además opinan que hablar con el médico no debe causar ningún mal estar para dicho facultativo. Incluso durante la reunión se ponen de manifiesto diferentes propuestas que sirven de indicación para el gremio farmacéutico, sobre cómo se

*¿no? Porque..."*

*"- Que sí... porque eso es (hablan a la vez) falsa información... no... (risas) pero yo en vez de hablar con los médicos, porque no los conozco, pues yo me he hecho como un impreso normalizado ¿no? Que pone: Estimado doctor, he detectado tal interacción, por si cree... por si cree conveniente considerarlo..."*

*"- Pero él no va a permitir que se lo mandes con el enfermo porque tú no puedes..."*

*"- Pues yo se lo mando con el enfermo."*

*"- Alguna vez te dirá..."*

*"- Bueno. Pero otras veces le harán caso."*

*44. "Tú has visto cómo llevan a veces los medicamentos personas muy mayores. Que tú a lo mejor te has molestado en buscarle una caja donde está toda la dosificación..."*

*"- sí, sí"*

*"- con sus cajitas correspondientes"*

*"- y de repente dicen, no, eso no lo entiendo y aparecen con sus bolsas, con las bolsas"*

*"- y pastillas sueltas..."*

pueden explicar al médico los problemas de salud detectados en la farmacia. Por ejemplo se habla de que el farmacéutico debe dar la información al médico o bien enviando una nota con el paciente, o a través de un formulario desarrollado por el propio farmacéutico, o bien si el médico está abierto a este tipo de indicaciones, hay quienes mantienen una conversación entre ambos facultativos donde el farmacéutico con mucho cuidado explica los posibles problemas que ha detectado.

Se conoce que por lo general las personas mayores que visitan las oficinas de farmacias suelen guardar los medicamentos en la misma bolsita donde el farmacéutico le pone los medicamentos para llevarlos a casa o en una caja donde son guardados con el resto de envases de medicamentos. Para evitar que todos los medicamentos vayan mezclados y el paciente se confunda cuando se los tome, los participantes proponen la utilización de técnicas de AF, haciendo SFT a los pacientes mayores a los que se estime conveniente porque se puedan confundir con la dosificación o el medicamento que deben tomar, y por tanto organizando las dosis semanales en los Sistemas de Dosificación Personalizadas (SDP). Se opina que utilizando estas técnicas los pacientes vuelven pasada una semana con los medicamentos en una bolsa, de nuevo mezclados y sin utilizar los SDP.

*45. "Nosotros no tenemos una tienda como él decía, tenemos una farmacia que, sí, le vas a vender un Frenadol pero se lo vas a vender con un valor añadido de decirle cómo se toma quién no lo puede tomar... que te puede sentar mal, aunque sean tres pasos."*

*"- Yo pienso que es el auténtico trabajo del farmacéutico en la farmacia. El único, auténtico, no firmar las recetas... sellarlas... comprobar las facturas..."*

*"El resto de las cosas nos come el tiempo y podíamos ampliar y hacer mejor la atención farmacéutica."*

Se opina que el verdadero trabajo del farmacéutico no es sellar recetas, comprobar las facturas, etc. Normalmente en el grupo focal los farmacéuticos hablan de dar un valor añadido implantando SFT en sus farmacias, pero este concepto lo unen al término venta de medicamentos, lo que por definición de AF se usa erróneamente, ya que la AF engloba la dispensación, indicación y SFT.

Es por ello que se nota una falta de

*"El seguimiento fármaco-terapéutico hay que hacerlo cuando haya un problema, ¿no? Cuando haya un problema, cuando haya un problema relacionado con un medicamento con..."*

*"- Yo creo que el seguimiento podría evitar algunos problemas. Porque... Si es cuando llega el problema, mal asunto. El seguimiento tendría más sentido..."*

*"-.....Si fuera más preventivo, exactamente."*

*"Yo pediría también alguien que me firmara las recetas, que me ordenara, que me facturara... (risas)"*

*"Yo soy una, yo soy una. Es decir, que yo tengo una farmacia pequeña. Yo no puedo abarcarlo todo."*

*"Yo creo que con mucho menos esfuerzo, con muy poca cosa y con los equipos que tenemos hoy se puede hacer un seguimiento sin que necesitemos tantísimas cosas, sólo dedicar un poquitín de atención. Creo yo. Sin tener que cambiar ningún modelo ni... cambiar nada. Podemos hacerlo si nos implicamos en ello."*

### **Demanda del Paciente**

*46 "Que me lo pidiera el médico a mí, yo se lo haría encantado. O el paciente. Pero de acuerdo con el médico."*

*"Yo creo que la clave es lo que planteaba al principio, que tiene que ser una demanda que a ti te hagan. Eso de ir buscando gente..."*

*"- PRESENTADOR: ¿Una demanda?"*

*"- O sea, que es, o lo demanda el paciente o lo demanda el médico, igual que viene con su receta del médico, pues, viene con su petición ¡haz esto! Y dime qué opinas. ¡Colabora conmigo!"*

### **COF.**

*47. "Si algún colegio oficial o un centro de salud o alguien os pidiera que hicierais un seguimiento..."*

*"- ¡hombre! Yo estaría encantado. Y que me mandaran a quien. O sea, a*

conocimiento de los términos, ya que según los farmacéuticos participantes se dice que su trabajo no trata sólo de "vender" un medicamento sino que también se da un valor añadido explicando a los clientes cómo se debe administrar el medicamento, las dosis recomendadas, etc....

A pesar de ello, se observa que la idea que mantienen es la de vender dando pequeños consejos lo que por definición no va casado con una correcta implantación de los servicios de la AF.

Se habla de que la AF es buena; para la farmacia porque es una profesión que está capacitada para prestar un servicio que mejore la salud de los pacientes y las necesidades que este tiene relacionadas con los medicamentos. No obstante y a pesar de que se piense que es buena la AF, también se dice que son muchas las tareas burocráticas que se hacen a diario en la farmacia y por las que no les queda tiempo, para que el servicio de AF sea implantado

Se conoce que para que el servicio de AF esté correctamente implantado debe de existir una cooperación entre el médico y el farmacéutico, con el objetivo de obtener como resultado una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Los participantes se manifiestan efusivos cuando comentan que si el paciente o el médico les piden que hagan SFT, ellos lo hacen sin ningún reparo y encantados. Incluso se hablan de que la demanda del servicio por parte del paciente sería la motivación perfecta para que el titular implantase el servicio.

A pesar de que muchos farmacéuticos no se sienten arropados por su COF. También se muestran encantados ante la idea de que algún Colegio Oficial o Centro de salud les propusiera la realización del servicio de Seguimiento en su oficina de

*este señor. Hágle usted seguimiento. Perfecto"*

*"Yo estaría encantado."*

*"El Colegio yo me gustaría que me ayudara,.."*

*"Si ellos quieren que nosotros hagamos eso, pues que esa bolsa de trabajo que sigue vigente, pues que ellos también potencien"*

### **Falta de Personal**

48. *"¿Os parece que es necesario que haya ese equipo para hacer seguimiento?"*

*"Yo pienso que sí que tiene que haber un farmacéutico y otro farmacéutico. Es necesario desde mi punto de vista, yo a veces me encuentro un poco desbordada a mí sí que me gustaría tener un farmacéutico... que me ayudara."*

49. *"Yo antes de contratar a mi segunda auxiliar, yo, me hubiera encantado tener un farmacéutico o farmacéutica, y lo que ocurre es que no hay farmacéuticos para que vayan al XXXX a trabajar."*

farmacia. Se comenta que es una posibilidad muy buena que el COF o Centro de Salud se interesase por el servicio y participase por ejemplo enviando a gente a la farmacia para que le hagan SFT.

Incluso se propone que los Colegios Farmacéuticos sean los que potencien la bolsa de trabajo facilitando personal adecuado que ayude a los farmacéuticos a la realización del seguimiento.

Asimismo, se comenta que es necesario un aumento de personal para las farmacias que quieren realizar seguimiento. De esta forma si son dos los profesionales que hacen seguimiento será más sencillo, puesto que se dispondrá de más tiempo para realizar las tareas diarias y para que se realice seguimiento a los pacientes que son atendidos.

Se habla de la contratación de nuevo personal con la titulación de farmacéutico y de la dificultad que supone el desplazamiento de éste a pueblos o zonas más aisladas o lejos de la ciudad en la que residen.

Se manifiestan las preferencias que tiene cuando se debe de contratar a un nuevo miembro en la farmacia, siendo objetivo principal la contratación de un farmacéutico antes que la de un auxiliar. No obstante se expone el conflicto que supone para las farmacias semi-urbanas en zonas determinadas, que se encuentran alejadas de las áreas céntricas o cercanas a las ciudades, debido al impedimento que se expresa entre los farmacéuticos entrevistados cuando analizan que deben desplazarse hasta los pueblos o la zona donde están situadas las farmacias de los farmacéuticos participantes.

50. *"Yo creo que ella está demandando lo que yo también pensaba, era el que hubiese otra persona que te ayudara, y la auxiliar te ayuda en las cosas normales de la farmacia, pero esa ayuda de otro profesional..."*

*"Entonces ya te sientes más arropado y te puedes organizar algo más."*

*"- Es que, es que cambia mucho"*

*"Yo creo que debería ser un equipo el que hiciese... esa labor en la farmacia."*

*"A mí me hace falta un farmacéutico becario ¿eh?"*

*Yo he hecho atención farmacéutica aunque no se llamara así. La hemos hecho así. Decía ahora que no sirve para nada la atención farmacéutica. Llevar incluso en la cabeza a tres tíos, eso ya es atención farmacéutica. Sólo eso, llevar a tres personas, con que este hombre tiene azúcar, este tiene... y te está pidiendo, este jarabe... ¡macho no! Pues yo me acuerdo de que este hombre tenía... era diabético y le digo ¡no, ese no! Llévase este que lleva... no lleva glucosa, lleva lo otro... que sí se hace y si vale*

*...cada vez la perfeccionan y a ti no te vale y a mí tampoco, la burocratización que se hace de la atención farmacéutica, es que tienes que... llevar paciente por paciente, pues a lo mejor no, pero a lo mejor mi libretilla lo tienes a éste, o a éste, no he estado en la calle, no es que yo diga que a todos los voy metiendo pero primero que dices "base de datos están prohibidas si no consiente..." pues... no puedes hacerlo, ese es el primer desde que tiene la atención farmacéutica."*

En definitiva, algunos de los colaboradores proponen que lo ideal es tener "un farmacéutico becario" que ayude con las tareas, de esta forma pueden hacer seguimiento, ya que se sienten más protegidos si hay alguien más en la farmacia que este cualificado.

En resumen, con frecuencia se hace visible el error de concepto y de forma que los farmacéuticos tienen sobre el término de AF y lo que su implantación conlleva. Se dice que la AF se hace desde hace mucho tiempo pero se argumenta que hoy por hoy, por la cantidad de tareas a las que están sometidos, la AF que se realiza se hace sin protocolos. Es decir se habla de una AF en la que no se rellenan informes del paciente, no es firmado un consentimiento por el mismo, ni se lleva una rutina, ni control, ni documentación.

Los farmacéuticos exponen que sí hacen Atención Farmacéutica solo que la hacen anotando en una libreta, por ejemplo si un cliente es diabético o si algo le sienta mal. En este caso, cuando un cliente va a la farmacia a comprar un sin receta, en el momento en el que el farmacéutico va a dispensarle al cliente dicho medicamento, el farmacéutico mira en su libreta y se acuerda de que no puede venderle a su cliente el fármaco en cuestión porque lleva glucosa y al ser el paciente diabético no lo puede tomar.

Con este tipo de prácticas, se concluye que en sus farmacias se realiza Atención farmacéutica, a pesar de que el concepto que tienen de AF sea erróneo, puesto que lo confunde con dar un consejo o equipararlo a una escasa vigilancia sobre algún aspecto concreto durante un tiempo escaso.

*...porque hacemos de todo en la farmacia. Entonces a mi me encanta cuando por ejemplo veo una revista de farmacéuticos o revistas así profesionales, y entonces dice "En la farmacia de Cataluña del Paseo de Gracia se ha hecho un seguimiento de pacientes que tenían una interacción con su tratamiento del corazón y otra cosa. Y de pronto pues aparece el equipo... O sea, hacen la foto, te ves al farmacéutico, dos farmacéuticos más que son adjuntos..., dos auxiliares y de repente ves un equipo así tan compacto y tan bonito que claro... Yo eso no lo puedo... Esa foto no la puedo yo sacar, ¿no? En mi farmacia. Y entonces de pronto la conclusión cuando ya han dicho todos los protocolos que han hecho, es que poco menos luego no le han hecho caso en el centro de salud..."*

*"Mira, el hacerlo una persona sola, un farmacéutico solo, lo hace te voy a decir como de cabeza, o sea como tiene mucho contacto con el enfermo y entonces lo hace un poquitín como de... pues de andar por casa. Cuando tú tienes a otra persona, que te ayuda, ya no lo haces de esa forma de andar por casa, oye porque yo a lo mejor veo a uno y la otra persona ve a otro, ya lo protocolariza, es decir, ya se sientan los dos y ya escriben"*

Se cree que el problema para no hacer seguimiento es que en sus farmacias los farmacéuticos realizan multitud de tareas, atención a los pacientes, recepción y colocación de los pedidos, administración, trámites burocráticos....

Durante la reunión se opina, en concreto, de un artículo de una revista donde se habla del SFT y del personal que está realizando seguimiento a los pacientes, se comenta la foto que aparece, en la que es fotografiado todo el personal que forma el equipo de trabajo de dicha farmacia. Se comenta la imagen de perfección que rodea la foto porque está formada por un equipo de profesionales bastante amplio donde se apoyan unos a otros. A continuación, entre los farmacéuticos se plantean los motivos que tienen y por los que justifican no hacer seguimiento en, según palabras textuales, sus pequeñas "farmacias semi-urbanas carentes de servicios" donde son muchas las tareas diarias que se realizan, no quedando tiempo ni teniendo posibilidad de contratar más personal para la realización del SFT.

Es muy importante lo que se manifiesta por los participantes, en cuanto a la capacidad de realizar las labores de SFT o no. Se habla del personal que forman las farmacias y del tamaño de las mismas. Dichas características son vistas como barreras que dificultan la implantación y realización de SFT en las farmacias con un tamaño pequeño y poco personal. Se comenta que es más fácil realizar SFT en farmacias grandes con más personal.

Además otras razones que se exponen por los farmacéuticos y por las que no se puede hacer seguimiento en estas farmacias semi-urbanas, son la incompatibilidad que existe entre hacer los registros del seguimiento y que sólo haya una persona en la farmacia. Indican que cuando el que está en la farmacia es

una persona sola, se hace el seguimiento pero de cabeza, *“como tiene mucho contacto con el enfermo, entonces lo hace un poquitín como de... pues de andar por casa.”* Sin embargo comentan que cuando hay más personal profesional en la farmacia sí se puede hacer un seguimiento y protocolizarlo, porque se pueden ayudar unos a otros.

## 5.1.4 Grupo Focal Farmacéuticos Urbanas

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos urbanas. Se habla de:

### Conceptos

#### Modelo de farmacia

1. Cuando se defiende el modelo de Bruselas se utiliza mucho la distribución. Las tres patas que hay que utilizar y porque gracias a esta distribución la farmacia pequeña, aunque está alejada de una zona... tiene dos repartos mínimos al día, que es algo que en Europa en pocos países ocurre. Y tenemos el mejor modelo de farmacia.

En el contexto de la entrevista se dice que el modelo de farmacia del que hoy día disponemos es un modelo muy bueno.

*"tenemos el mejor modelo de farmacia"*

Se comenta que la distribución mayorista es un elemento que hace que este modelo sea tan eficaz. En España son muchas las farmacias que por su ubicación están en zonas de difícil acceso y aun así disponen de al menos dos repartos al día, lo que facilita que los medicamentos lleguen en un tiempo record.

2. siendo 22.000 farmacias... casi 23.000 en España y pudiendo tener una fuerza según el número de trabajadores que representamos y tal, no hacemos una fuerza de verdad a nivel europeo como hacen el resto de las...

Se manifiesta que el ámbito farmacéutico es muy amplio. Se habla de la posibilidad de unirse para ejercer mayor fuerza para poder conseguir mejores condiciones. A pesar de esto se manifiesta cierta desmotivación por no conseguir esa unión en un sector tan amplio.

- ... corporativismo

- ... un lobby, que además es legítimo...

- porque aquí cada uno ha ido por su lado

*"aquí cada uno ha ido por su lado"*

#### Definición de su farmacia

3. Yo lo que quiero decir es que ahora soy más gestor que investigador, . Antes se estudiaba mucho. Ahora ya no estudio prácticamente nada - y no te da tiempo ahora la burocracia nos ha ido comiendo terreno...

Ante las actividades cotidianas de la farmacia se confirma la cantidad de trámites burocráticos de los que se tienen que hacer cargo los farmacéuticos diariamente.

Estos trámites no sólo quitan tiempo de estar atendiendo a los pacientes, sino que también son uno de los motivos por los que no se siguen formando, ni continúan con sus labores de investigación.

*"ahora soy más gestor que investigador,"*



4. *como veis la situación actual de la farmacia*

*la farmacia actualmente...Pues en un momento de transición. Un momento delicado... desde un punto de vista económico, pero no por ello hay que tener miedo a nada. ...habrá que estar al tanto de cómo vaya evolucionando... yo no lo veo tampoco un momento muy crítico, muy peligroso.*

En opinión de los participantes la situación actual por la que la farmacia está pasando es muy delicada. Se habla de un momento de transición económica al que habrá que enfrentarse evolucionando y sin miedo. Se expresa que es un momento delicado pero no crítico.

5. *Pues la veo un poco complicada, una situación de cambio en la que nos tendremos que ir posicionando para ver cómo hacemos frente a una situación que es muy candente. En fin. Yo creo que como sanitarios tenemos mucho trabajo, tenemos que defendernos y ahí esto es donde tenemos territorio para ganar, pero económicamente muy complicada pues porque hay muchas fuerzas por ahí que tienen más potencia que nosotros y... para lo cual hay que estar muy al tanto...*

Este modelo de cambio es confirmado por otros participantes que manifiestan que es necesario un posicionamiento más claro de la farmacia.

6. *- yo veo la oficina de farmacia... bueno, pues que ahora con el dictamen... de Bruselas hemos ganado una batalla pero no la guerra. Y que está evolucionando muy rápidamente la farmacia. Yo la veo en una época de no estarse quietos. Que hay que abrir otros canales, que la farmacia como se concebía antes, de una farmacia estática yo no la veo futuro... y que hay que adaptarse a las circunstancias.*

Sin embargo, otros hablan de que la farmacia está evolucionando demasiado rápido. Se dice que hay que adaptarse al cambio y no quedarse quietos. Para ello, lo que se propone es abrir otros canales de actuación que les hagan adaptarse a la situación en la que están viviendo.

**Futuro**

7. *-¿Cómo veo ahora mismo el futuro? no es preocupante, pero sí hay que estar atentos porque es un momento de cambio muy fuerte.*

En un futuro próximo se continúa manifestando la intención de hacer un cambio.

*Económicamente estamos en una situación quizá de las peores que hemos vivido en las oficinas de farmacia, sobre todo aquellas que...les afecta más el Real Decreto de las reducciones, nuestros márgenes...que cada vez está más mellado... y más apretado., Y como comprenderéis con un 15% de margen, que es lo que deja el último tramo, Pues, si hacemos un poco los números, pues no llega ni para cubrir gastos.*

Se habla de que económicamente la farmacia se ha visto sometida a bastantes cambios con la consiguiente presión que ello conlleva a la hora de hacer números y no cubrir los gastos. Reducciones, Menores márgenes, bajadas de precios constantes, subastas, etc.

*Y a nivel sanitario, pues estamos ahora mismo realizando una función fundamental para el ciudadano. No hay que olvidar que somos el punto principal donde acude el personal, vamos, el ciudadano, incluso antes que al médico muchas veces.*

También se habla de la importancia que tiene el modelo de farmacia del que se dispone. Es una farmacia que a nivel sanitario hace una labor importante y vital para el paciente, incluso se dice que a veces el paciente acude antes al farmacéutico que al mismo médico.

8. - yo llevo trabajando 25 años y la espada de Damocles de que esto va a cambiar, de que nos tenemos que preparar, de que... efectivamente está ahí. Pero está ahí como está toda la vida actual.

...los cambios van a una velocidad vertiginosa, la farmacia no es más que el reflejo de esos cambios sociales, va todo a mil por hora; es verdad que económicamente a lo mejor las cosas no van como me gustaría que fueran, y también es verdad que habrá que adaptarse a los cambios pues según vayan viniendo. O si es mejor, adelantándose a ellos. ¿Cómo?, pues la verdad es que no lo sé.

9. - Yo, si tengo miedo. A lo que pueda venir... y además inmediata. Por que sí, evidentemente se lleva mucho tiempo hablando sobre la liberalización... etc. Pero alguna vez tiene que llegar. Y yo creo que éste va a ser el momento que está indicado. En cuanto las multinacionales digan: Aquí queremos entrar, van a entrar. Ya, cueste lo que cueste que se legalice y salgan las leyes correspondientes... pero es ya...

10. Es un tiempo de expectación, pero..., ya la tenía mi padre hace cuarenta años y lo que... yo para mí lo que no hay que hacer es la parálisis por el análisis. No hago nada porque estoy pendiente de lo que va a pasar. Entonces... Hay que seguir.

El futuro, siempre pensamos que el futuro será algo que vendrá. ¡C...!, pues que venga... mañana, con lo cual lo que hay que hacer es ir preparándose. Y la mejor manera de prepararse pues es cada vez intentar ser más profesionales.

Lo que está en nuestra mano se hará. Lo que no está en nuestra mano, pues difícil lo veo. No por esto hay que parar el carro. Siempre hay que ir por delante...

11. cuando decimos que está algo cambiando es... Efectivamente y el fantasma de la liberación... Es miedo al cambio.

Son muchos los años que los participantes llevan trabajando en sus farmacias. Se habla de que esta amenaza de cambio, refiriéndose a la liberalización de las mismas, siempre ha estado ahí.

Al hablar del resto de cambios y amenazas que sufre hoy en día la farmacia se dice que estos son rápidos y debidos a la sociedad que nos rodea en la actualidad.

*"la farmacia no es más que el reflejo de esos cambios sociales"*

Con respecto a cómo afrontar estos cambios se manifiesta que habrá que adelantarse de algún modo a ellos o adaptarse conforme vayan llegando.

Se piensa que esta liberalización del modelo actual de la farmacia española va a llegar cuando las grandes empresas o multinacionales quieran entrar en este mercado.

En definitiva con respecto a la liberalización o los demás cambios que puedan surgir, se manifiesta que es momento de enfrentarse a ello.

Se propone estar preparados, formarse para dar un servicio más profesionalizado.

*"Lo que está en nuestra mano se hará. Lo que no está en nuestra mano, pues difícil lo veo."*

Se habla del miedo al cambio que supone "el fantasma" de la liberalización.

12. *¿qué más cambios se os pueden pasar por la cabeza que podéis hacer?*

*yo creo que la oficina de farmacia debe intentar abrir otros canales. O sea, potenciar...farmacia, potenciar ortopedia, potenciar óptica... intentar, dentro de la farmacia hacer algo más fuerte y abrir otros canales. Sin dejar sin cuidar lo profesional y lo farmacéutico, pero yo creo que hay que abrir otros canales.*

*- estoy de acuerdo.*

*- yo también, estoy de acuerdo contigo*

*- si*

13. E: *¿Habéis pensado alguno en hacer cambios, bueno, pequeños cambios...?*

*- sí, bueno,*

*- varias reformas*

*- ...por ejemplo, la página web*

*- yo, todos los lunes me levanto diciendo...*

*tengo que hacer una página web, tengo que hacer algo... tengo que cambiar las luces... tengo que cambiar los estores... todos los lunes...*

*- pues claro, certificación de calidad...*

*¿Para qué vale la certificación de calidad?*

*- para gastarse el dinero*

14. *- ¡claro! Certificación de calidad... ¿para qué vale también? ¡Claro!*

*- ¿Para gastar dinero? No, para algo más importante.*

*- te vale para trabajar*

*¿Y dónde se ven los resultados?*

*- En ningún sitio*

*- los resultados solamente es prurito, profesional, digo. Sé que hago las cosas bien y me gusta lo que hago.*

*si lo hago refunfuñando...*

*tengo en mirarlos, los objetivos, si están cumplidos, si no están cumplidos... pero luego ¿haré algo si los he cumplido o si no los he cumplido? ¡Pues yo qué sé! Depende de la gana que tenga*

### *Administración.*

15. *Tenemos que decirle a la Administración que se dé cuenta de que tiene un servicio muy bueno, mucho mejor de lo que haría él por su cuenta. Que lo valore, que lo tenga en cuenta.*

*Nuestro principal cliente tiene que tener la conciencia clara de que somos un buen servicio. Y ahí es donde tenemos que jugar en plan corporativo...*

*- que se valore lo que estamos haciendo*

*- que nos valoren, que nos valoren...*

Para afrontar un futuro más inmediato o a corto plazo, se habla de los diferentes canales que deben abordar. Se habla de potenciar la ortopedia, óptica, la propia farmacia, etc. siempre y cuando se ofrezca un servicio más profesionalizado para no descuidar lo que realmente es su profesión.

*"El futuro de la farmacia. Será la farmacia lo que queramos que sea."*

Otros cuando se habla de cambios se refieren a reformas llevadas a cabo, al desarrollo de una página Web, a los certificados de calidad...

Sin embargo, existen participantes que manifiestan que se plantean todos los lunes hacer pequeños cambios, los estores, las luces, la Web...

Entre los cambios que se plantean hacer en sus farmacias, algunos hablan de la obtención del certificado de calidad.

Quando se toca el tema de la administración salen algunas propuestas que ofrecer.

Se habla de que les gustaría que la administración, como principal cliente de las farmacias, valorase el gran servicio que estas prestan.

*"dependemos de la Administración....que es la que nos está ahogando...con*

*medidas... que son totalmente... anticonstitucionales..."*

16. - *la atención farmacéutica, que se cogen datos muy importantes, para estudios de medicamentos, para enfermedades, que pueden ahorrar dinero a la Administración Sanitaria, podía usar esa red capilar de farmacias, pero como un incentivo, porque claro, te hacen coger datos, te hacen... tal y cual y tu trabajando como un....*

- *yo pienso que ahí, que ahí hay estamos infrautilizados porque...*

- *cuando Sanidad o quien tenga que decirlo: vamos a hacer un estudio de todas las farmacias con Atención Farmacéutica para ver viabilidad de medicamentos Se van a apuntar todos, los grandes primero, las farmacias grandes primero, porque son las que más recursos tienen y los que llevamos toda la vida intentando meter ahí el pico, pues a lo mejor hasta nos quedamos fuera. Así de sencillo. Y ése es el problema. Que quieras que no, al final, pues te quedas vendido. Claro, y sin nadie que te apoye, sin ver ningún resultado tangible, principalmente económico.*

17. - *claro, pero muchas veces importa más el aspecto económico que el aspecto... sanitario*

- *pero si sabemos que no tenemos corporativismo, porque no estamos preparados, o no queremos estarlo, o porque cada uno funcionamos de una manera.*

- *... un corporativismo positivo ... y actuar en conjunto, y, y... tanto... no tanta fragmentación.*

*te refieres a los grupos que están surgiendo...*

- *efectivamente, como pueden ser las farmacias trébol*

18. *es que somos todos iguales, ¿para qué me gasto un millón de pelotas? ¿Para qué estoy un año trabajando? ¿Para qué tengo todo esto? Es la realidad. Fuera, la atención farmacéutica, pues te aseguro que tengo muchos menos seguimientos este año, por decir, muchos menos, que puede ser cero... (Risas) y así todo, porque al final todos somos iguales... Realmente, nadie, ni la Administración como tal, ni los propios Colegios, no significa nada. Haces cosas que no sirven para nada. Lo haces por satisfacción personal que...*

- *sí*

- *.. Te hartas*

Además de las propuestas anteriores para la administración, se hablan de nuevas ideas como es la referente a la AF. Se manifiesta que se sienten "infrautilizados" puesto que la administración a través de "la red capilar de farmacias" de las que dispone puede llegar de una manera más rápida a los pacientes.

Se habla de que la farmacia comunitaria es el lugar apropiado para realizar estudios donde se vea la viabilidad de los medicamentos, para estudiar enfermedades... todo ello a cambio de un incentivo.

Se propone que la administración puede usar como medio que tiene a su disposición.

Se afirma que las farmacias se deben unir para poder demostrar a la administración su fuerza y su labor. Al mismo tiempo se habla de la fragmentación por las que están divididas y se pone como un ejemplo de individualismo a las farmacias Trébol, grupo de farmacias que comenzó su andadura en Madrid.

Se denota cierta desmotivación a la hora de realizar cambios; se habla del esfuerzo económico al que se someten para llevarlos a cabo, y se manifiesta que sin un incentivo o reconocimiento es inútil realizar SFT o implantar ningún servicio.

Al no ver ningún reconocimiento se piensa que lo que se esté haciendo no es útil para la sociedad.

*"que dices: ¡c...! los esfuerzos tienen que*

*ser para que alguien diga: lo estoy  
haciendo bien... "*

Son muchos los participantes que se muestran de acuerdo con estas declaraciones. No obstante, hay quienes opinan que lo ideal es trabajar por satisfacción personal.

*"Hay que hacer las cosas... que tú  
quieres...hacerlas bien...hay que trabajar  
siempre desagregado de resultados"*

19. E: *¿Pensáis que puede ser interesante hacer Seguimiento farmacoterapéutico?*

- sí

*Es un trabajo extra que nos encargan y... es un trabajo que tiene que estar compensado de alguna manera. Porque si no, las cosas que no están compensadas... desaparecen*

- *lleva mucho tiempo*

- *tiempo y recursos*

- *una cosa puntualmente con una persona que ha tenido problemas, tal... y por amor al arte ¡vale!*

Se opina que la realización del SFT supone básicamente la realización de un trabajo extra que no está recompensado y que requiere de un tiempo extra.

Se plantea como posible realizar el servicio en un paciente que puntualmente tenga algún problema.

#### *Falta de personal*

20. *pero institucionalizarlo, tu farmacia, hacer... La mayoría, no se podría, para empezar,...*

- *necesitas más personal*

- *... es que no se podría para empezar, porque necesitas personal ... para las grandes, que tienen mucho personal, uno para la homeopatía, otro para hacer la atención farmacéutica, otro para hacer la formulación magistral...y la mayoría de las farmacias tipo la mía, dos, tres personas ....*

- *no, no podemos...*

#### *Pago por servicios*

21. *la atención farmacéutica...con fichas de clientes, con patologías, tomando datos... todo eso... ¡Oye, es un trabajo añadido! ¡nos lo tendrá que pagar alguien! Porque primero se cogen datos, te ayuda a... ¿no?*

- *ya, pero eso es como predicar en el desierto.*

- *voy a hacer de abogado del diablo. Ellos deben de pensar que tu trabajo añadido por el margen.*

Además de lo manifestado anteriormente, se recuerda que para hacer SFT hay que añadir más personal, lo que supone un gasto añadido más.

Se habla de la facilidad que pueden tener las farmacias grandes para implantarlo, puesto que disponen de una plantilla mayor.

Cuando se hace referencia a la AF se manifiesta que;

*"la atención farmacéutica como... Se ha hecho siempre en la farmacia. Yo quiero romper una lanza que se ha hecho toda la vida."*

Sin embargo hacer una AF como está establecida se ve más complicada. Se habla del trabajo añadido que supone rellenar los protocolos y por lo que se debería obtener un benéfico.

### Prioridades

22. E: pero ¿qué prioridades tenéis vosotros en vuestra farmacia?

- el cliente
- el cliente, paciente.
- sanitario y de servicio
- vamos a ver. Somos un establecimiento privado y lógicamente vivimos de un margen, y además queremos sacar más rentabilidad, si no, cerraríamos la oficina de farmacia

O sea, no hay que centrarse solamente en la parte comercial, que es importantísima y que sin ella, no tendría razón de ser la oficina de farmacia, y tampoco podemos dejar de lado la parte sanitaria y profesional inherente también a la oficina de farmacia, como son las fórmulas magistrales, o la atención farmacéutica...yo creo que hay que hacerla conjuntamente.

Al hablar de las prioridades de las farmacias siempre se responde en primer lugar que la prioridad es el cliente/paciente, puesto que aunque sea un establecimiento donde se vende salud, no deja de ser un establecimiento de carácter privado.

*“la primera premisa de una empresa es obtener riqueza”*

En un segundo plano, pero muy cercano al primero, se habla del servicio que se presta y del aspecto sanitario del que se dispone.

Se afirma que en la farmacia existe una parte comercial que está ligada al farmacéutico como sanitario y profesional de la salud.

Y para acabar con las prioridades se habla también del papelerero y las recetas y el tiempo que esto conlleva.

*“yo a veces me siento como una especie de..., inspectora y de detective y pierdo más tiempo revisando una receta. Parece mentira que seamos profesionales con una carrera superior”*

23. E: ¿Y si una farmacia que estuviera cerca de la vuestra lo hiciese? ¿Vosotros lo planteariais?

Yo por ahora es un servicio que la gente no sabe si existe. y lo leen y no saben lo que significa  
- con lo cual, no hay demanda

Si hubiera demanda, por parte de los usuarios y demás... pues a lo mejor nos lo teníamos que plantear un poco más...

- retomar, retomar el asunto...pero empezar ahora a hacer muchísima más labor de la que hacemos en el mismo espacio de tiempo, pues es muy difícil y muy costoso.

El desconocimiento de la AF y de los servicios que la engloban como es el del SFT por parte de los usuarios, es un motivo básico para que este servicio no se implante en las farmacias.

*“Yo por ahora es un servicio que la gente no sabe si existe. y lo leen y no saben lo que significa”*

No obstante, aunque se conociese y los usuarios lo demandasen, son muy pocos los farmacéuticos que se encuentran motivados para implantarlo. Se manifiesta que es un trabajo tedioso y que son muchas las actividades que realizan diariamente

24. *contra lo que tenemos que luchar es también lo que hay fuera. Porque realmente hay una planta medicinal, al final acaba teniendo un principio activo que puede actuar o interactuar con medicamentos que están eh... tomando la persona. Si esa persona está atendida en una oficina de farmacia con atención farmacéutica, seguramente evitaremos problemas, en cambio, si lo coge y lo echa al cesto de la compra... pues difícilmente la vas a poder controlar.*

Se habla de la AF y en todo momento se manifiesta que no es un servicio que se vaya a implantar por el momento. Sin embargo, ante la aparición de una fuerza competitiva, se plantean la necesidad y utilidad de este servicio. Se habla en concreto de los productos hechos a base de plantas que se venden en supermercados, y de que estos no llevan ninguna indicación con las interacciones que pueden ocasionar en pacientes con determinada medicación.

25. *- una parte muy importante que también tenemos la farmacia que la gente entra muchas veces para comprar un medicamento, que es un artículo de necesidad y acabas comprándote una crema anticelulítica. Quizás porque la ha cogido de la zona que la tienes puesta y tú además le has dado una explicación de cómo se la tiene que aplicar. O en qué zona es más activa, menos activa... que si está bien luego, a la hora de venderle ese producto, porque ahí sí que estás haciendo una venta productiva, el darle un consejo farmacéutico, o sea que debe ir acompañado, pero yo lo creo que no es malo,*

Se comparan con las grandes superficies en las que hay parafarmacia. Para luchar contra estos establecimientos se afirma que el consejo farmacéutico puede ser una buena herramienta.

*- ...no hay que caer en que todas las ventas sean así. Es lo que dices tú. O sea lo cojo, me lo llevo y no... me dicen nada, porque al final acabamos siendo...*

*- pues eso, un poco el del Mercadona... porque no. (Risas)*

26. *E: ¿Vosotros pensáis que podríais hacer algo contra eso? O sea, que no se vaya la gente a la parafarmacia, al mercadona.*

*- Pues, se puede hacer algo...*

*- ...pero como el tema importante es el dinero hay que ser competitivos,*

*- y ...formarnos... hasta para el anticelulítico  
- ... estar atento a tu geomarketing, es decir, la zona que tienes, pues qué tipo de cosmético tienes que tener. O sea no vas a ponerte a las marcas más caras si estás en un barrio humilde*

*- ahora la línea blanca de farmacia...o tu propia formulación o yo que sé. ...*

Se plantean más soluciones para luchar contra las grandes superficies, donde no se puede competir por precios. Se comenta que la formación es fundamental.

*Siempre habrá un público, un sector del mercado que valore más tener el servicio de la farmacia, productos de mejor calidad, evidentemente, la morralla irá a la morralla, pero...lo que podemos hacer, lo que podemos hacer es formarnos...ser profesional y ya está*

Además, es necesario conocer el barrio en el que están y ofrecer cosas asequibles a la zona en la que se encuentran situados.

27. - lo que no existe todavía es la EFP si la EFP no hacemos nada  
- por eso, por eso...  
- ... ahí es donde hay que hacer...  
- que nadie se lleve un frenadol sin decirle algo de la tensión,... o saber cómo tomarlo, o cuántos días llevas tomándolo, ¿qué es para una gripe?, ¿qué pasa, tiene fiebre?  
- ...un valor añadido...

La formación es fundamental. Siempre que un paciente visite una oficina de farmacia y compre un medicamento es muy importante ofrecer un consejo, indicar las pautas de dosificación y la utilidad del mismo, en concreto se manifiesta que esto se debe hacer con los medicamento EFP.

28. E ¿cómo valoráis la capacidad que vosotros tenéis para realizar seguimiento? o sea ¿os veis capaces de poder...? creéis que necesitáis alguna formación más

Para ofrecer estos consejos de los que se está hablando con anterioridad, se manifiesta la necesidad de reciclarse.

yo creo que estoy capacitada para ello. Y las personas que trabajan en farmacia, pues las dos farmacéuticas por supuesto que también. Lo de reciclarse es fundamental, pero lo necesitamos todos. La gente, cuando ve negocio se prepara pero de qué manera  
- el seguimiento tampoco se trata de dar una respuesta en el momento... cuando tú haces seguimiento... te quedas con unos datos que luego te los estudias y das una respuesta, como se hace hoy en día en todos los sectores.  
- sí, la verdad es que sí.  
- - estamos capacitados

Se habla de la implantación del SFT y de si están cualificados para realizar este servicio, la afirmación se hace notoria colectivamente. Sin embargo aunque todos se sienten capacitados, también están de acuerdo que el reciclaje en formación es esencial para todo profesional.

### Médico

29. - tengo... muchos pacientes polimedcados y me preocupó por ellos. Por la gente que ves todos los días en la farmacia. Fui a hablar con el Coordinador en el Centro de Salud. Y le dije: oye, que estoy aquí..., ¡ah! Fenomenal, nunca me manda a los pacientes. Yo llamé para dos personas que eran mayores, que no se enteraban, que tenían una sudamericana de turno cuidándoles, que es casi peor que ellos y... y bueno, pues tampoco están. Entonces, muchas veces, lo malo de esto es que se ponen todos los esfuerzos, dineros, en programas que luego no funcionan y...y ellos los galones...  
- sí, claro, porque luego salen en la foto...  
- es un problema político  
- sí, sí, sí  
- en el papel aguanta todo y queda muy bien.  
- Pero el problema es que luego esos programas funcionen porque además la idea era buena  
- muy buena.  
- al final los que trabajamos somos nosotros básicamente. Porque tenías  
- las mono dosis, el pastillero...  
- el problema es que nosotros no podemos...

Referente al colectivo médico y su implicación con el sector farmacéutico, se denota un sentimiento de desánimo al ver que no hay colaboración entre ambos sectores.



30. E: *por ejemplo el consejo o la prensa profesional está haciendo mucho bombardeo sobre consejos y los medicamentos... ¿vosotros veis que eso sirve?*

- sí

- sí, hombre

- ... consulte a su farmacéutico?

Se opina que es muy positiva la comunicación que está haciendo sobre el consejo farmacéutico, etc..... Se habla concretamente de los anuncios de la televisión donde aparece la pantalla que indica "pregunte a su farmacéutico"

31. E: *las vuestras, si veis vosotros que... esas revistas, la publicidad de esas revistas... os dan a vosotros? ¿Os parece normal o...?*

- ... sí correo

- o sea, las que leemos nosotros aquí en España.

- ¡hombre! Unas más que otras.

- por eso, sí. Luego tienes un montón que no puedes leer todo porque no te da tiempo... seleccionas...

Finalmente cuando se habla de la prensa profesional se dice que esta es muy útil pero que hay un exceso de información y no hay tiempo para leerlo todo.

### 4.1.5 Grupo Focal Farmacéuticos Comerciales

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos con farmacias comerciales

#### **Definición AF**

1. *Intentamos practicar la atención farmacéutica. Yo tengo un master hecho y dado que el público se supone que es de un nivel un pelín superior, con... poder adquisitivo... y por conocimientos diferente al resto, y aún así es un poco difícil. ehhhh... bueno, se hace... trabajamos mucho la homeopatía y la fitoterapia, por lo menos en este tipo de público... se puede trabajar muy bien...*

Se pone de manifiesto la intención existente entre los participantes de realizar servicios cognitivos. De hecho se expone que algunos de los participantes han realizado cursos y masters de AF, lo que creen que les puede ayudar a realizar servicios de AF. Sin embargo se afirma que dado a que la gente no tiene expectativas en cuanto a recibir servicios de AF y dado al nivel adquisitivo de la población que frecuenta su farmacia se opina que es más fácil trabajar en áreas como la homeopatía o la fitoterapia.

2. *Lo de la atención farmacéutica considero que es una...es como una especie de algo que se le ha puesto un nombre a lo que ya se venía haciendo en la farmacia. Hace ya tiempo. ¿Porque creo que es así?. Porque yo venía ejerciendo atención farmacéutica desde que la compré... y desde que venía un cliente, una persona mayor... se sentaba en la sillita y me tenía media hora con las cubetas para colocar y que le tome la tensión... el pulso... para mí ya era atención farmacéutica. Ahora se le ha puesto el nombre ¿no?, pero se venía ejerciendo ya antes...*

Se comenta que la AF es una actividad que se realiza desde hace muchos años; la diferencia que se plantea actualmente es que a dichas actividades se les ha puesto el nombre genérico de AF.

*Lo que pasa es que ahora... se le ha puesto nombre, pero... de siempre... y tú lo sabes, la atención farmacéutica la hemos hecho siempre... la AF es que yo en la farmacia, cuando me llegan... yo le tomo la tensión...gratuitamente...*

El hecho de que se piense que la AF es algo que siempre se ha realizado, demuestra el importante grado de desconocimiento sobre la misma. De hecho se piensa que realizan AF cuando se toma la tensión, se cuentan las pulsaciones, o simplemente cuando un cliente entra en la farmacia y se sienta en una silla durante un largo periodo de tiempo.

*“venía...una persona mayor... se sentaba en la sillita y me tenía media hora con las cubetas para colocar y que le tome la tensión... el pulso... para mí ya era atención farmacéutica.”*

3. *el consejo... bueno, lo que se llama ahora atención farmacéutica.  
- sí, se puede llamar atención farmacéutica.  
- Pero el consejo es algo más... más particular, más... personal.*

Incluso se habla del tradicional consejo farmacéutico que se incluye bajo el epígrafe de AF; lo único que se manifiesta como diferente es que ahora el consejo es más particular o personal.

*- Es sobre el comentario de cualquier medicamento esto, aunque lo sepan. Entonces, ya interviene... estás atendiendo farmacéuticamente, pero... el consejo ya, pues mire, pues... tómese después o haga*

Por todo ello queda manifiesto que se entiende la AF *“como lo que se ha hecho*

*esto o mejor no sé qué... ese consejo es el de siempre. Y eso...*  
*- La atención farmacéutica que se ha hecho siempre...*

4. *P: pero,... entonces, hay como dos atención farmacéutica diferentes...*

*sí. Creo que hay dos tipos de atención farmacéutica, la protocolizada y llevada exhaustivamente y la tradicional... y está muy bien la protocolizada...*

*...para llevarla protocolizada tienes que llevarte una buena relación con la médica*

5. *- hay unos protocolos para llevar una atención farmacéutica, pero una atención farmacéutica más al paciente, más profesional realmente que la que damos en el mostrador porque tú vas a controlar el efecto y todo...*

6. *pero una cosa... es aconsejar la dispensación activa y otra... cosa es la atención farmacéutica como tal, que yo entiendo que es un seguimiento farmacoterapéutico, para en caso de detectar algo, estar en contacto con el médico y corregir la anomalía.*  
*- eso va quedando registrado.*  
*- es muy complicado de hacerlo*

#### **Definición de su farmacia**

7. *Realmente somos centros de atención primaria para males menores...*

*pasamos consulta... sintomatología menor,*  
*- sí, sí*  
*- el... paciente o cliente en este caso... no*

*siempre",* mientras que en realidad se está comparando con lo que sería la definición de dispensación y no de AF en general.

Realmente algunos de los participantes se muestran convencidos de que existen dos tipos diferentes de AF; *"la protocolizada"*, que conlleva más dedicación y se piensa que se *"lleva exhaustivamente"*, y la AF *"tradicional"*, no documentada.

Además, se manifiesta que para realizar una AF protocolizada se debe trabajar conjuntamente con el médico para, de este modo, llegar a una mejora en la salud de los pacientes que toman medicamentos.

En definitiva se han descrito dos tipos de AF, la *"protocolizada"* y la *"tradicional"*. A continuación se manifiesta que dentro de la AF protocolizada existe una que está más orientada al paciente ya que lleva consigo la realización de unos protocolos, y otra que se lleva a cabo desde el mostrador. Incluso se afirma que la protocolizada es una AF más profesional.

Más adelante se hace visible por uno de los participantes la necesidad de diferenciar entre dar un consejo, el cual se incluye dentro de la dispensación activa, o hacer seguimiento farmacoterapéutico, el cual esta vez sí está incluido en la atención farmacéutica.

Se expresa la complejidad que surge cuando se hace SFT, la necesidad de colaboración con otros agentes de salud más concretamente con el médico y la necesidad de registrar lo que se hace, ya que de esta manera se pueden detectar los errores y notificarse a pesar de su complejidad.

Posteriormente durante la reunión se define la farmacia como un: *"centro de Atención Primaria para males menores"*.

Incluso y aunque generalmente en la

*va al médico porque los médicos tienen unos precios muy abusivos...*

farmacia no se desarrolla una práctica suficientemente asistencial, se habla de que en algunas de las farmacias "se pasa consulta de sintomatología menor" a los pacientes que las visitan frecuentemente. Se concluye que esto es debido a los precios tan altos de las consultas médicas.

*8. - si es que una farmacia..., una vez lo dijo una profesora de la Facultad y llevaba toda la razón del mundo... una farmacia es una tienda en la que se vende salud...*

Junto a la opinión anterior, otros participantes llevan consigo ideas exteriorizadas por sus profesores durante sus años de formación que se confirman con manifestaciones como que, en realidad, "la farmacia es una tienda donde se vende salud".

*9. Mi labor es... yo soy gestor puro y duro. Yo hice farmacia por cuestión empresarial, con eso lo digo todo...*

En otros casos se manifiesta la actividad realizada en la farmacia como una labor puramente empresarial. Ya sea por motivos propios, como es el caso de algún participante que confiesa haber estudiado esa profesión por cuestiones puramente empresariales, o bien sea por farmacéuticos que han estudiado y se han visto sometidos a la gestión de un negocio.

*Estoy continuamente formándome a nivel de marketing y de programas de gestión. De hecho ahora voy a empezar con mi empresa y mi labor es gestión pura y dura. Yo no atiendo en el mostrador desde hace 4 o 5 años, organizo el trabajo pues de manera que tengo unos jefes, ellos contratan, despiden, pagan nóminas... yo no toco el dinero de las cajas...*

No obstante, bien sea por imposición o por placer, se habla de farmacias en las que la actividad principal del farmacéutico (dueño o no) está dedicada al marketing o a la gestión empresarial.

*10. El farmacéutico que no sea empresario tiene que delegar en otro empresario. Esa empresa la tiene que delegar en alguien profesional.*

A continuación, en este sentido, se dice que cuando no se está formado empresarialmente es necesario contratar a una persona especializada en ese sector para que se encargue de los múltiples trámites administrativos a los que están sometidas diariamente las empresas y, en este caso en concreto, las farmacias.

*11. P: en este momento hay un problema está la crisis, el dictamen motivado... la parafarmacia... salida a las FPs,... la liberalización...¿cómo veis esto? ¿Cómo, cómo debe abordar el farmacéutico...todo esto para aumentar ventas, para mantenerse en el sistema..., para no perder*

En definitiva se habla de que el farmacéutico titular debe ser una mezcla entre profesional farmacéutico, gestor y empresario comercial.

Todo ello está motivado por el constante

*lo que se tiene? ¿Cómo lo veis?*

*- una mezcla de ambas... ser profesional y aprender a ser comercial y gestor... empresario.*

*yo tengo que evolucionar y adaptarme a lo que tengo. Y entonces, soy, aparte de farmacéutico, también tengo que ser empresario. Porque es que no me queda otra.*

cambio al que está cometida la Oficina de farmacia con las bajadas de precios, las subastas de medicamentos, con problemas como la crisis, la amenaza constante de la liberalización, etc.. De manera que se han adaptado combinando la profesionalidad farmacéutica con la empresarial.

### **Futuro**

*12. - yo creo que van a ir los tiros de futuro más por dispensación activa...*

Junto a la actuación como empresario o gestor que se afirma es inherente a la actividad del farmacéutico titular se recuerda que lo que justifica la existencia de la profesión es su actividad profesional.

En el transcurso de la reunión son muy frecuentes las veces que se habla del futuro dudoso que les rodea profesionalmente. Es por ello que se planteen diferentes alternativas para mejorar. Al hablar del futuro de la oficina de farmacia se cree que la dispensación es fundamental para seguir ejerciendo la profesión de farmacéutico.

*13. La atención farmacéutica, es una herramienta para luego poder decir ¡señores!, por aquí nos podemos escapar ¿no?*

Con respecto a la AF, se habla mucho durante la reunión, pero lo único que se manifiesta de la misma, es que es una herramienta más con la que se puede asegurar un futuro en la profesión en la oficina de farmacia. Sin embargo siempre que se habla de AF, se hace de una manera errónea con la idea de que esta consiste más en una simple dispensación, donde el farmacéutico da un consejo.

*14. P: ¿por qué creéis que se habla tanto entonces de repente de la atención farmacéutica en general, independientemente de que sea tradicional...?*

*- yo creo que se habla como una posibilidad más para afrontar un futuro, - un futuro, pero no...- una posible vía de escape, sino una posible alternativa, que quieren que cuaje y obviamente está cuajando.*

Al hablar sobre AF y su frecuente aparición en medios de comunicación, congresos, etc., se piensa que puede ser una alternativa para afrontar el futuro de la oficina de farmacia.

No obstante se vuelve a dejar de manifiesto que la AF que se realiza ahora, desde el mostrador, se limita a dar algún consejo o a la toma de la tensión arterial, dejando ésta anotada en un libro acondicionado a ello.

*- la atención farmacéutica se reduce ahora mismo en mostrador, en tomar tensión, anotarlo en un librito...*

15. *en un futuro sin duda alguna, yo creo que tienes que cubrir el máximo abanico posible de... por sí. Que nadie sabe lo que va a pasar. Yo creo que si hubiera una liberalización el sistema perdería ¿no? porque sale 'escopeteao'. ¡Claro!, si la hubiera con ley de mínimos. Aún así perdería, porque... yo perdería profesionales...*

- sí

- ...al final el servicio decrece ¿no?

- no, hay una cosa clara. El sistema que tenemos, a nivel de usuarios es el mejor del mundo.

- es buenísimo. Es muy bueno.

- te garantiza que haya... una farmacia, en todo el territorio nacional

Se recuerda la incertidumbre existente entre el colectivo farmacéutico y el futuro de la OF, es por ello que se plantea como la mejor posibilidad factible el poner a disposición de los pacientes un amplio abanico de servicios.

También se habla del resultado tan negativo que supondría la liberalización de las farmacias para el sistema, puesto que se piensa que el servicio profesional empeoraría, y por tanto se dispondría de un menor número de profesionales titulados en las OF.

A pesar de ello se acaba hablando de lo bueno que es el modelo farmacéutico español, exponiendo que es el mejor del mundo y confirmado que este sistema garantiza una farmacia cercana en todo el territorio español.

16. *¿el futuro? Eso..., eso no va a cambiar, como cualquier tipo de negocio, que es que el cliente se vaya contento con el servicio que le das y que dé un servicio "personalizado".*

Se piensa que, dentro de los servicios que se deben ofertar en las farmacias, el servicio personalizado les puede ayudar a aumentar su rentabilidad, por lo que otra de las soluciones que plantean para mejorar en el futuro es la de que los clientes que les visitan se encuentren satisfechos con el resultado obtenido al comprar cualquier producto de la farmacia.

17. *P: cómo hacer que la farmacia tenga un hueco de futuro.*

- dando servicio...

- como él, que tiene una dietista... me pasa todos los lunes una dietista y un psicólogo.

Ofreciendo servicios es otra manera que se percibe en el grupo para que la farmacia tenga un lugar en el futuro.

Sin embargo, cuando los participantes hablan de servicios no lo hacen refiriéndose a los servicios de Atención Farmacéutica a los que se relaciona al paciente con el medicamento sino que se habla de otro tipo de servicios para mejorar el futuro de las farmacias y para sobrevivir a la competencia.

*También... hago limpieza de cutis y hago todas esas cosas. No solamente te tienes que centrar en lo que es el medicamento para poder sobrevivir en el estado competitivo que tenemos. Te tienes que abrir.*

Por todo ello se ve necesario aumentar el número de servicios que se oferta y se habla de incluir entre las rutinas diarias de la OF, la visita de un nutricionista o dietista, un psicólogo, una esteticien, etc.

18. Tienes que dar servicio con cabina de esteticien, tienes que tener tarjeta de fidelización de puntos... de puntos, tienes que tener reparto a domicilio, tienes que tener una buena web con venta comercial. Yo la tengo... on line. Solamente para parafarmacia, pero...

Entre todos los servicios que se plantean a lo largo del grupo focal se establecen unas prioridades para un funcionamiento más optimizado de la farmacia.

Se entiende por prioridad todo lo que genera un aumento del beneficio, por los que para algunos es muy importante, por el tipo de clientela que frecuentan su establecimiento sanitario, ofertar servicios de; esteticien, disponer de tarjetas de fidelización con puntos, reparto a domicilio de productos de venta libre, etc...

19. P: ¿una web os parece que puede ser una herramienta?

Incluso, parece ser bastante importante el servicio que dan por medio de su página web, se habla del gran número de visitas que reciben, de los consejos que ofrecen y de los profesionales que se encargan del mantenimiento y de las respuestas farmacéuticas vertidas por medio de su canal virtual.

yo tengo dos farmacéuticos dedicados a la web, y atienden consultas diarias. Tú hoy haces una consulta con la web que tengo esto y lo otro, y te responden automáticamente.

- estamos teniendo entre 300 y 450 consultas de sintomatología menor diarias. Muchísimas.

En definitiva, junto a todos estos servicios, que no se pueden considerar de Atención Farmacéutica, que se plantean como alternativa a la crisis o a las sucesivas bajadas de precios, con la consiguiente disminución de la rentabilidad, los farmacéuticos se plantean como prioridad para la farmacia la búsqueda de nuevos sistemas que mejoren sus ingresos aumentando la venta de productos de parafarmacia utilizando tarjetas de fidelización de puntos, visita de una esteticien "x" veces a la semana, una web.....

Yo en mi web tengo 300, 400 visitas diarias de consultas de sintomatología menor. Son muchísimas...el mundo...No se trata por ejemplo en el tema de la web, de hacer una web y colgarla y decir ¡Tengo una web! No, no, no; la web te la tienes que currar y tener un responsable o dos de la web y todos los días modificarla y hacer un montón de cosas...

20. P: ¿Qué modelo crees tú que va a tener más calidad en el futuro? ¿O caben los dos?

Se han comentado las diferentes alternativas que los participantes ponen en marcha en sus farmacias para que se pueda garantizar un futuro más sólido. No obstante se pone de manifiesto que el actual modelo de farmacia es el más adecuado para la población, y se afirma con frases como "el modelo actual de farmacia española es el mejor que existe" "el modelo español... es que es perfecto", etc.

- el futuro depende de... las "arcas de la seguridad" social para empezar.

- yo... yo opino que el modelo... actual de farmacia española es el mejor que existe.

P: pero tiene futuro... el modelo...¿el modelo español?

Además, se piensa que el futuro de la farmacia comunitaria no solo depende del

- modelo español... es que es perfecto  
- la verdad es que es perfecto

farmacéutico titular y/o dueño de la misma, sino que también se habla, según palabras textuales, de "las arcas de la seguridad social", de las cuales el modelo de Farmacia que tenemos depende en gran medida.

#### *Habilidades del farmacéutico*

21. - no nos queda otra que estar formados a la última al nivel de todos... a todos los niveles

- ...la formación... a nivel sanitario y empresarial.

- la formación. A nivel de oficina de farmacia la formación es diaria, es continua. Y cada vez que me llega un parte de un centro hospitalario, nos estamos formando

- sí

- ... con un diagnóstico de una patología. Eso es una formación continua.

Al mismo tiempo los participantes muestran una actitud positiva y se piensa que una manera de sostenerse en el futuro y para que el farmacéutico responda a las amenazas externas que surjan es la formación.

Se habla de una formación sanitaria y empresarial, una formación completa a nivel de oficina de farmacia y que pueda responder a las necesidades de los pacientes cuando llegan con un informe de alta médica de un centro hospitalario, o con alguna patología menor.

Se piensa que esta formación por la que se interesan, es una formación continuada que reciben en su día a día en el mostrador cuando reciben dichos informes médicos.

22. P: ¿y te llegan partes de...? ¿Te llegan...?

- continuamente...

- de los partes se aprende mucho

- te llega un parte... diagnóstico tal, tratamiento tal. Con eso te vas quedando. Y al final, a ti te puede llegar la persona con esa patología y tú sabes lo que es, la formación es diaria. Incluso puedes hacer de cursos de... formación

Ante la situación que se establece con la formación de los informes médicos, se llega a la conclusión de que estos son una manera fiable y completa de aprendizaje o reciclaje.

La pauta establecida es la de leer el informe que el paciente enseña y aprender del diagnóstico y del tratamiento que el médico indica en el mismo. De este modo se piensa que se conocerá el diagnóstico a seguir cuando alguien que llegue con una patología similar.

Incluso se ven cualificados para dar cursos de formación con la información que reciben al leer los partes médicos de los pacientes.

#### *Pre motivacionales Sociales y culturales*

23. Tienes que hacer de psicólogo... de psicólogo, porque en la consulta, por sobrecargo del médico..., no le atiende, muchas veces haces hasta de psicólogo de... de los pacientes, te cuentan toda su problemática y todo.

También se opina que no sólo las actividades que han añadido en su cartera de servicios son suficientes, sino también se sienten como un profesional ejerciendo la psicología para escuchar los problemas de los pacientes que visitan la farmacia, con la excusa del poco tiempo que dedica el médico a cada paciente.

*"Tienes que hacer de psicólogo"*



### Actitud del titular

24. *yo empecé en la mía y... incluso cobrábamos 10 euros por la visita, aunque tenemos un público que se puede hacer, requiere personal y cualificado, y solamente dedicado a eso. Y empezamos a trabajar con unidosis y le hacíamos blister..., su fotografía y... todo... es complicado*  
P: *¿y ahora no lo hacéis...?*

*de momento no, porque lo hacía con residencias... yo tenía un par de ellas. Afortunadamente me las quitó hace cuatro o cinco años... y claro, una tenía 120 camas, la otra... no sé cuántas y había un montón... y el trabajo en sí es bonito, pero el público de la calle... muy poca gente accede a eso...*

- *yo antes hacía mostrador...*  
- *Así que considero que el primer eslabón es, la atención que das al cliente,*  
- *el mostrador hay que trabajárselo, yo me lo he trabajado. 7 u 8 años. Yo hablo inglés y alemán y en mi zona es fundamental.*

26. *Como en cualquier negocio es muy importante el servicio directo, el contacto directo con el paciente... para empezar, eso es lo fundamental, en mi opinión para evolucionar en una farmacia. Segundo, la cuestión administrativa... es también muy importante y ahora porque nos están obligando. Sí, ahora sí, nos están obligando a eso.*

27. *Si, también es cierto que si quieres, el trabajo administrativo que deja una farmacia detrás, tú te puedes dedicar el día entero a eso y hacer números y sacar bastante más rentabilidad, pero también considero que la rentabilidad también está en el mostrador. Porque tú puedes, a nivel administrativo, estar todo el día encerrado. Pero a lo mejor un cliente que fidelices... es, haces, mucho más que 3 horas que quites de administración al mostrador*

Para hacer todo esto que se ha dicho de la AF se considera la necesidad de obtener una formación más específica, o más actualizada, se habla de la necesidad de tener más personal dedicado a ello, e incluso se confirma la implantación sin éxito de la misma en una farmacia.

Al hablar de esta implantación se habla del trabajo con las unidosis, la personalización de los pastilleros preparados, e incluso del coste que suponía para el paciente este hecho. A pesar de esto, se manifiesta que no es un trabajo rentable por lo complicado que resulta y de que su puesta en marcha no es demandada por el paciente de a pie.

Para que el servicio prestado a los clientes sea el adecuado, se piensa que la experiencia que se obtiene tras años en el mostrador es fundamental. De hecho para algunos de los participantes una formación extra en idiomas, como alemán o inglés, ha sido imprescindible para dar el mejor servicio posible a sus clientes extranjeros.

Se confirma que "el contacto directo con el paciente", o sea, la atención que el farmacéutico ofrece al paciente desde el mostrador se ve necesaria para el correcto funcionamiento de la farmacia. No obstante los trámites administrativos y tareas de gestión, se plantean como otra tarea más que el farmacéutico debe atender. En muchos casos esta última tarea se está anteponiendo a la necesidad de atender personalmente a los pacientes que visitan la OF.

Ante esta manera de sacar más rentabilidad de la farmacia como es la de dedicarse a los temas administrativos, se opina que es una labor que requiere mucho tiempo. Tiempo que se está restando de la atención a los pacientes en el mostrador y que tal vez a largo plazo sea incluso más rentable el hecho de estar en el mostrador que el de estar haciendo cálculos en el despacho. Aunque lo ideal es que las dos se puedan llevar a cabo sin perjudicar una labor otra.

28. *¿Venta libre? Es muy importante. La venta libre es muy importante ahora ya. Hay zonas donde la venta libre es muy superior a otros sitios.*

Además de la rentabilidad que se suma con las labores de gestión y con la atención desde el mostrador, se habla de la importancia que supone la venta libre para muchos. En algunos casos la venta libre de todo tipo de productos alcanza un lugar muy elevado en la escala de aumento de los beneficios de la farmacia.

29... *quizás tendríamos el problema resuelto en el momento en el que trabajáramos como una farmacia inglesa, con dosis unitarias...*

*P: ¿tú crees que ésa puede ser una solución?*

*-no se...*

*- sí. Pienso que ésa puede ser una solución muy buena porque volveríamos a retomar el aspecto profesional como el antiguo boticario que estaba en su laboratorio haciendo preparados y tú le preparas la medicación precisa que necesita ese paciente, y al prepararla, pues ya puedes hacer un seguimiento más exhaustivo.*

En este sentido se plantean los sistemas personalizados de dosificación (SPD) o, tal como lo denomina algún participante, las dosis unitarias, como una posible solución de futuro para la farmacia.

Esto permite un desarrollo profesional como elaborador y facilita las funciones del SFT.

### Competencia

30. *se puede ser competitivo y se puede ser profesional. Yo lo llevo casado.*

*cada vez estamos en una sociedad más competitiva*

Para realizar una labor más exhaustiva en la farmacia se habla de que hay que ser más competitivo a la vez que un buen profesional. De este modo se entiende que se obtendrá una mayor rentabilidad en la farmacia.

### Demanda paciente

31. *P: ¿Qué pensáis que espera la gente, en general, de la farmacia?*

*- yo lo resumiría en lo que he dicho, pues eso, un sitio en el que le venden y le van a asesorar salud.*

*- Además siempre espera el consejo*

*- yo creo que los tiros van a ir más en esa línea... en prevención, y el farmacéutico que espabile en prevención, incluso en hacer protocolos y en trabajar la dosis unitaria...*

Esta línea de acción de las farmacias orientadas a mejorar la rentabilidad, en cierto modo se contradice con lo que esperan los pacientes.

Se opina que la población espera de la farmacia encontrar un lugar accesible, donde conseguir el acceso al medicamento, que necesita consejo y asesoramiento en salud, campañas sanitarias y actividad de prevención e incluso servicios orientados a la mejora del uso de los medicamentos como a la preparación de sistemas personalizados de dosificación, realizar los pasos necesarios para hacer AF...

### Presión de la administración Legislación

32. *si nos obligaran a nosotros a protocolizar todo sería un trabajo de... chinos*

Sin embargo, ante la idea de que la administración obligue al colectivo a realizar una correcta labor de AF, existen algunos participantes que no están de acuerdo frente

- sí, de chinos, pero... habría un control, se evitarían errores y... al final, el Estado ahorraría...

- ... y profesionalmente haríamos nuestro trabajo...

al hecho de que la AF tenga que ser "protocolizada", puesto que piensan que constituiría un esfuerzo excesivo.

*"si nos obligaran a nosotros a protocolizar todo sería un trabajo de... chinos"*

A pesar de ello en este sentido se opina se evitarían errores de medicación, dinero al estado, etc.Y, profesionalmente, el farmacéutico se vería recompensado satisfactoriamente.

### Presión de la administración

#### Pago por servicios

33. Ahí tenía que haber como un pacto de Estado... ¡señores! Nosotros venga vamos a garantizar..., venga, los próximos 20 años intocables, asumimos este coste, pero tenemos que estar coordinados, médicos y farmacéuticos.

Ante la posibilidad de mejorar el servicio que ofrecen en las OF con la implantación de la AF, se plantea la posibilidad de hacerlo, y hacerlo asumiendo la farmacia el coste, siempre que el estado garantizase a largo plazo el futuro de las mismas.

*"tenía que haber como un pacto de Estado... ¡señores! Nosotros venga vamos a garantizar..., los próximos 20 años intocables, asumimos este coste"*

Incluso se plantea el requisito de una coordinación eficiente entre médico y farmacéutico para que la labor sea llevada a cabo correcta y eficientemente.

### Presión de la administración

#### Pago por servicios

34. P: ¿pero si se pagara no crees que podría ser interesante?

- sí

- sí,

- sí, si se pagara sí.

A todo esto se incluye que la alternativa de que el estado pague por el servicio sería muy interesante y ventajosa para la farmacia, y una manera más fácil de motivar a los farmacéuticos para que realicen su implantación.

35.P: ...¿y eso lo podrían hacer los farmacéuticos? Independientemente de si la Administración asumiera el coste...

- ya claro, no tener que competir...

- o sea yo, sí, si... si ellos asumieran el coste...

- ¡hombre, claro!

Ante el hecho de que el estado pague por el servicio de AF no solo ven ventajas para implantarlo sino que ya no se plantean ningún inconveniente de formación, es decir se ven cualificados y asumen que es una ventaja para no competir unos contra otros.

### Fidelización Pacientes

36. Tenemos que estar muy atentos, a la medicación y al control del paciente, que tenemos sobre todo que fidelizar en la farmacia.

Frente a la idea de llevar un control de la medicación que los pacientes toman, se manifiesta la posibilidad de que esta medida puede ser útil para fidelizar a los pacientes.

37. *En la farmacia se crea tal fidelidad, se crea tal compromiso con el farmacéutico... yo hablo en mi caso, del barrio, en el cuál no se fía hasta del propio titular de medicina que ha visto su analítica y se la ha visto bien. Sino que se la llevan para que tú se la revises a ver si se la han visto bien, ya se te queda el paciente mucho más tranquilo... yo he tenido clientas que me han venido recién tomada la quimio allí me ha estado vomitando... pero tenía que hablar conmigo*

Con respecto a la fidelización de los pacientes, en este el grupo focal se piensa que en las farmacias de barrio, en las farmacias rurales o simplemente en farmacias pequeñas, la relación farmacéutico paciente es más de confianza.

Se habla de casos en los que el paciente una vez que sale de la consulta del médico, va a su farmacia para confirmar los resultados que el médico le ha dado cuando ha visto una analítica.

### Barreras

#### Falta de tiempo u Organización.

38. *se hablan idiomas, estamos perennemente, de octubre a junio dando clase de inglés y alemán... algunos con carácter personal... apenas se habla español en invierno, y en verano, cambia el tipo de clientela, empiezan a irse, el buen cliente. Como digo... de área nacional que a mí no me convence (risas) que se va en octubre ¿no? pero en fin, hay que vivir de él y muy agradecido...*

Anteriormente se ha comentado que para una farmacia comercial de una zona con mucho tráfico de extranjeros existe un tiempo extra de formación para atender adecuadamente a este sector.

Aquí se confirma la barrera que supone para el titular la falta de tiempo para implantar la AF, pero no se plantea la misma barrera con el tiempo dedicado al estudio de idiomas para una correcta atención de pacientes que vienen del extranjero.

39. *La AF te quita mucho... tiempo si lo quieres hacer bien. Luego me imagino que es como todo... rutina y...Una vez que le has hecho la ficha y ya tiene la ficha...todo, llega un momento que ya no... no se le dedica tanto tiempo.*

Como se ha comentado con anterioridad, la implantación de la AF, requiere un tiempo extra. Se comunica que para su correcta realización es necesario disponer de una cantidad de tiempo mayor, sobre todo al principio antes de llegar a convertirlo en un trabajo rutinario. Se habla de la dificultad que suponen la elaboración de las "fichas", el tiempo en "estudio primario"...

*Pero al principio, para hacerle la ficha y estudio primario... eso... necesitas un tiempo ¿eh?*

Una vez que se ha realizado todo esto durante un tiempo se manifiesta que puede llegar a ser más rápido.

*- después es más rápido todo ¿no?*

40. *- y luego, tiempo de estudio tuyo  
- hombre, claro... es que te... obliga a estar al día  
- en patología...  
- hay que estudiar, sí.  
Te tienes que ir poniendo al día, si no... te vas quedando obsoleto,*

Además, no solo se necesita tiempo para la realización de los "protocolos" establecidos, sino que también se opina que se necesita tiempo para estar al día y para obtener una formación adecuada al reto que se plantea cada día.

### Falta de Formación Universidad.

41. *en la Facultad NO se viene a enseñar...a gestionar la farmacia, o sea, un curso de gestión empresarial.*

*Yo creo que todavía ni existe, no lo sé.*

*tú llegas a tu farmacia igual que yo... y te enseñan un albarán... y tú dices madre mía...*

*- eso, eso es distinto. En la Facultad te preparan como... un profesional... para hacer un poco gestor te tendrás que prepararlo tú*

*- y, y luego para que te enseñen a dar servicio ¿no? de prevención.*

En relación a la formación que se imparte en la universidad, algunos de los participantes piensan que es insuficiente para el día a día. Se piensa que hay que incluir en el currículo una formación dedicada a la de gestión de la oficina de farmacia. De tal modo que cuando un recién licenciado trabaje en una farmacia conozca sus labores con respecto a recepción de pedido, los albaranes, etc....

Sin embargo, para otros participantes esta formación de gestión no es necesaria ya que de lo que se trata es de obtener un personal cualificado profesionalmente que ejerza su labor como profesional de la salud.

### Gasto Práctica.

42. *si tú haces una AF protocolizada y todo y estás en contacto con el sanitario médico y todo, pues se controlarían mucho mejor las enfermedades, se... llegaríamos a la curación de ciertas enfermedades...*

*- ahora que eso te supone coste a ti...*

*- hombre, coste de tiempo,*

*- el coste lo tenemos que asumir los farmacéuticos*

En relación a implantar la "AF protocolizada" se hace mucho hincapié en la necesidad de que siempre sea en colaboración con el médico lo que además conlleva un gasto de tiempo más amplio. Pero a su vez se confirma que es una manera de controlar mejor al paciente y sus enfermedades.

43.-*entonces... una farmacia que esté moviendo mucho volumen de pacientes... sí, si eso ocurre y funciona bien... sí... hay una persona mínimo... pero...*

*- yo lo único que veo en contra de esta... de ese tipo de atención es las farmacias pequeñas creo que no podrían hacerlo. No, porque eso sería un coste.*

Frente a la implantación o no de los servicios de AF, se plantea la dificultad que supondría este sistema para las farmacias pequeñas en las que este supondría un coste para el farmacéutico.

Sin embargo según los participantes "en farmacias que estén moviendo mucho volumen de pacientes" la implantación de los servicios de AF si podrían llevarse a cabo ya que disponen de personal para ello.

44. *si tú estás llevando una atención farmacéutica protocolizada, tú no puedes llevar una farmacia que te... 80, 90 pacientes... imposible. Puedes llevar el control de un número determinado de pacientes...*

*Porque tendría que haber un número de responsables...*

Se considera que debe haber un número determinado de pacientes en "atención farmacéutica protocolizada", quienes tendrán un número de responsables a su cargo.

A pesar de esto, se manifiesta que confunden el término de AF con SFT.

### Médicos

45. - *hay unos protocolos para llevar una atención farmacéutica, pero una atención farmacéutica más al paciente, más profesional realmente que la que damos en el mostrador porque tú vas a controlar el efecto y todo, pero conlleva que tú tienes que tener una buena relación con el profesional médico. Porque tú vas a avisar a lo mejor que un fármaco no le está cayendo bien a una clienta, que crees que con otro... tú crees, pero como te metes un poco en su terreno de, de prescribir, pues, hay profesionales a los cuales están abiertos, pero hay profesionales que les sienta muy mal ¿eh?, que yo he mandado cartitas cerradas diciendo que yo, esta paciente no le creo que la tos que tiene es debido al fármaco tal y me ha dicho que me meta en mis asuntos.*

46. *Yo hecho protocolos de farmacia y si este consejo lo he llevado al profesional médico y hay médicos que muy bien*  
- *los menos...*  
- *pero el 80%*  
- *el 80% ¡cuidado! ¿Eh? Te lo tira a la cara ¿eh?*

47. *pero como ahora en los centros de salud están cada dos por tres cambiando y todo... pasa totalmente. No lo conoces, si le mandas una cartita diciéndole cualquier cosa, información sanitaria... y ¡por Dios!, que es que te la tira a la cara ¿eh?*  
- *es muy complicado, en España...*

48. - *sí, pero para que funcione eso bien creo que debe haber una coordinación médico farmacéutico de zona y de Estado... creo que es una obligación de Estado sanitario, obligar a que haya una relación médico profesional,*  
- *porque es muy importante*  
- *sí, actualmente, no existe...*  
*si hubiera una coordinación plena sería más fácil*

49. - *tenemos que preparar.*

- *a las nuevas generaciones médicas y a las nuevas generaciones farmacéuticas que el camino ése es muy bueno pero alguna relación tendrá.*

Sin embargo, se piensa que el farmacéutico que realiza servicios de AF va más allá de la actuación que se realiza en el mostrador, y se implica en la evaluación de los resultados.

Es por ello que se justifica que para hacer AF más profesional se debe tener una relación de feedback entre el médico y el farmacéutico, de tal manera, que cuando un farmacéutico detecte un problema relacionado con un medicamento (PRM) o alguna anomalía en la medicación, en el uso o en la reacción que esta provoca, pueda comunicárselo al médico sin temor de que este se lo tome como algo negativo a su profesión.

También se opina que la idea de intentar ponerse en contacto con el médico supone un conflicto. Se piensa que el número de médicos dispuestos a participar y colaborar con los farmacéuticos en el SFT es un número muy escaso.

Otro motivo por el que los participantes no se ven con la suficiente motivación para contactar con el médico es la idea de que el centro de salud cambia constantemente de profesionales.

Pese a todo lo escrito anteriormente, algún participante afirma que la coordinación del SFT debe ser obligación del farmacéutico junto con el médico y con la Administración Sanitaria.

Esta coordinación se establece como muy importante y como facilitador para la consecución de dicho objetivo que es la implantación del servicio de SFT para detectar los PRM o cualquier acontecimiento con el que derive el paciente.

Se piensa que una barrera que se puede salvar es la de que se mentalice a las nuevas generaciones de médicos y farmacéuticos para que colaboren juntos.

### Legislación

50. tengo un centro de salud, conozco ... a 6 profesionales de la medicina, los tengo allí, los conozco y me llevo bien y puedo... entonces, yo me puedo dedicar a hacer una buena atención farmacéutica buena, porque no me importa mandarle una carta, porque sé que él me va a llamar y me va a decir, qué tal, mira, este paciente le has hecho un seguimiento de la tensión, con el fármaco tal más la del colesterol y esto, ¡oye!, ¿qué resultado tiene la atención farmacéutica ahí registrado en tu ordenador? Tal, tal. Oye, muy bien, oye, gracias por avisármelo porque yo estoy intentándolo también...y tal hay una relación médico paciente...

- eso es así, y para demostrarle a la Administración que eso es viable...

- tenemos que ir con números,

- la Administración lo que quiere es que no gastes

### COF.

51. P: y ¿qué papel creéis que juegan por ejemplo los Colegios o, las empresariales o cualquier asociación en este sentido, para potenciar esa atención farmacéutica protocolizada?

- hoy en día pintan poco

- a nivel jurídico, tienen un desconocimiento... sobre lo que es Ley básica no desarrollada... ¿eh? Sobre lo que somos los mínimos... en cuanto al horario mínimo de un titular de la farmacia...hay una Ley básica que no está desarrollada y eso no... creo que no te lo has planteado. Hay una Ley básica, que es confusa, que no se ha llegado a desarrollar correctamente.

52. Tengo hecho un trabajo ya de chinos, desde hace tres años, por si algún día dan el pistoletazo para volcarlo al día siguiente, que lo otros está tardarán 7 en hacerlo. Entonces... no te queda más remedio que ir en esa dirección por si eso llega, que no sabemos nadie si llegará o no. Yo lo veo así. Porque si te coge el toro, la cornada será menor. Y de hecho, yo soy partidario, no soy partidario porque creo que al final no funcionaría... de una libre apertura con ley de mínimos. Y que el que compita que compita conmigo.

- también es cierto que hay farmacias que están más preparados para cuando llegue eso...

- no. ¿Mi farmacia no estaba preparada? Me la he currado a tope. No estaba preparada.

- aquí el que quiere currar... funciona.

Se plantea como inconveniente para no implantar la AF, el hecho de que para que la administración se fije en el trabajo es necesario realizar estudios donde se demuestre el gasto que se le puede ahorrar a la administración.

Se manifiesta desagrado por el asesoramiento que reciben de su colegio farmacéutico (COF) a nivel jurídico, los horarios....,

E incluso se piensa que tanto los COF como cualquier asociación de la que reciban publicidad, no tienen mucho conocimiento a nivel de potenciar la AF.

A pesar de ello resultaría interesante una colaboración más intensa de los COF y de cualquier organismo que quiera favorecer a este sector.

En resumen, mientras que para algunos la farmacia se va actualizando con algunos servicios de pequeña envergadura, para otros este cambio ha supuesto un gran esfuerzo.

Un esfuerzo que, piensan, será muy útil en el momento en que se liberalicen las farmacias. Por un lado se piensa que estarán listos cuando llegue ese momento y que serán un fuerte rival para sus competidores. Sin embargo, se afirma que ese modelo no sería un modelo de farmacia útil, ni eficaz.

Se habla de sus esfuerzos para aumentar la rentabilidad y de que los resultados que se pueden obtener de la farmacia varían mucho

- pero tú has puesto...
- No, pero yo estoy en una carretera. Yo estoy en el centro de Marbella y reviento Marbella.
- seguro

53. Considero a nivel de... como está evolucionando la farmacia pues está evolucionando en un sentido que es... mercantilista cada vez más. Pero... no porque nosotros queramos sino porque..., nos están obligando a que la farmacia sea cada vez pura empresa dirigida más a los beneficios económicos que al servicio casi, por las bajadas de márgenes, introducción de genéricos... por varias cosas que están pasando y nos están obligando a que tú cambies ya la mentalidad y estés gestionando la farmacia ya como una empresa y es una dualidad un poco, que en mi caso, la considero que es un poco... un poco... difícil de llevar ¿no?, porque por un lado está la ética del profesional farmacéutico, pero en el caso de los que somos farmacéuticos y a la vez titulares y empresarios... hay un choque de conflictos...

54. P: creéis que en la situación actual si hubiera un acuerdo con los médicos... podría empezar a plantearse el hacer atención farmacéutica... ¿cómo decís, documentada? Eh... protocolizada.  
- sí, - en mi caso sí.  
P: ¿y sería, creéis que sería útil?  
- muy útil para la sociedad...  
- sería muy útil para la sociedad porque sí, porque se detectarían casos...  
- es como un doble control... a nivel de oficina de farmacia...

55. si tú haces una atención farmacéutica protocolizada y todo y estás en contacto con el sanitario médico y todo, pues se controlarían mucho mejor las enfermedades, se... llegaríamos a la curación de ciertas enfermedades...  
- hay, eso ya existía.  
- eso nunca ha existido  
- a mí me parece un ideal...

en función a la ubicación de la misma.

Se manifiesta que la farmacia está cambiando hacia una farmacia mercantilista. Debido a las diferentes medidas que el estado ha tomado contra el sector farmacéutico, como son las bajadas de precios, la selección de una subasta para los medicamentos...

Se expresa que es necesario que el titular y dueño de la farmacia no esté en una situación ambigua. Se dice que "*nos están obligando a que tú cambies ya la mentalidad y estés gestionando la farmacia ya como una empresa*"

Ante esto se opina que es muy complicado la unión del farmacéutico con una ética profesional con el farmacéutico como empresario.

Como colofón a todas estas opciones de futuro que se plantean, las dosis unitarias.... se opina, que la implantación del SFT en las farmacias de los participantes, lo que ellos denominan AF Protocolizada, podría ser implantada en sus farmacias, si hubiera voluntad para ello, lo que sería muy útil para la sociedad por los beneficios que aporta esta práctica.

De acuerdo con todo lo establecido, se piensa que una correcta "AF protocolizada" se podría llevar a cabo cuando el médico y farmacéutico puedan estar en colaboración. Se habla de que es muy útil para curar enfermedades, pero esto se ve como algo imposible que incluso para algunos se llega a considerar como inexistente además de creer que es algo imposible.

*"a mí me parece un ideal"*



56. Sí. Creo que hay dos tipos de atención farmacéutica, la protocolizada y llevada exhaustivamente y la tradicional... Pero tenemos que educar a esta sociedad, tanto la farmacéutica como la médica, en que somos un engranaje que nos debemos el uno al otro.. Porque para llevarla protocolizada tienes que llevarte una buena relación con la médica

Realmente algunos de los participantes se muestran convencidos de que existen dos tipos diferentes de AF; *"la protocolizada"*, que conlleva más dedicación y es mucho mas *exhaustiva*, y la AF *"tradicional."*

Sin embargo también se piensa que para prestar un servicio de AF protocolizada es necesario educar a la población médica y a la farmacéutica para que colaboren conjuntamente por una mejora en la salud de los pacientes que toman medicamentos.

## 5.1.6 Grupo Focal Farmacéuticos Innovadores

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos innovadores que son quienes si han implantado la Atención Farmacéutica en su Oficina de Farmacia.

### Conceptos

#### Definición AF

1. P. *¿Creéis que la gente sabe exactamente lo que es el seguimiento?*

- *No, no, no*

- *Yo estoy de acuerdo en que hoy en día, hoy en día todo lo que se manda, las revistas,... todo lo que dictas en cartelería... todo se llama AF... el término, si me permites la expresión, se ha prostituido un poco.*

- *Está manido sí.*

- *yo, llegaba el otro día a una farmacia de la costa "AF fotoprotección, dos bronceadores por uno".*

*Es que se ha desvirtuado la palabra...*

En el contexto de la entrevista de este grupo, se habla de la percepción que tienen los innovadores frente al resto de los compañeros que no tienen implantado el SFT en sus oficinas de farmacia, de manera que, en el GF se expresa una opinión generalizada en cuanto a que en el colectivo farmacéutico existe desconocimiento sobre el significado del término Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y la práctica del servicio. No solo se habla del desconocimiento de SFT sino también de la mala utilización que se está haciendo actualmente con "el termino AF", hasta el punto que se afirma que hoy "todo se llama AF". Es decir, se ha llegado a una situación en la que todo lo que se hace en la farmacia se denomina AF. En definitiva, se pone de manifiesto la falta de conocimiento globalizada tanto por farmacéuticos comunitarios como por la población en general, con respecto al significado del término AF.

En este sentido se exponen ejemplos de cartelería publicitaria vistos en farmacias colindantes donde se pueden leer frases como: "AF en fotoprotección," "dos bronceadores por uno".

Con acciones como esta se comenta que el término está "manido", según palabras expuestas por los propios farmacéuticos participantes del grupo focal de innovadores.

En las farmacias cada día se recibe mucha prensa profesional, revistas científicas, anuncios en folletos, comunicaciones de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF), etc., en los que se utiliza el término AF con un sentido diferente que no se ajusta a las definidas por los consensos oficiales que existen en España sobre este tema Como el Consenso del Ministerio de 2001 o el de Foro de AF publicado en 2008 . En este sentido se afirma que la expresión AF está "Prostituida" y que "la palabra está desvirtuada".

### Definición de su Farmacia.

2. *Pienso que la profesión no tiene identidad, o sea, mi hijo me dice: yo quiero ser médico y sabe que va a curar enfermos, me dice yo voy a ser arquitecto y sabe que va a hacer casas, y otro va y dice yo voy a ser farmacéutico y dice ¿qué voy a hacer? ¿qué va a hacer el farmacéutico? ¿qué va a hacer? ¿a qué se dedica el farmacéutico?*

*he notado en los últimos años una burocratización excesiva.*

*la carrera todavía es técnica y no nos damos cuenta de que... hay que estar el 90% con el enfermo.*

*pero de qué me sirve la estructura molecular del ciclo de Tech ... bueno, esto es un poco ¿de qué me sirve a mí el radical metilo... , años y años de física? ¿de qué me sirve...? La parte asistencial clínica es mínima.*

### Futuro

3. *¿cómo veis la farmacia española?*

*la farmacia la vemos muy comercial,*

*en España*

*se están diferenciando muy claramente dos tipos de farmacia: farmacias que se están mercantilizandando a unos niveles vergonzosos y farmacias que están como han comentado antes los compañeros dedicándonos casi exclusivamente a centrarnos en los pacientes.*

4. *Habéis hablado de mercantilización, de motivación, competitividad, vocación, diseño, rapidez, burocratización... Y os he visto un poco optimistas. ¿Vosotros sois optimistas con la farmacia?*

- Bueno.
- Sí
- Yo sí
- Yo creo que sí.

*El farmacéutico en propiedad y... va a haber cambios importantes. También pienso como ella que a lo mejor en un futuro no trabajo en una farmacia y trabajo en otro local. Lo que sí tengo claro es que haré funciones de*

Además de manifestar que el termino AF y lo que este conlleva (Indicación, Dispensación y SFT) no se conocen o no se utilizan correctamente, se declara que incluso se desconoce la definición de lo que la profesión farmacéutica significa. Se piensa que es una profesión sin un rumbo concreto establecido. Supone un trabajo que abarca muchas actividades distintas como: gestión/burocratización, atención al paciente/cliente, asesor de productos de parafarmacia (cosméticos, sombreros, gafas, juguetes para bebés...), marketing... Se opina que para los futuros estudiantes universitarios no está completamente clara ni bien definida cual debe ser la labor que deben ejercer. Asimismo se expresa la falta de una formación más asistencial. Se dice que las funciones profesionales tanto de médicos, como de arquitectos son bien conocidas, pero no se conocen cuáles son las funciones reales a las que se debería dedicar el farmacéutico. En definitiva entre los participantes se asegura que la profesión de farmacéutico es una labor que carece de "identidad".

A continuación se habla del futuro de la farmacia española y se afirma que estamos ante farmacias muy comerciales. De hecho se pone de manifiesto la existencia de dos grandes tipos de farmacias; las farmacias que se están "mercantilizandando" que, según los participantes del grupo focal, lo están haciendo a unos "niveles vergonzosos", y las farmacias que han apostado por "centrarse exclusivamente en los pacientes" como es el caso de las Oficinas de Farmacia en las que trabajan este grupo de participantes.

Durante el transcurso de la reunión se han discutido diferentes temas como son; la "mercantilización" que hoy día existe en las farmacias; la motivación o no con que el titular o adjunto está trabajando; la vocación con la que se estudia la profesión; la burocratización a la que cada día las farmacias y sus farmacéuticos se someten; la competencia por la que algunos se sienten presionados, etc..

Una vez debatidos muchos puntos diferentes se manifiesta la sensación de optimismo de algunos de los farmacéuticos más especializados en la realización de SFT. Para algunos el hecho de hacer

*seguimiento, educación sanitaria... consejos, que es lo que más me arrima a la profesión.*

bien su trabajo está por encima de cualquier aspecto; incluso les basta con percibir una labor bien hecha al ayudar a sus pacientes frente a cualquier problema. De hecho frases como: *“a lo mejor en un futuro no trabajo en una farmacia y trabajo en otro local. Lo que sí tengo claro es que haré funciones de seguimiento, educación sanitaria... consejos, que es lo que más me arrima a la profesión”*, llegan a ser establecidas como referente entre los miembros del grupo focal de innovadores.

#### Pre-Motivacionales

##### F. Predisponentes.

##### Sociales y Culturales.

5. *No sé qué motivación les lleva a la AF si a lo mejor es la económica o si es la profesional.*

*yo creo que estamos en un punto de inflexión estos años y va a haber extremos y entonces el modelo que yo apuesto y que creo que va a ir bien es un modelo mixto donde apuesta por lo comercial pero apuesta mucho por lo sanitario.*

Se comenta el desconocimiento sobre cuáles son los factores que influyen en los farmacéuticos comunitarios a la hora de decidirse a realizar AF; se habla tanto de factores económicos como factores profesionales. Además, se manifiesta que la profesión se encuentra en un *“punto de inflexión”* por lo que para intentar que no *“haya extremos”* en el sector, lo ideal puede ser apostar por un modelo mixto de farmacias, donde estén enlazadas la parte comercial con una alta dosis de parte sanitaria.

6. *Nuestros antecesores se encontraron con un punto de cruce de dos civilizaciones, o sea hubo un farmacéutico técnico, luego se inmiscuyó la industria, y pasó a ser el típico tendero.*

Se manifiesta que actualmente la farmacia se encuentra en *“un punto de cruce de dos civilizaciones”*, entendidas ambas como dos formas de entender la profesión; una que se correspondería con los inicios de la profesión en la que el farmacéutico era más preparador de medicamentos, se preocupaba de elaborarlos y de conocer a sus pacientes; y otra, que corresponde con la actualidad y con la inmersión en la influencia de la industria farmacéutica. En este último entorno, el farmacéutico se asemeja más a un comercial, al *“típico tendero”* que se encuentra en cualquier establecimiento habitual y no perteneciente al sector sanitario.

7. *Entonces la AF la descubrí como hace veinte o veinticinco años por la gran cultura que tenía la gente, alemana, inglesa, cuando venía a mi farmacia. Me daban a mí lecciones.*

Entre algunos de los farmacéuticos innovadores se manifiesta que deben sus características particulares a la ubicación de sus farmacias en la que muchos pacientes son extranjeros y a través de los cuales se descubre la AF como una exigencia profesional para dar respuesta a la alta cultura sobre medicamentos que tienen los mismos.

8. *me da la impresión de que los **inmovilistas** van a continuar y son la mayoría, o sea llevamos cincuenta años de profesión de ese inmovilismo, me da la sensación de que va a seguir así, porque los inquietos son pocos y que ¿van a venir de Europa?*

Se opina que ya son muchos los años en los que se viene hablando del cambio que debe sufrir la farmacia, a pesar de que algunos de los farmacéuticos participantes parecen tener claro que, en realidad, son muchos más los "inmovilistas" que componen este sector y muy pocos los "inquietos", como ellos, que pueden luchar por mejorarlo.

9. *¿Pensáis que uno de los problemas que puede tener el que no se haga el seguimiento es el actual modelo de farmacia, sobre todo de acceso a la farmacia?*

Se piensa que tanto el acceso que hoy día se tiene a la farmacia como el actual modelo existente, ejercen una función de barrera a la hora de facilitar la realización del SFT.

- Sí.

- P: *hay también la planificación, la ordenación.*

Se habla también de que una correcta "*ordenación y planificación*" en el sistema organizativo interno de la propia oficina de farmacia, es importante para poder implantar servicios cognitivos, sobre todo a la hora de poder realizar SFT, para lo que es necesario según los participantes, tener una correcta estructura interna que facilite su planificación.

### **Administración.**

10. *Y luego sí que he notado en los últimos años una burocratización excesiva, que a mí por lo menos, y con la gente que hablo, nos ocupa una inmensa cantidad de tiempo que te limita para poder hacer otras cosas. Y eso unido a una disminución de beneficios e ingresos es... un caos.*

A pesar de que el grupo de participantes innovadores lleva tiempo esforzándose en la implantación y generalización de los Servicios Cognitivos, se manifiesta que el cambio que está teniendo lugar en la profesión está dando como resultado la necesidad de pasar más tiempo del deseado realizando trámites burocráticos. De hecho, no solo se habla de la "*excesiva burocratización de los últimos años*" sino que también se comentan otros obstáculos a los que se enfrentan diariamente. Junto a la "*inmensa cantidad de tiempo que los trámites burocráticos les quitan o limitan a la hora de hacer otras cosas*" se citan, por ejemplo, "*la disminución de beneficios e ingresos*". Ambos aspectos generan un verdadero "*caos*" para los farmacéuticos y como consecuencia, el resultado es "*un farmacéutico que pasa más tiempo dentro de la farmacia, que en el mostrador*",

*¿en qué desarrolla y en qué basa su trabajo diariamente? Por una parte en la burocracia, es verdad que la farmacia se nos ha burocratizado, que cada vez el farmacéutico pasa más tiempo dentro que en el mostrador*

11. *vaya cuando salieron lo de los méritos...*

- Sí

- ... *para optar por una farmacia, a mí me dio mucha alegría ¿no? Porque veía que cometían una acción para ello, para conseguir la farmacia, porque de otra manera no te... entonces pues eso hizo pues prepararme cada vez más, o*

Se comenta que la forma de conseguir la adquisición de una farmacia vía méritos es un sistema motivador porque supone facilitar el acceso a la farmacia no a aquel que cuente con más recursos económicos sino a aquel que tiene más méritos. Se opina que todo esto hace que la persona en cuestión trabaje más, se sacrifique,

*sea, trabajar más, poner mucho sacrificio, mucho esfuerzo, porque trabajar en la farmacia, después llevar la casa y después claro, no dependes sólo de ti porque si tu jefe no hace AF pues supone también ¿no? y un poco controlando ¿no? que no me dicen nada pero... claro, se pierde más tiempo, entonces pues, pues para mí esto fue como algo de escape ¿no? Como otra... oportunidad de salida ¿no? Entonces, me motivó bastante, vaya.*

12. *¿pensáis que uno de los problemas que puede tener el que no se haga el seguimiento es el actual modelo de farmacia, sobre todo de acceso a la farmacia?*

*- Sí.  
- P: hay también la planificación, la ordenación*

*A mí lo que más me parece la rémora mayor es el sistema de retribución del farmacéutico*

13. *Creo que altos cargos, estamentos, no se atreven todavía a utilizar su fuerza porque piensan: es que todavía no estamos preparados, pero hay una minoría que lo hace bien y una mayoría que no sabe nada.*

#### **F. Concienciación. Conocimiento.**

14. *Lo que no puede ser es que la responsabilidad en la farmacia esté en manos de una persona que no tenga un nivel determinado.*

*- Sí sí sí  
- Hay un... Hay una responsabilidad,*

*es una cuestión de formación pura, de conocimiento*

*es una mezcla de todo,*

*Las habilidades son muy importantes, la forma de acercarte... eso es muy importante.*

ponga más esfuerzo y tenga más y mejor preparación. No solo en aspectos generales sino también a la hora de dar mejores y nuevos servicios a los pacientes a través de la AF.

Junto al problema del actual modelo de farmacia y del sistema de acceso a la misma, se plantea que el actual sistema de retribución de la farmacia es otro gran problema que dificulta la realización de servicios profesionales.

Se quejan de que existe una desmotivación colectiva por parte de los altos cargos, estamentos, etc., haciendo referencia a los líderes colegiales, profesores de universidad, etc., acerca de la preparación de nuestros profesionales y pacientes.

No obstante se conoce que, aunque minoritariamente, también existen profesionales que ejercen correctamente sus funciones y realizan adecuadamente el SFT. Sin embargo se reconoce que éstos son minoritarios, y que existe una mayoría que lo desconoce.

Se pone de manifiesto la falta de formación adecuada para la realización de un trabajo que debería requerir gran responsabilidad, como es la que deberían ejercer los profesionales sanitarios en las farmacias.

El conocimiento, la formación y sobre todo las habilidades, son factores muy importantes a la hora de acercarse al paciente. No obstante se expresa la gran responsabilidad que recae sobre el farmacéutico cuando éste no alcanza un nivel de formación determinado.

### Falta de Conocimiento.

15. *qué percepción tiene el paciente en una farmacia, pues es una cuestión comercial. Si no sabe, si ha entrado sin saber dónde ha ido, lo que está claro es que no sabe que está en un sitio donde le pueden asesorar sobre su salud.*

Se afirma que entre los usuarios de la farmacia existe un importante desconocimiento sobre el concepto "farmacia"; los participantes comentan que para la inmensa mayoría de los pacientes que visitan una oficina de farmacia este establecimiento no está relacionado con la definición "de establecimiento donde te pueden asesorar sobre tu salud" que es como los farmacéuticos describen su farmacia.

Se insiste en que la gente, en general, asimila más la farmacia a un establecimiento comercial que a un centro de salud.

### Falta de Interés

16. *Yo sigo con lo que decía, en mi mano está la formación, la motivación la tengo clara, pero ya no está la libertad para poder hacerlo.*

- Yo te entiendo, vas a una farmacia con ganas de trabajar y el farmacéutico lo que está es cortando cartoncitos (no se entiende) una receta que tirarse media hora con un paciente en un despacho... y para él perdiendo el tiempo.

- No será, no será problema de formación sino problema de actitud,

- Si

- de actitud

*Y de coordinación de tiempo.*

*no es un servicio que en el momento te paguen, pues de momento no lo hago,*

Para los participantes los aspectos motivadores necesarios para llevar a cabo un servicio nuevo y ser verdaderos profesionales sanitarios están realmente claros. No obstante, opinan que los farmacéuticos no innovadores, es decir, la mayoría de los farmacéuticos, no asumen siquiera la necesidad de implantar nuevos servicios en las farmacias comunitarias. Pese a ello, para algunos de los presentes, que son farmacéuticos adjuntos, no basta con estar motivados, también necesitan motivar a los propietarios de farmacias para que el SFT no sea visto como una pérdida de tiempo y les "dejen libertad para hacerlo".

Se opina que para muchos farmacéuticos no innovadores, la idea de que el farmacéutico esté en un despacho con un paciente el tiempo necesario para realizar SFT, no es la imagen que desean para la farmacia, ya que este tipo de farmacéutico, la mayoría, antepone el beneficio económico a la obligación ética de dar respuesta a las necesidades de los pacientes en cuanto a sus medicamentos mediante la implantación de servicios cognitivos.

Frases como, "como no es un servicio que en el momento te paguen, pues de momento no lo hago", son las frases que más se escuchan entre los farmacéuticos comunitarios, según la opinión de los farmacéuticos innovadores, que participaron en el grupo focal.

### Desencadenantes para la Acción.

#### Actitud del Titular

17. *ahora tenemos que demostrar a una sociedad que valemos para algo... y por tanto estamos en un momento clave diseñando para qué valemos*

Se expone que en la sociedad que hay, en la actualidad, no solo hay que ser farmacéutico sino que también hay que ejercer una labor profesional como sanitario, demostrando en todo momento la valía de la profesión y los años de preparación de

hecho se afirma que *“ahora es un momento clave donde se está diseñando para qué vale realmente el farmacéutico”*.

18. *El farmacéutico en propiedad y... va a haber cambios importantes. También pienso como ella que a lo mejor en un futuro no trabajo en una farmacia y trabajo en otro local. Lo que sí tengo claro es que haré funciones de seguimiento, educación sanitaria... consejos, que es lo que más me arrima a la profesión.*

Al hablar de cómo mostrar la valía de estos profesionales, algunos participantes se autoafirman cuando expresan que la labor de farmacéutico no consiste en vender medicamentos. De hecho, se pone de manifiesto que la actitud que tienen referente a su profesionalidad no cambiará, incluso se habla de poder ejercer funciones de SFT, educación sanitaria, consejos..., en otro local diferente a la farmacia habitual, si con ello pueden ejercer su profesión, que es para lo que realmente se considera que están formados y capacitados.

19. *Yo sigo con lo que decía, en mi mano está la formación, la motivación la tengo clara, pero ya no está la libertad para poder hacerlo*

- *Yo te entiendo, vas a una farmacia con ganas de trabajar y el farmacéutico lo que está es cortando cartoncitos (no se entiende) una receta que tirarse media hora con un paciente en un despacho... y para él perdiendo el tiempo.*

- *No será, no será problema de formación sino problema de actitud,*

- *Si*

- *de actitud. Y de coordinación de tiempo.*

Para los farmacéuticos adjuntos a los que les gusta el SFT se plantea un conflicto profesional cuando forman parte de un equipo en el que el titular decide que no se van a implantar servicios cognitivos.

Se afirma que esta falta de actitud existente entre los farmacéuticos comunitarios supone un problema a la hora de realizar, por ejemplo el SFT correctamente entre los pacientes que visitan la farmacia.

20. *¿Pero vosotros creéis que los farmacéuticos estarían dispuestos a hacerlo todos?*

*es cuestión de tiempo y personal...*

- *...yo pienso... incluso te dicen que...*

- *Que no. Que no porque como es natural los hay que se lanzan... Nunca se va...*

- *Eso me fastidia la vida. O sea, yo tengo una vida muy cómoda. O sea yo, tengo un horario muy cómodo y yo, a mí me pagan por...*

- *No quiero responsabilidades, no quiero sufrir más...*

Se opina que las barreras que habitualmente se expresan para justificar la no realización de SFT como son la falta de tiempo, falta de personal o formación insuficiente, no deben ser aceptadas como tales. En este sentido se afirma que en realidad son excusas para tratar de justificar la falta de actitud que tiene el titular, o de una manera más general, el farmacéutico comunitario ante este asunto; se opina asimismo que junto a la falta de actitud favorable a la implantación del SFT se encuentra el miedo a no asumir responsabilidades inherentes al servicio que hoy, con la práctica actual, no se asumen.

### Competencia.

21. *¿cómo motivar a un titular, que decía XXXX? Pues competitividad es la palabra que yo veo que resume todo, porque no creo que le vaya a servir una*

Se manifiesta que una forma de motivar a los farmacéuticos comunitarios para implantar nuevos servicios cognitivos en sus oficinas de farmacia podría ser estimulando la *“competitividad”* entre las distintas farmacias.



*vocación tremenda como la que tenemos nosotros, lo único es que vea que el de enfrente hace atención farmacéutica, habrá servicios, guardias, o algo similar y dice, bueno, si lo hace el de enfrente lo hago yo. O sea que yo creo que va a mover a los titulares, que yo creo que la gran mayoría, no nosotros, son bastante peseteros entre comillas, es competitividad. Competir por servicio, competir por producto, etcétera.*

*22. Yo creo que estos años han dado el primer paso los que son muy motivados. Es un número bajo. El siguiente paso tienen que darlo gente que no está tan motivada y es que no veo otra forma que la competitividad. (no se entiende) ¿no? Debería de ser otra forma ¿no? Pero el titular, que es el que manda y el que tiene las riendas no le ve otra que le hagan daño al bolsillo, y diga: bueno, voy a hacer... porque ganar dinero por ello, no hacerle frente, o etcétera.  
- A mí me parece muy triste pero es verdad, que la gente sólo suele hacer AF, que los nuevos que vayan a incorporarse sólo se vayan a hacer AF (no se entiende) con un cheque*

*23. los enfermeros van a ser licenciados, licenciados en salud, ya no van a ser ni médicos, ni tampoco van a querer hacer las cosas desagradables que hacían antes por ser enfermeros y de facto ya hacen el seguimiento de hipertensos, de diabéticos...*

*Si seguimos en el conformismo... y el inmovilismo que estamos haciendo ahora...*

*como nos descuidemos con los enfermeros... al final prescribirán.*

#### **Pago por Servicios.**

*24. ¿cómo podríamos cambiar la actitud? En positivo, ¿Qué os parece que se podría hacer?*

*- Para mí una motivación, aparte de la económica, es por ejemplo que te*

Se afirma que en el mundo de la farmacia existen muchos farmacéuticos que en general *"no poseen una vocación tremenda"*, aunque se insiste en que hay un reducido número de farmacéuticos que realizan satisfactoriamente SFT en sus farmacias, por lo que la única posibilidad que se plantea para poder motivar a un titular que no realiza SFT es la de *"competir por servicios, competir por productos..."* Debido a que la *"mayoría son bastante peseteros"* y solo se hará AF cuando el de enfrente lo haga.

Se habla de que se deben ir dando pequeños pasos para que se consigan grandes logros. De hecho, y aunque lo ideal es que todos los farmacéuticos den ese paso, se comenta que hasta el momento tan sólo unos pocos, los *"muy motivados"* entre los que se encuentran los entrevistados, son los que lo han dado.

Se opina por algunos participantes del grupo focal, que un déficit en los beneficios económicos puede ser causa suficiente para que el resto del colectivo lo lleve acabo. O sea, según palabras textuales de algunos de los participantes, que *"le hagan daño al bolsillo"* es la herramienta básica con la que el farmacéutico comunitario reacciona.

Para otros participantes esta realidad les provoca tristeza, incluso se llega a decir que el hecho de que se implante la AF solo porque se pague no es motivo suficiente para prestar este servicio.

Se afirma que se está dejando pasar una oportunidad única; si los farmacéuticos no realizan el SFT otros profesionales lo harán. Es este sentido, se recuerda que los enfermeros están tratando de conseguir nuevas funciones entre las que reivindican la realización del SFT. Por ello, se comenta que como los farmacéuticos nos descuidemos, los enfermeros realizarán SFT y, aún más, acabarán prescribiendo medicamentos con la influencia que eso puede llegar a tener en la práctica profesional del farmacéutico.

No solo se plantea la idea de una retribución económica para motivar o cambiar la actitud de los farmacéuticos. También se manifiestan ideas como dar puntos que sirvan para: oposiciones, apertura de

dieran unos puntos con más fuerza que te sirvieran para algo en un futuro: oposiciones, futuras farmacias, y además debería estar reconocido ese puesto.

### **Demanda del Paciente**

25. Si alguien viene con una pregunta, que muchas veces nos han venido con la receta del médico oye, que me ha recetado el médico esto, ¿me lo tomo? Claro, te lo ha recetado el médico ¿sabes, para qué ...? Y ya empiezas. Pero no se trata solamente de eso, que sí que le vamos a contestar. Somos farmacéuticos y al final nos sale la vena de farmacéutico, pero es que hay que subir otro peldaño más y es que yo voy a preguntar y me voy a informar y te voy a asesorar sin que tú vengas a preguntarme si te vas a tomar este medicamento.

- El peldaño es que una persona vea en la farmacia, le den un medicamento....

Y diga... ¿pero es que usted no me pregunta a mí nada? Ese es el peldaño.

- P: ¿ese sería un paso decisivo?

- Ese es el peldaño

- P: ese es el peldaño ¿os parece?

- Sí

- En el momento que te lo demandan...

- P: ¿la demanda de los pacientes sería más importante que la presión que puede ejercer un Colegio?

- Sí

- Sí porque la realidad... es una necesidad

- Sí, yo creo que es una campaña de...

- Sí

- ... demande a su farmacéutico información del medicamento.

### **Motivacionales**

#### **Actitud**

26. ¿Cómo se podría motivar? ¿qué se os ocurre?

- Yo creo que...

- P: ¿Cómo lo habéis hecho vosotros?

¿Por qué vosotros estáis motivados y tenéis una actitud activa?

Debe ser alguna cuestión cromosómica o algo...

nuevas farmacias... Otra idea que se plantea es la de que exista un reconocimiento determinado para ese puesto.

Entre los participantes se exponen vivencias propias que suceden en la farmacia, e incluso se aventuran a contar diferentes formas de captar a los pacientes para hacer SFT, como por ejemplo cuando un paciente entra en la farmacia preguntando; "oye, que me ha recetado el médico esto, ¿me lo tomo?", en este momento el farmacéutico innovador aprovecha para contestar "Claro, te lo ha recetado el médico ¿sabes, para qué ...?". En el día a día de la farmacia comunitaria este es un hecho muy habitual y para el que el farmacéutico debe estar al tanto, saber cómo responder y comenzar a captar la atención del paciente para poder comenzar a realizar el SFT.

No obstante también se manifiesta que no solo hay que esperar a que los pacientes entren en la farmacia y pregunten, sino que también hay que "informarse, preguntar y asesorar".

Para algunos de los participantes el "peldaño" más importante que hay que pasar es, según sus propias palabras, el de que "una persona vea en la farmacia, que le den un medicamento.... Y diga... ¿pero es que usted no me pregunta a mí nada?".

Incluso durante la reunión se pone de manifiesto una posible campaña que podría ser útil para la población en la que el farmacéutico tendría un papel más importante y en la que la presión de los COF pasaría a tener un segundo plano. Una campaña donde se diga "demande a su farmacéutico información del medicamento".

Durante la reunión se bromea con los motivos existentes sobre cuál puede ser la justificación por la que los participantes están motivados y su actitud es activa y la de la mayor parte del colectivo de farmacéuticos comunitarios, no.

Al preguntar a los innovadores las causas de su motivación o actitud para realizar SFT, se responde: "debe ser una cuestión cromosómica".

### Aspectos Emocionales.

27. yo creo

*que hay muy pocos farmacéuticos que piensen en los servicios sanitarios. Lamentablemente ahora mismo estamos en el momento en el que el farmacéutico comunitario está desprofesionalizado. Nosotros estamos haciendo transacciones comerciales sin dar ningún valor añadido a ese producto, que además ese producto no está... Que no son gominolas, ni chorizos, son medicamentos.*

28. *El sentimiento general es más que un establecimiento sanitario, una empresa que tiene que obtener unos beneficios indudablemente, porque si no obtiene sus beneficios cerramos persianas y aquí hemos terminado, pero tenemos que un poquito retomar y reencaminarnos hacia lo que hacíamos antes, que era realmente que nuestra profesión y nuestra actividad del día a día gire alrededor del medicamento. También de otros productos, somos una empresa y tenemos que ganar dinero, pero de que somos sanitarios.*

29. *tenemos que ser optimistas.*

- P: *¿tenemos que ser optimistas?*

- *Es una obligación moral, es una obligación moral, porque si no somos optimistas ¿qué estamos haciendo aquí?*

- *Pero no es que somos... nos hemos... es que...somos imprescindibles.*

- *Claro. La sociedad necesita...necesita al farmacéutico.*

- P: *¿Creéis que necesita al farmacéutico?*

- *Si*

- *claro!*

*yo creo que no es tan necesario, pienso tal y como estamos llevando hoy en día las farmacias,*

30. *tenemos que hacer que sea necesario.*

*Tenemos que crear necesidad. Somos los grandes desconocidos.*

*con el corazón en la mano digo que si estoy aquí es porque me apasiona, me apasiona el hecho de mi profesión.*

Se afirma que son muchos los compañeros de profesión que lamentablemente ven la farmacia como un negocio puramente mercantil, y pocos son los farmacéuticos que tienen en su mente los servicios sanitarios, en los que *“no se venden chorizos, ni gominolas, sino que se dispensan medicamentos”*.

Se pone de manifiesto la *“desprofesionalización”* del farmacéutico comunitario. Incluso se habla de que son *“transacciones comerciales”* en las que no se ofrece ningún valor añadido al producto.

Se habla de que el *“sentimiento general es una empresa que tiene que obtener beneficios”*, pero para ello se deben de tener presentes aspectos como que se trata de un establecimiento sanitario, por lo que para no olvidarlo en el grupo focal se plantea que se deben de *“reformar y reencaminar hacia su profesión y su actividad diaria que gira entorno a los medicamentos”*. O sea se habla de reencaminarse hacia lo que *“antiguamente se hacía”*.

Se afirma casi colectivamente que para estar ejerciendo esta profesión hay que *“ser optimistas por obligaciones morales”*. Incluso entre algunos se afirma que *“el farmacéutico es imprescindible”*, puesto que *“esta sociedad, necesita al farmacéutico”*.

Para otros esa necesidad no se manifiesta claramente, ya que la forma de dirigir las farmacias en la actualidad es diferente y no se necesita un profesional especializado para ello.

Entre otros miembros del grupo focal se tiene conocimiento de que es muy importante darse a conocer entre la población, saben que deben abrirse de cara al público para que conozcan sus intenciones y mostrar que es una profesión vocacional cuyo objetivo principal es intentar ayudar a las personas en lo que respecta a su salud

y conocimiento de los medicamentos. Se pone de manifiesto que para no “*ser esos grandes desconocidos*” se debe de “*crear la necesidad*”. En definitiva se debe instaurar entre la población la necesidad de un farmacéutico profesional y especializado.

31. *A mí me da igual hacerlo en mi farmacia o que tenga que cerrar mi farmacia, porque las cosas no veo que vayan bien y puedo hacerlo... me da igual dónde tenga que hacerlo. Yo me formo para dar ese tipo de atención y es para lo que realmente pienso que para eso sirvo.*

*pero la satisfacción personal que da ver la cara del pepito que tienes en frente cuando le has solucionado un problema*

*A nosotros nos ha motivado la necesidad, la necesidad que hemos visto. La necesidad que hemos visto. El farmacéutico es un profesional infrautilizado, los problemas relacionados con los medicamentos que existen, y yo creo que el farmacéutico es precisamente el profesional que puede ayudar a resolverlo.*

### Aspectos Racionales.

32. P: *¿entendéis el seguimiento como un elemento de fidelización de clientes?*

- Por supuesto

- P: *¿todos?*

- Por supuesto

- Es un valor añadido

- Es un valor añadido y un arma comercial tremenda.

*fidelizas lo cual no quiere decir, no es directamente proporcional al aumento de compras y recetas,*

### Prestigio.

33. *Habéis hablado de la motivación varias veces, ¿Qué os parece? ¿Cómo podríais cambiar? ¿Cuál creéis que es la actitud de los farmacéuticos, titulares y adjuntos, eh? ¿Cómo se le podría motivar?*

*de entrada yo creo que tiene que ser un plus a lo que se está haciendo, un plus, algún incentivo, de alguna manera. Y tampoco me gusta que sea*

Se manifiesta que aspectos emocionales como el simple hecho de “*ver la cara de alguien a quien le has solucionado un problema*”, son motivación suficiente para implantar y prestar nuevos servicios cognitivos.

No solo se afirma que se forman para dar este tipo de servicios (SFT), puesto que según se afirma es para lo que están realmente formados, sino que también se comenta que la mayor motivación que les sirve de guía para continuar con servicios como estos, es la necesidad que han visto y que existe en la sociedad actual.

Se habla constantemente de los problemas relacionados con los medicamentos, problemas que habitualmente causan altos incidentes en la sociedad. Se opina que se les están “*infrautilizando*”, ya que estos problemas se pueden resolver con la ayuda del farmacéutico como profesional.

La fidelización de clientes parece ser importante desde el punto de vista empresarial, aunque desde el punto de vista de los entrevistados, el SFT podría ser un “*valor añadido y un arma tremenda*” a la hora de fidelizar clientes.

Esto para los farmacéuticos de grupo focal de innovadores “*no significa que la fidelización de pacientes a través del SFT sea directamente proporcional al aumento de recetas y compras*”.

Se exponen diferentes formas de motivar a los farmacéuticos para cambiar su actitud con respecto a la implantación de servicios cognitivos.

Se habla de establecer “*un plus o incentivo*” que no sea económico, “*No me gusta que sea económico, porque la gente se mueve por la pasta, y a mí no me mola*”. Se plantean ideas como la de que se

*económico.... No me gusta que sea económico, porque la gente se mueve por la pasta, y a mí no me mola, El que se mueva que se mueva porque quiere moverse, pero mover a la gente pagando...*

*Para mí una motivación, aparte de la económica, es por ejemplo que te dieran unos puntos con más fuerza que te sirvieran para algo en un futuro: oposiciones, futuras farmacias, y además debería estar reconocido ese puesto.*

### **influencia Social**

#### **Legislación.**

34. (Comentario de participantes sobre porque no implantan el servicio de SFT los demás farmacéuticos)

*¿Esto a mí que me reporta? ... tener otra persona dedicada a esto, tener eeeeeee... esto ¿vale la pena? No vale la pena. Fuera. El día que la ministra me diga: hay que hacerlo (golpea la mesa), está obligado, esto hay que hacerlo todo el mundo, vale, pero hasta entonces...*

#### **Presión del COF.**

35. *No sé yo el... qué nivel de valoración tiene estos farmacéuticos de los que hablamos que no estamos aquí, lo que es un Colegio, lo que le puede aportar un Colegio a nivel de formación, de implantación de servicios,*

*¿os parece que si el Colegio se involucrara de una manera decidida como apuntaba XXXX se implantaría más o no?*

*Sería un factor, pero por selección natural habría quien seguiría sin hacer nada.*

#### **Presión Adjuntos.**

36. *Yo veo la farmacia en este momento también desde un punto de vista, no soy titular de la farmacia, sino trabajo en la de otro farmacéutico, el*

ofrezcan más puntos que sirvan para oposiciones o incluso para la obtención de futuras farmacias.

Del mismo modo se establece que una buena forma de motivar sería "reconociendo ese puesto", o sea, creando una categoría de prestigio a los farmacéuticos que implanten dichos servicios para reconocer el esfuerzo que supone.

Se cree que otro de los factores que pueden influir en la prestación o no de nuevos servicios como el de SFT, se debe a que entre muchos compañeros de profesión se piensa que el hecho de tener a una persona dedicada a ello no va a ser rentable, por lo que se manifiesta que hasta que no sea establecido como obligatorio por la Administración, la implantación de este servicio no tendrá lugar entre el resto de este gremio.

Se comenta que el colectivo de farmacéuticos comunitarios de los que se habla desconocen los servicios que el Colegio Farmacéutico (COF) podría ofrecerles a nivel de formación y ayuda en la implantación de servicios.

Se afirma que los farmacéuticos, en general, pueden acceder a propuestas de formación suficientes, que les permitan realizar correctamente SFT. También se manifiesta que existen elementos motivadores que deberían poder ayudar a estos colectivos a avanzar hacia la implantación del servicio.

Sin embargo, al final los farmacéuticos comunitarios no tienen en cuenta las posibilidades que les brindan los COF y se plantean como elemento claro para la implantación o no del servicio, la libertad personal de cada uno o utilizando palabras de alguno de los presentes "por selección natural habría quien seguiría sin hacer nada".

La profesión del farmacéutico en los últimos años se ha limitado única y exclusivamente al suministro de medicamentos, según se manifiesta por alguno de los participantes.

*trabajo del farmacéutico se ha limitado en los últimos años al suministro medicamentos. Y nada más, ¿no? Entonces un poco me pregunto la motivación de la gente que estamos aquí, sí que sé cuál es la mía pero no sé cómo llegar a transmitirla a los titulares. La gente en general en ese sentido, no sé qué motivación les lleva a la AF si a lo mejor es la económica o si es la profesional.*

### Autoeficacia

#### Habilidades del Farmacéutico.

*37. Pienso que estamos un buen número de compañeros intentando dotar de un carácter asistencial a nuestras oficinas de farmacia, peleando contra el tiempo, contra la burocracia, esto es lo que nosotros queremos, pero con el mal sabor de boca de darnos cuenta de que realmente no nos hace rentabilizar el negocio.*

*38. ¿qué os parece lo que decíamos de montar una campaña de marketing para crear la necesidad, para que el paciente demande. No ya para dar respuesta a la sociedad sino para que se den cuenta de una necesidad ¿cómo lo veríais eso?*

*- Sí, sí, sí*

*es una cuestión de formación pura, de conocimiento ¿o sí?*

*- es una mezcla de todo,*

*Las habilidades son muy importantes, la forma de acercarte... eso es muy importante.*

#### Barreras Falta de Conocimiento. Profesional.

*39. ¿Cuáles son las dificultades que creéis para no implantar ese seguimiento de una manera más o menos generalizada?*

*- Por supuesto la formativa, yo hace poco...*

*- la formación.*

*mientras que no cambie la Universidad no vamos a salir profesionales dignos.*

*no has visto nunca una persona, jamás...un cambio radical en la universidad... un cambio de estudios, pero radical*

Aun así la preocupación general del grupo tanto a nivel de propietario de un establecimiento sanitario como la oficina de farmacia, como la de un adjunto o farmacéutico que trabaja en una de ellas, se encauza en como transmitir la motivación que les da fuerzas para seguir adelante con el SFT, a las demás personas del mismo colectivo, que aún no tienen clara la finalidad de los servicios cognitivos, y solo se agiliza su implantación si *"existe una remuneración económica"*.

Se afirma que ya son un mayor número de farmacéuticos los que se proponen *"dotar de carácter asistencial"* sus farmacias. Se expone que para ello es necesario *"pelear contra el tiempo, la burocracia,..."* a pesar de que este cambio ni les lleve a alcanzar un beneficio ni por ahora se pueda rentabilizar.

La idea de hacer una campaña de marketing planteada anteriormente por algunos de los miembros se ve como una buena herramienta para poder crear la necesidad y que así el paciente demande el servicio de un profesional bien cualificado.

Además se manifiesta que las habilidades que el farmacéutico posea son muy importantes para poder tener acceso al paciente. Al mismo tiempo se habla de los conocimientos y la formación que se obtiene para facilitar tanto el acceso a las personas que visitan los establecimientos sanitarios como para prestar un servicio de calidad.

Se habla sobre las dificultades que se encuentran para no implantar el SFT de forma generalizada. La causa que los farmacéuticos participantes al GF anteponen para ello, es la formación, hablando así de la dificultad que existe al *"no haber profesionales dignos"* por causa de no cambiar los métodos de estudios establecidos por las universidades, o sea, se tantea la posibilidad que habría de que las universidades planteen un *"cambio radical"* en sus currículos.

### Facilitadores Externos

#### Universidad.

40. - *El cambio de mentalidad de los alumnos que salen de la Universidad*

*el cambio es más fácil de lo que creo, de lo que nos puede parecer... el cambio de...*

41. *La estructura burocrática que tiene los funcionarios, los profesores, ...*

*- ...las clases, en vez de dar el tema que viene dando ... años, tiene que cambiar el estilo de la clases, el temario, ¡tiene que reciclarse él! ¡Si igual no hace otra cosa porque no tiene ni idea de cómo se hace lo otro! Entonces claro, hay que empezar a hacer un cambio generacional, de la gente que está pegado a la silla con el Loctite, y empezar a sacarla de ahí y empezar a meter gente joven con actitudes*

42. *El caso es que cuando empiecen a salir hornadas de farmacéuticos con formación asistencial podremos tener esa bolsa de trabajo que podíamos... y sería una retroalimentación que podríamos dar... que empezara a moverse la rueda y empezar a poder rodar*

#### Médicos.

43. *¿Cómo se podría motivar? ¿qué se os ocurre?*

*Yo quería decir que también hace falta hacer... trabajar más en conjunto, en equipos sanitarios, o sea ser parte del cuerpo médico.*

*Más reconocimiento por parte del equipo sanitario, más reconocimiento por parte del médico...*

Ante la posibilidad de un cambio en los planes de estudios se manifiesta que puede ser más sencillo un cambio en la mentalidad de los estudiantes universitarios.

Asimismo se ponen de manifiesto diferentes cambios en la enseñanza, y no solo en esta, sino también en el profesorado encargado de impartir las asignaturas que el día de mañana habrá formado a los nuevos profesionales farmacéuticos.

Se plantean soluciones como "el reciclaje" del profesorado en las materias, o el "cambio generacional" promocionando así a gente joven con actitudes.

*"hay que empezar a hacer un cambio generacional, de la gente que está pegado a la silla con el Loctite, y empezar a meter gente joven con actitudes".*

De la misma forma se manifiesta que la adquisición de una formación más asistencial en los estudiantes que hoy se están formando en las universidades, es más beneficiosa para los farmacéuticos que buscan profesionales en las bolsas de trabajo.

Algunos participantes opinan que "estas hornadas de farmacéuticos con formación asistencial serán una retroalimentación con la que se podría empezar a mover la rueda para poder rodar". En definitiva se manifiesta que al cambiar la formación que se implanta en las universidades y ofrecer a los alumnos más conocimientos sobre AF y farmacia asistencial, el resultado se verá en una mejora de los profesionales que ejercen de cara al público en las farmacias, pudiendo ayudar a los pacientes a entender mejor la utilidad y posología de los medicamentos.

Se opina que una forma de mejorar las barreras existentes entre la relación de médicos y farmacéuticos es la posibilidad de poder trabajar en conjunto. De manera que el médico y equipo sanitario sean capaces de dar reconocimiento al farmacéutico y a su profesión.

### Pago Por Servicios.

44. *yo estoy a favor de la retribución que tú planteas. Sí, evidentemente los que empezamos tenemos que empezar con buena voluntad y con altruismo, pero ya nos estamos fatigando, nos estamos fatigando. Entonces, necesitamos avanzar.*

*No hay profesionalidad si no hay retribución, que te obliga, te compromete.*

### Legislación.

45. *¿o sea un el reconocimiento? ¿os parece que el reconocimiento....*

- Sí.

- *Incluso la formación también de puntos*

*Lo que sí estuvo bien es el sistema que adoptó (no se entiende) ... no lo conozco muy a fondo pero pienso que fue incluso... Las farmacias que estaban establecidas tenían que pasar un examen y ver en qué nivel estaban y a partir de un nivel se mantenían, como titulares, si no pues o sea, hacer poco de reciclaje y de selección y a partir de aquí... por lo menos que los titulares sean realmente profesionales...*

- P: *o sea, actualizar la licencia...*

- *Exactamente.*

- P: *como en Estados Unidos, que cada x años tienen que pasar unos exámenes para mantener...viva la licencia*

- *exactamente.*

*tú no le puedes decir te quito la licencia cuando has pagado una pasta por una farmacia,*

### Estadio De Intención

#### Precontemplación.

46. *los que estamos rurales y pobres pues hacemos lo que podemos, pero mi experiencia es que los que más estamos en farmacia rural en general ¿no? se habla... al final somos la gente que más se mueve, porque estamos más cerca los colegios, la formación tiene mucha más accesibilidad, y al final, se apoltronan, se acomodan y no mueven un dedo. Se dedican a vender y no investigan otro tipo de potenciales, ni de cara a ventas ni de cara al paciente.*

Aunque los farmacéuticos del grupo focal de innovadores son farmacéuticos que han implantado SFT en sus farmacias desde hace tiempo, se plantea la posibilidad de poder obtener una retribución.

A pesar de que sus comienzos son debidos *"a la buena voluntad y con altruismo"*, el tiempo y sus contratiempos hacen que se fatiguen y para que esto no ocurra necesitan avanzar y comprobar que lo que se hace tiene sus frutos. De hecho se llega a decir *"No hay profesionalidad si no hay retribución, que te obliga, te compromete."*

Se manifiesta el reconocimiento por parte de la administración es un punto a favor a la hora de implantar algún servicio nuevo.

Se aprecian discrepancias ante la idea que plantean algunos participantes sobre que nuestro sistema de farmacias se asemeje al sistema que hay establecido en EEUU que exige la reacreditación al cabo de los años. Este sistema trata de que pasado un tiempo se obligue a los profesionales sanitarios, como es el caso de los farmacéuticos, a pasar un examen para ver en qué nivel se mantienen para continuar con su profesión o *"reciclarse"*, para que de esta forma haya *"realmente profesionales"*.

Aunque algunos se muestran a favor de este sistema, otros se muestran reacios y se alteran con el simple hecho de imaginarlo.

Se establecen dos comparaciones:

Una, entre farmacéuticos rurales; de los cuales se manifiesta que son más pobres y por ello son los que se involucran más en sus colegios, los que gracias a su mejor accesibilidad se forman mejor, y en definitiva los que tienen más facilidades para poder investigar tanto para mejorar las ventas como para ayudar a los pacientes.

Otra, entre los demás farmacéuticos; quienes según los participantes del grupo focal, se *"apoltronan, acomodan y no se mueven, solo se dedican a vender"*.



### Preparación

47. *Tenemos que hacer que sea necesario. (la labor que ejerce el farmacéutico)*

*Yo creo que tenemos que ser, primero optimistas, porque si no apaga y vámonos, nos vamos a casa, vendemos la farmacia al mejor postor y nos dedicamos a lo que sea, a otra cosa que nos sea más rentable, que nos sea mejor. Que estemos aquí yo creo que ya es un paso adelante. ¿Qué igual vemos el futuro un poco gris? Vale, pero estamos intentando buscar una nueva opción, una nueva salida y un nuevo hándicap o valor añadido. Tenemos que crear necesidad. Somos los grandes desconocidos.*

48. *creo que debemos luchar por demostrar a la sociedad que el medicamento no se debe vender como un paquete de tabaco o un bote de Coca-Cola. Y ahí es donde creo que debemos, en la reorientación profesional que estamos luchando todos los que estamos aquí por hacer... demostrar a la sociedad que vale la pena que sea un farmacéutico asistencial el que dé ese servicio a la población. Pero, ¿optimismo? Tengo puntos de optimismo porque han pasado los años, tengo fatigas, fatigas que me hacen también tener puntos de optimismo.*

49. *Yo sé que voy a hacer AF y en una oficina de farmacia, porque es el establecimiento en el que hay que hacer AF, porque es donde viene el paciente a recoger sus medicamentos y soy yo la que tengo que acostumbrar al paciente a que cuando viene con su tratamiento yo le voy a preguntar.*

### Pos-Motivacionales

#### Habilidades: Adquisición de Habilidades

50. *ahora tenemos que demostrar a una sociedad que valemos para algo... y por tanto estamos en un momento clave diseñando para qué valemos*

Se opina que hay que dar un valor añadido a la profesión, no obstante aunque fatigados por la dificultad que ello supone, se muestran positivos al pensar que deberían demostrar a la población la gran labor que el "farmacéutico asistencial" podría hacer implantando nuevos servicios cognitivos, concretamente el SFT, además de intentar demostrar que esta labor que ejercen día a día los farmacéuticos como profesionales es una necesidad para la población en general.

Se expresa una ardua intención existente por deber mostrar a la sociedad que los medicamentos no son parte de una compra impulsiva, que estos productos son para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes, no siendo productos comparables con un paquete de tabaco o una lata de coca cola.

Además la mayoría de los participantes en el grupo focal constituido por innovadores en SFT ponen de manifiesto su voluntad por conseguir una "reorientación profesional"; de manera que todos los farmacéuticos cambien su forma de actuar.

Se manifiesta que el establecimiento preparado para la realización de SFT es la oficina de farmacia, ya que es el lugar donde los pacientes recogen los medicamentos.

Igualmente se comenta que se debe de acostumbrar a los pacientes a recibir información, por parte del farmacéutico, sobre los medicamentos, además de preguntarles aspectos sobre su tratamiento para confirmar que el paciente sabe para qué se lo han prescrito (en el caso de medicamentos con prescripción) y para ver si hace un uso correcto del mismo.

Se afirma que el farmacéutico se encuentra en un punto clave en el que tiene que demostrar a la sociedad cuál es su valía.

51. pero si es que es problema nuestro que no lo hacemos. Pero esto hay que hacerlo en una oficina de farmacia. Vienen aquí, a la oficina de farmacia a por el tratamiento. Es aquí donde nos tenemos que ocupar de su farmacoterapia

Se expresan diferentes ideales con respecto a la farmacia, de hecho se habla del compromiso que deberían ejercer los farmacéuticos sobre los pacientes mostrando cual es la finalidad de la profesión. Es por ello que se establece de común acuerdo entre los miembros del grupo, que la farmacia es el lugar encargado de la farmacoterapia del propio paciente, puesto que es un lugar preparado para la dispensación de los medicamentos y de los productos destinados a la mejora de la salud.

52. Pero es que somos nosotros los responsables de que la gente sepa cuánto sabemos y qué podemos hacer por ellos.

No obstante se habla de la responsabilidad que ellos tienen para que la gente esté al tanto o no, de los múltiples conocimientos que poseen, al igual que son responsables de que se conozca en que puede ayudar el farmacéutico a las personas que frecuentan una oficina de farmacia.

53. o que realmente nos une a todos los farmacéuticos que estamos a la vanguardia en la AF es... Todos tenemos un punto común que es (no se entiende) ... el deseo de dar algo a la persona que tenemos delante ¿no?, basándonos en nuestros conocimientos. Eso por ejemplo los médicos, que lo tienen que hacer por obligación, que hacen...que no tienen ese tilín, como muchos compañeros nuestros que no tienen esa actitud .... Hay muchos que... Yo lo que... pero lo que creo que es un aspecto muy importante es que tenemos la necesidad de dignificar nuestro trabajo diario de...

Una característica común que se plantea como unión para todos los "farmacéuticos que están a la vanguardia de la AF", es el deseo que les invade por ofrecer algo a las personas que visitan sus establecimientos. Para conseguir esto, solo se basan en sus conocimientos, actitud y el posicionamiento que adquieren con la buena relación y confianza que mantienen con sus pacientes.

No obstante se argumenta que existe la "necesidad de dignificar el trabajo que diariamente realizan".

54. hay que empezar a acostumbrar a ver pacientes ... pequeñas dispensaciones... con un poquito de información del mostrador

Se manifiesta que es necesario comenzar a ver pacientes, y para ello se establece como requisito inicial promover una dispensación activa ofreciendo información a los pacientes desde el mostrador.

### Objetivos, Acciones

55. Tenemos que ser optimistas y tenemos que ser imprescindibles, creo que ese es el objetivo que realmente... que tenemos que perseguir realmente como profesión. Hacernos imprescindibles porque la revolución industrial ya nos hizo prescindibles para hacer fórmulas magistrales

Se afirma que hay que ser optimistas con la profesión y hacerse "imprescindibles". Se remiten al pasado para explicar cómo "la revolución industrial les hizo prescindibles para hacer fórmulas magistrales", por lo que se plantea como objetivo a perseguir en esta profesión ser imprescindibles.

56. *Estamos superformados y no damos lo que tenemos que dar*

Los participantes opinan que han obtenido una gran formación a lo largo de su vida. No obstante se indica que a pesar de estar muy capacitados en su día a día no ponen en práctica dicha formación.

57. - *...cambiamos la sociedad con pequeños granitos de arena, es decir, cambiamos a la gente, que tenemos que hacerlo... totalmente de acuerdo. Casi todos los de aquí lo hacemos, pero ¿vamos a ser capaces de cambiar una corriente tan fuerte que viene?*

- *Ella ha dicho precisamente dice: ¿seré un marciano, no, porque le pregunto?*

- *Aparte de más cosas.*

- *Quiero decir que, mmm... vamos a ver, tú eres una gota dentro de un océano, con lo cual tu esfuerzo es muy válido, seguro que es muy válido, pero no es suficiente. Yo te puedo admirar, pero, quiero decir, que lo que hay que buscar es otra cosa. Hay que buscar que tu compañero farmacéutico de al lado, el otro y el otro y el otro y el otro queramos hacer lo mismo y eso... ese es un poco el reto.*

Se expone un reto como objetivo de su trabajo, que se basa en intentar que sus compañeros de profesión realicen las mismas labores de SFT que hacen ellos. Se usan muchas metáforas para decir que son muchos los farmacéuticos que les rodean con unas convicciones muy marcadas y no saben si con sus esfuerzos serán capaces de demostrarles a sus compañeros las ventajas que suponen prestar un servicio de tal envergadura en sus oficinas de farmacia.

A pesar de su gran esfuerzo, se denota un poco de tristeza y a la vez coraje. Tristeza porque a pesar del gran esfuerzo que realizan ven que no es suficiente para cambiar el círculo que les rodea; y coraje porque manifiestan que buscando la forma pueden llegar a conseguir que los demás farmacéuticos lleguen a implantar servicios de este tipo siguiendo el ejemplo que ellos les brindan.

No solo se habla de los compañeros sino que también se dice que los clientes que visitan la oficina de farmacia no están acostumbrados a que les pregunten interesándose por su salud. Este es otro reto que deben de ir solventando.

### *Habilidades de Comunicación*

58. *Tenemos que crear necesidad. Somos los grandes desconocidos.*

Se manifiesta que para el grupo no solo son importantes los valores y circunstancias que les rodean como la motivación, actitud.... Sino que, además, es muy importante tener una habilidad de comunicación, y tienen claro que para que una cosa funcione y sobre todo para introducir algo nuevo en el mercado hay que "crear la necesidad" y una definición correcta del significado que tiene la implantación de servicios cognitivos y el significado de la palabra farmacéutico puesto que ambos son "grandes desconocidos" para la población actual.

### *Barreras*

*Falta de Tiempo, personal y trabajo diario.*

59. *¿en qué desarrolla y en qué basa su trabajo diariamente? Por una parte en la burocracia, es verdad que la farmacia se nos ha burocratizado, que*

Se especifica que el desarrollo diario de su trabajo está ocupado gran parte con los trámites burocráticos, este es el motivo por el que el farmacéutico titular de la farmacia pasa más tiempo

*cada vez el farmacéutico pasa más tiempo dentro que en el mostrador*

*¿Pero vosotros creéis que los farmacéuticos estarían dispuestos a hacerlo todos? - Es cuestión de tiempo y personal...*

*¿Esto a mí que me reporta? ... tener otra persona dedicada a esto, tener eeeeeee... esto ¿vale la pena? No vale la pena. Fuera. El día que la ministra me diga: hay que hacerlo (golpea la mesa), está obligado, esto hay que hacerlo todo el mundo, vale, pero hasta entonces...*

### Reacción del Paciente.

*60. El usuario de la farmacia hoy tiene ante sí un establecimiento puramente comercial, eso por una parte. Quiere el medicamento, el producto, lo más rápidamente posible*

*61. Realmente lo que veo hoy es entrar en un establecimiento en el que el medicamento o el producto de parafarmacia se lo den lo más rápidamente posible. De hecho vamos, pues en cuestiones de calidad y todo, siempre se valora la rapidez con la que se da el producto en la farmacia*

*62. qué percepción tiene el paciente en una farmacia, pues es una cuestión comercial. Si no sabe, si ha entrado sin saber dónde ha ido, lo que está claro es que no sabe que está en un sitio donde le pueden asesorar de salud.*

*63. Hay algunas veces que viene la gente, en nuestras farmacias ya menos, hay algunas veces que viene la gente con el tratamiento, y le preguntas: ¿es nuevo? ¿qué tal le va? Y te mira como si hubieras caído de Marte: esta es marciana, me está preguntando por mi tratamiento...*

en su despacho que en el mostrador.

Frente a la disposición que el farmacéutico comunitario tiene a la hora de implantar servicios de SFT, se manifiesta por los participantes del grupo que el mayor impedimento que se plantea es la falta de tiempo y de personal que esto les puede suponer.

Incluso se habla que para implantar nuevos servicios es necesario que este "obligado por la ministra", puesto que para ofrecer SFT se debe contratar un miembro más en la farmacia o destinar a uno de tus farmacéuticos a ello. Esta manifestación se refuerza con un golpe de mesa al plantear el hecho de que para hacerlo debe ser por obligado cumplimiento.

Se manifiesta que la idea que se concibe hoy en día como establecimiento farmacéutico da lugar a entenderlo como un sitio puramente comercial, donde el cliente obtiene el producto que demanda rápidamente, sin hacerse esperar.

Según se afirma, la rapidez con la que se sirve el producto solicitado por el usuario, es valorada positivamente. De hecho se comenta que la calidad con la que se valora el rendimiento de la farmacia tiene mucho que ver con la rapidez con la que se preste el servicio.

Se habla de la percepción tan comercial que el paciente tiene al entrar en un establecimiento farmacéutico, es por ello que se manifiesta que actualmente no se tiene claro que la farmacia es un establecimiento donde te pueden asesorar en salud.

Para algunos usuarios que frecuentan las oficinas de farmacia el asistir a ellas es una transacción comercial, donde acudes a comprar el medicamento y te vas. El hecho que reporta que el farmacéutico se interese por el tratamiento y pregunte, es visto con extrañeza, hasta el punto que el farmacéutico, a veces, ve el asombro en la cara de sus clientes, quienes se preguntan si el farmacéutico que les atiende y les pregunta sobre su tratamiento es un extraterrestre.

**Facilitadores Internos**

**Actitud del Titular.**

64. *Yo con la farmacia no, yo soy optimista por el farmacéutico.*

*la motivación de los titulares es muy importante, porque hay muchísimo farmacéutico licenciado que no es titular que se está formando en atención farmacéutica, con los nuevos planes van a salir farmacéuticos, estoy segura que con el mínimo de AF que es lo que yo le he preguntado ayer a la mesa. Mi preocupación es que cuando en algún momento se va a implantar la AF en una farmacia, haya una persona que esté formada para saber hacer esto correctamente.*

En general se expresa el optimismo existente con el farmacéutico, este hecho se debe a la formación en AF que los licenciados en farmacia están recibiendo posteriormente al terminar sus carreras.

La única preocupación que se establece en el grupo llega a la hora de pensar en la implantación de la AF, ya que ese momento se desconoce y por lo tanto no se sabe si, para entonces, la persona que en su día se había formado en AF, lo podrá hacer correctamente.

### 5.1.7 Grupo Focal Farmacéuticos Congreso

Este grupo focal contiene las opiniones de los farmacéuticos

#### **Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico. Conceptos.**

De una manera general, los participantes manifiestan mostrar interés por la Atención Farmacéutica (AF), aunque en algunos casos, al querer hablar de AF, se hace referencia a uno de los servicios específicos que conforman esa práctica, concretamente el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

*... estamos muy interesados todos los farmacéuticos que trabajamos en la farmacia, porque en nuestra farmacia realmente creo que estamos haciendo atención farmacéutica. ( ... ) por eso hemos venido a este congreso, porque nos interesa.*

*Estoy muy interesada en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia,...*

Sin embargo, a la vez que refieren ese gran interés por la AF, se añade que la misma consiste en una práctica profesional difícil de implantar en la práctica. Aunque se afirma que la AF es el "futuro de la farmacia comunitaria", se duda de su implantación futura real debido precisamente a la dificultad que entraña.

*...me interesa mucho la implantación de la atención farmacéutica porque creo que es el futuro aunque veo difícil en farmacias ambulatorias, en farmacias de paso, la implantación (de la misma).*

También, por diferentes motivos, se señalan dificultades para su mantenimiento o sostenibilidad en el tiempo.

*Desde el principio me interesó mucho la atención farmacéutica y hago todo el esfuerzo que puedo para conseguir llevarlo adelante, pero con bastantes dificultades.*

*... me parece un tema muy interesante pero muy difícil de llevar adelante.*

*Éste era un tema que llevo siguiendo bastante tiempo. Me parece difícil implantarlo... Bueno, llevo un par de pacientes pero no he conseguido más, porque veo difícil motivar al equipo que trabaja conmigo.*

Algún participante afirma que a pesar de su interés en implantar el seguimiento y la convicción en la importancia de este servicio, en algún caso no ha sido posible su implantación.

*Creo que es muy importante la implantación del seguimiento. Y aunque yo hasta el momento haya hecho algún trabajo, no la tengo realmente implantada (la AF).*

Se opina que la AF consiste en una forma nueva de ejercer la farmacia, diferente a lo que se ha venido haciendo hasta el momento. Ello supone un nuevo aliciente para profesionales jóvenes que acaban de alcanzar el grado de farmacéutico.

*Acabo de terminar la carrera y tengo muchas ganas de hacer cosas diferentes y no pensar que mi futuro va a ser todo siempre igual, lo que hay ahora, cambiar un poco. Un modelo farmacéutico nuevo.*

En realidad, los participantes se refieren a la AF de una manera muy general y abstracta. Se entiende por alguno de los presentes que cuando se hace referencia al término AF mucha gente, incluidos algunos de los presentes, entiende que de hecho se está hablando del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Esta idea no es compartida por varios de los componentes del grupo que niegan dicha afirmación.

*Bueno, lo que pasa es que yo no he hecho la atención farmacéutica. Es que siempre cuando hablas de atención farmacéutica la gente lo entiende como seguimiento farmacoterapéutico. Entonces muchas veces...*

*(Varios responden): ¡No!*

Alguno de los participantes afirma que la AF es un concepto que va mucho más allá del SFT. Según el mismo, la AF incluye diferentes servicios entre los que se puede incluir la realización de cribados o detección de pacientes ocultos; como él mismo dice, la "detección precoz de enfermedades".

*...yo creo que la atención farmacéutica engloba otra serie de cosas aparte del seguimiento. De hecho, como trabajo de máster hemos hecho una cosa que es atención farmacéutica pero no es seguimiento, sino que es una detección precoz de una enfermedad, de diabetes, ¿no? Y bueno, pues la gente acabó muy contenta y tal. [...] ¿No? Entonces la detección es otra parte de la atención farmacéutica. La detección precoz de enfermedades.*

Otro afirma que cuando dice que hacen AF se está refiriendo a diferentes servicios como la denominada "dispensación activa", la indicación farmacéutica o la educación para la salud. Explica que en su farmacia, mediante la "dispensación activa" se aporta información al paciente sobre la indicación, dosificación y pauta posológica ayudándose de unos apoyos técnicos basados en pequeños recordatorios en papel, situados en las estanterías junto a los envases, de manera que la información que contienen puede ser copiada en la caja del medicamento, ayudando así al paciente a mejorar el uso de los medicamentos. Esta actividad, utilizando este procedimiento, es realizado por todo el personal de la farmacia incluidos los auxiliares. Asimismo, se identifica la indicación farmacéutica como un servicio de AF que se asocia al consejo farmacéutico. Por otra parte también se incluye la educación para la salud como uno de los servicios básicos de la AF.



*Yo cuando hablo de que en la farmacia nuestra hacemos atención farmacéutica, hacemos una dispensación activa, con unos papelitos que pegamos en las cajitas, donde viene la dosificación, viene para qué es el medicamento, como tomarlo y cuantos días dura el tratamiento. Eso lo hacemos todos: auxiliares y farmacéuticos. Hemos instruido a los auxiliares para que lo puedan hacer, y eso siempre. Indicación: por supuesto la indicación farmacéutica creo que la hacemos todos, aconsejar. Y hacemos mucho también en la farmacia educación sanitaria a los pacientes. Hacemos además reuniones, de una horita, unos cafés, donde hablamos sobre diferentes temas, que previamente generalmente hemos encuestado y que creemos les puedan interesar. Últimamente el que hemos hecho ha sido: "Un café para la menopausia". Y hemos estado dos horitas charlando con 28 clientas que han venido, pues unos problemas que a ellas les interesaba. Por ejemplo, esa es la última. Educación sanitaria hacemos mucho y creo que es una parte muy importante de la atención farmacéutica.*

Se matiza por alguno de los presentes que es cierto que los congresistas que asisten a este congreso puedan tener claro el concepto de AF, pero que el colectivo general de farmacéuticos, que por otra parte no suele acudir a este tipo de congresos, asocia en general el concepto de AF con el de SFT. Añade, además, que cuando muchos compañeros afirman que por diferentes motivos no hacen AF, en realidad no son conscientes de que sí están realizando servicios de AF, y los hacen sin ser conscientes de ello. Es raro que, mejor o peor, no se realicen dispensaciones pero lo que no está implantado, al menos de una manera general es el SFT.

*Ese es el problema aquí. Cuando, quizás los 300 que estamos aquí, que lo tenemos bien claro. Pero cuando hablas con otros compañeros que no están involucrados, lo asocian a seguimiento. Y dicen, "Mira, yo ni tengo tiempo, ni tengo tal, no sé qué". Y sin embargo todos los días estás dispensando, todos los días estás haciendo cosas de atención farmacéutica...*

En este sentido, y a pesar de lo dicho anteriormente, también sucede algo parecido a los participantes del grupo focal ya que se manifiesta que cuando se afirma que es difícil hacer AF, en realidad se piensa en el SFT y no en otros servicios como la dispensación o la indicación. Así, al preguntar al grupo su opinión sobre este asunto, son varios los que afirman actuar de esta misma manera.

*Yo cuando digo que es difícil hacer atención farmacéutica, me estoy refiriendo al seguimiento.*

[Coordinador: ¿Todos?]

[VARIOS]: Sí.

*Yo me refiero a que atención implica en general las actividades de conocimiento. Pero no lo tenemos bien montado porque cuando decimos que es difícil la atención... estamos pensando en seguimiento. (Sin embargo) decimos que estamos haciendo atención farmacéutica porque estamos dispensando.*

Por todo ello se afirma que la farmacia tiene un problema con las diferentes denominaciones, tanto de los servicios concretos, como del concepto general de la práctica profesional que engloba los diferentes servicios. Se añade, además, que la denominación de AF está un tanto devaluada ya que se utiliza para conceptualizar diferentes actividades sin relación con actividades profesionales del farmacéutico sino más bien de tipo administrativo como por ejemplo la denominación de Atención Farmacéutica que reciben las actividades de asistencia farmacéutica en una Mutua de trabajo.

*Yo pienso que tenemos un problema, con esto del término, la verdad.*

*Está clarísimo. Simplemente como anécdota que me parece muy divertida... Me llamó la atención que hiciéramos una revisión de salud de la farmacia y me llegó el informe de salud, y el del auxiliar ponía: puesto de trabajo, atención farmacéutica. El trabajo que tú haces es*

*atención farmacéutica. Entonces, claro, así le llaman en la mutua. Entonces yo me dije, caramba, entonces ¿en qué consiste la atención farmacéutica? Yo no sé si tiene arreglo en estos momentos...*

A pesar de que se ha dicho que los participantes en el Congreso, y por tanto los participantes en el grupo focal, conocen bien el significado del término AF, cuando se les pide que lo definan surgen definiciones un tanto vagas o poco concretas. Por ejemplo se afirma que la AF incluye todas aquellas actividades diferentes a la pura venta, o que AF es simplemente "hacer las cosas bien", lo que evidentemente no coincide con las definiciones tanto del Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001) como de Foro de Atención farmacéutica (2008).

*Para mí, como definición rápida y breve y que hace muchos años yo pensé, es todo lo que no es vender. Es a todo lo de, a más, a más..., A más, a más...*

*Para mí es, todo lo añadido a la venta, en general.*

*Yo creo que es hacer las cosas bien.*

*Para mí, la atención farmacéutica engloba todo lo que deberíamos hacer para hacer lo que tenemos que hacer.*

Cuando se comentan los motivos por los que existe este problema de comprensión conceptual de una práctica profesional y de alguno de los servicios que la integran, se afirma que es debido a falta de interés por los farmacéuticos en temas profesionales. En este sentido se afirma que hay muchos farmacéuticos que están interesados tan sólo en los aspectos comerciales y de negocio de la farmacia.

*(Se desconoce qué es la AF porque...) hay un 80 % de farmacéuticos que lo único que les interesa es el medicamento como bien mercantil, de dinero a conseguir y ya está.*

Se insiste en cómo es posible desconocer estos conceptos cuando las publicaciones farmacéuticas bombardean con mucha frecuencia a los profesionales mostrando resultados de los servicios de AF y contando noticias relacionadas con los mismos. Se afirma que el desinterés llega a extremos tales que habitualmente no se leen las publicaciones del sector.

*Yo trabajé antes en otra farmacia y la titular cuando llegaba el "correo" [Correo Farmacéutico] lo tiraba a la basura.*

A este tipo de farmacéuticos, muy comerciales, no les interesan los aspectos relacionados con lo profesional. Se afirma que, como mucho, algunos pueden llegar a implicarse en la dispensación, pero el seguimiento es un servicio que exige la asunción de responsabilidades en las que no están interesadas y menos cuando no ven una recompensa económica del mismo. Se añade también que el seguimiento es un servicio que exige una implicación y conlleva una complejidad mucho mayor que la de la dispensación.

*Porque no les supone ninguna ventaja económica. Ellos siguen con su mismo negocio. Y luego también, porque yo pienso que existe miedo. Miedo a porque, si estamos hablando de seguimiento y no de atención farmacéutica, te estás comprometiendo a hacer un seguimiento de unos medicamentos, ver si hay unas reacciones entre ellos, si hay unos problemas relacionados y en pasar un informe al paciente y al médico. Y entonces, yo no sé si te resulta más cómodo el hacer una dispensación activa que es un sí pero no, no me estoy involucrando tanto. Y pienso que hay miedo*

*Lo consideran como un inconveniente, un follón... Claro, asumir responsabilidades.*

En sentido contrario se afirma que no es preciso centrarse en el seguimiento aduciendo que la AF comprende todos los servicios cognitivos y que por

tanto es preciso hablar en sentido amplio y no exclusivamente sobre el servicio de Seguimiento.

*Estamos hablando de atención farmacéutica, es el concepto, y estamos sólo en seguimiento. Yo creo que, vamos, vuelvo a repetir lo que he dicho antes, que hay un trabajo de dispensación que hay que mejorar. Porque a lo mejor la dispensación tiene que ser sentada no de la manera que hacemos dispensación.*

### **Práctica cotidiana**

Se define el trabajo que se realiza en la farmacia como un trabajo doble que incluye la gestión interna y la atención al público, basada esta última fundamentalmente en la solución de problemas de los pacientes.

*Pues, al final acaba siendo un trabajo de gestión, de atención al público, de solución de problemas.*

De hecho se afirma que en la farmacia se realizan multitud de tareas, no todas ellas relacionadas con una actividad asistencial. En algún caso se entiende que las actividades de gestión deben ser asumidas por expertos ajenos a los profesionales que realizan su actividad asistencial cotidiana. Por ello, alguno de los participantes manifiesta haber vendido su farmacia y haberse integrado en una farmacia perteneciente a un grupo de farmacias en el que la gestión está externalizada; según esta opinión, así se consigue que el farmacéutico se dedique exclusivamente a realizar actividades clínico-asistenciales, dejando de lado los aspectos administrativos y burocráticos que tanto trabajo suponen habitualmente, lo que es valorado muy positivamente por los participantes.

*Yo curiosamente hasta verano, tenía mi propia farmacia. Una farmacia modesta. Y tenía que hacer de todo: gestión, mantenimiento, elaboración de fórmulas,... Todo. Y bueno, debido a los vaivenes que está dando la economía de farmacia he decidido incorporarme a*

*este grupo de farmacias porque esa gestión ya la realizan otras personas, otros farmacéuticos, y algunos otros lo que estamos haciendo es implantar o atender este cometido que considero que es fundamental, máxime hoy en día, que es la atención farmacéutica.*

Es decir, se apoya que el farmacéutico realice exclusivamente tareas asistenciales, delegando los aspectos relacionados con la gestión. Otros sin embargo, afirman que esta variabilidad de funciones, a las que además de la gestión y la atención a los pacientes se puede añadir la implantación de un sistema de calidad, es muy gratificante. Aún así, se manifiesta que en la farmacia se pueden realizar más tareas.

*Hago un poco de todo. Hago gestión, y también planteé la ISO. Hago de todo y atiende a los pacientes, y me parece un trabajo súper gratificante, pero quiero hacer más.*

También se afirma que la dirección de una farmacia requiere un tiempo excesivo de dedicación a aspectos administrativos y de gestión lo que, en ciertos casos impide la realización de una atención asistencial por parte del titular que origina cierto grado de insatisfacción profesional.

*(en el pasado) he hecho cosas que me gustaban y la vida me ha ido llevando a la actualidad, en el momento en el que estoy, donde no me siento satisfecha. Me gusta lo que hago porque es una rutina a la que me he acostumbrado; me gusta la farmacia, pero sé que estaría mucho más a gusto haciendo lo que hacía antes. Me he tenido que dedicar a lo que es estrictamente gestión, porque donde yo vivo, en las farmacias tenemos un problema grande de sobrevivir, digamos, y hay que hacer muchos pedidos, hay que gestionar. Muy poco gratificante en este momento para mí.*

Se manifiesta que la influencia de las tareas administrativas y orientadas al producto puede mejorarse mediante cambios en la organización interna de las farmacias. En este sentido se recuerda que es importante organizar todo

este tipo de trabajo que se realiza en la farmacia mediante la puesta en marcha de procedimientos de trabajo y el reparto de tareas entre los diferentes miembros del equipo.

*Hemos intentado protocolizar a casi todo, todas las funciones que tenemos para que todo sea un poco más ligero y más fácil.*

*En mi farmacia, mi jefa lo delega todo. O sea, ella trabaja un montón, pero ella confía en todos. ... Se reúne con todos individualmente, pero todos tenemos las funciones de la farmacia repartidas.*

Se afirma, además, que hay tareas que deben ser realizadas por los farmacéuticos y otras por los auxiliares, siendo éstas últimas fundamentalmente las relacionadas con la recepción y organización de los medicamentos. Sin embargo, esto no queda claro en algunas manifestaciones ya que uno de los participantes, tras afirmar que no realiza "trabajos de auxiliares", señala que en ocasiones recibe y gestiona pedidos.

*Yo soy farmacéutica adjunta. Somos tres farmacéuticos en la farmacia y tres auxiliares. Entonces, yo trabajos de auxiliares realmente en general, no hago. Otra cosa es recibir y gestionar pedidos. Pero realmente no hago funciones de auxiliar.*

*Mi auxiliar se dedica sobre todo a pedidos. Estamos dos farmacéuticas y yo. Yo, mientras ellas pueden estar colocando el pedido, si no hay gente, yo puedo estar en el despacho haciendo papeles, que ya tenemos bastantes. La atención intentamos que sea todo, las fórmulas las hacen los farmacéuticos. Pero vamos, que los papeles, uno se encarga de las caducidades, otro del termómetro del frigo. O sea, como que están las labores repartidas.*

### **Estructura. (Aspecto exterior; tamaño)**

Para realizar cualquier servicio no distributivo es preciso contar con una estructura del local adecuada. De la misma manera, para transmitir a la población que la farmacia realiza nuevos servicios, los usuarios deben ver cambios al acudir al local. Por ello, se afirma que el aspecto actual de la farmacia recuerda a las "tiendas" ya que están más orientadas a la venta de producto que a la práctica de servicios cognitivos. Se plantea el debate sobre el lugar que los artículos de parafarmacia deben jugar en el presente y futuro de la farmacia, y en el aspecto de este establecimiento hacia el exterior, apoyándose que la imagen exterior de la farmacia debe cambiar.

*...estamos dando, mi farmacia la primera, el aspecto de mucha parafarmacia, más que un establecimiento sanitario.*

*Que lo que me da más miedo es que hasta ahora al farmacéutico se le ha tenido como el profesional del medicamento, o es la percepción que yo he tenido. Y que ahora, con tanto escaparatismo y con tanta cosmética y tal, se está empezando a parecer, cosa que a mí me horroriza personalmente, que es una farmacia de Inglaterra que sólo hay una esquinita de metro y medio... La percepción que yo tenía hasta ahora no era esa. Y ahora me parece que se está empezando a parecer a una perfumería con un rinconcito de... medicamentos*

*Yo,... me parece que es una tienda. El modelo actual de farmacia es solamente porque no está diferenciado lo que es el trabajo profesional de la parafarmacia. Y se debería de identificar lo que es el trato con el medicamento de lo que son productos meramente de cosmética y de venta...*

En sentido contrario se afirma que la farmacia debe mantener su actual aspecto, que es fácilmente identificado por la población, incluidos los turistas extranjeros, y que por tanto, no precisa de cambios estructurales ni estéticos para asumir los nuevos retos que se le plantean.



*Pienso al revés.*

*...yo tengo pacientes que vienen de Inglaterra, pacientes que vienen de Alemania, en fin. Y entonces claro, es que en todas las zonas las farmacias son totalmente diferentes. Y tienes que intentar, no sé, atraer de alguna forma a todo el público en general. Tienes que tener presente medicamentos o productos que sean identificativos en la farmacia. Por tanto yo, desde mi punto de vista no creo que deba, que pueda variar y yo creo que el aspecto que tiene no debe cambiar.*

Muy relacionado con la imagen al exterior que transmite el establecimiento físico, la farmacia, es la actual proliferación de otros establecimientos con aspecto y denominación parecidas. Se trata de las **parafarmacias**, establecimientos en los que no se pueden adquirir medicamentos pero sí toda la gama de productos que, no siendo medicamentos, se encuentran en las farmacias. Estas similitudes existentes tanto en relación al nombre como al aspecto exterior y gama de productos, pueden resultar dañinos para la farmacia en el corto o medio plazo ya que pueden originar equívocos en la ciudadanía. Se afirma que la población no tiene por qué conocer las diferencias entre estos establecimientos y acaban preguntándose por qué no hay medicamentos en las parafarmacias si son tan similares y en muchas de ellas hay un farmacéutico presente.

*...en mi pueblo pusieron una parafarmacia y entre que está muy mal que una parafarmacia se llame parafarmacia y utilice la palabra farmacia, el concepto general era que habían puesto una farmacia más. Entonces se dieron cuenta de que, por eso te digo que hay que, por lo menos el mío, quiero cambiar un poco más el aspecto externo. Porque cuando ya se dieron cuenta de que iban a por su Gelocatil® y no se lo podían dar es cuando vieron la diferencia de que allí no había medicamentos, que eso era la distinción entre una cosa y otra. Pero a lo mejor la imagen física, externa, en un principio no la distinguieron*

En relación a los productos de parafarmacia se afirma que una posible solución sería separar estos productos del resto de artículos, medicamentos y productos sanitarios, que se dispensan en las farmacias. En este sentido se recuerda el modelo anglosajón en el que en la farmacia existe una amplia área comercial con todo tipo de productos, incluidos medicamentos OTC, y una zona separada e identificada en la que se encuentra el farmacéutico y donde exclusivamente se dispensan medicamentos. Se afirma que esta separación podría ser una buena solución al problema planteado tanto de imagen como consecuencia de la proliferación de parafarmacias.

*Hombre, yo quizás el modelo anglosajón donde tienes una imponente parafarmacia y al fondo una zona de prescripciones y tal, incluso eso sería hasta bueno. Porque hay una separación. Entonces, ahí está el farmacéutico con la bata blanca donde tú puedes ir, preguntar y asesorar. Incluso eso me parecería bien. Lo que hay ahora es una mezcla.*

Se añade que asumiendo la presencia de la parafarmacia en las farmacias comunitarias, a la que hoy por hoy no se está en condiciones de renunciar, la señalización de la zona dedicada a esa actividad debería ser diferente.

*Estamos todos de acuerdo en que hay una parte de parafarmacia, una parte de componente de negocio importante a la que es muy difícil en este momento, plantearse renunciar. Aprovechemos el esquema anglosajón pero resaltado. La parte de parafarmacia es importante y la disponibilidad y acceso a esos productos, que tenemos que mantener. ... Pero remarquemos el otro servicio. Es decir, pongamos una parte físicamente separada y muy señalizada: Servicio de atención farmacéutica*

En este asunto se manifiestan opiniones divergentes ya que, como ya se ha dicho, hay quien opina que la actual estructura de la farmacia cumple sus fines adecuadamente.

*Yo no lo veo así. Es que creo, además, que el paciente ya tiene identificada la farmacia,... cómo es la farmacia.*

Además, se recuerda la importancia económica que actualmente, y dada la situación financiera que atraviesa la farmacia, tiene la parafarmacia. El farmacéutico es un profesional liberal que debe rentabilizar su negocio para poder dar servicio a sus clientes. Se recuerda además que la AF no está remunerada y que por tanto, los farmacéuticos deben buscar alternativas económicas para subsistir.

*(La farmacia) es un establecimiento sanitario, pero al fin y al cabo es una empresa y comemos de ello. Si fuéramos funcionarios probablemente no tendríamos potitos ni chupetes ni nada de parafarmacia. Pero es que tenemos que vivir. Entonces creo que mientras que no existan, porque creo que ya no existirán, márgenes suficientes para olvidarnos de todo eso, debemos de comer también de eso. Y la atención farmacéutica ahora no es remunerada.*

Se insiste además que el futuro va a ir en el sentido de empeorar las condiciones económicas de los farmacéuticos con lo que va a ser cada día más necesaria la venta de artículos de parafarmacia en las farmacias comunitarias, hasta el punto que se afirma que no es una posibilidad real pensar en una farmacia dedicada exclusivamente a la venta de medicamentos y servicios cognitivos, sin artículos de parafarmacia. En este sentido se afirma que precisamente la solidez que puede aportar una economía saneada, gracias a la venta de parafarmacia, podrá permitir en un futuro cercano la implantación de servicios e AF.

*La atención farmacéutica ahora no está remunerada y no sé si en algún país,... Sí, en algún país sí que existe esa remuneración. Aquí, en España, las circunstancias van siendo cada vez peores, con lo cual dudo que haya esa remuneración. Con lo cual el farmacéutico que quiera implantarla debe de tener una solidez económica suficiente para poder implantarla. ¿Cómo se consigue eso? Con una buena*

*gestión y teniendo otras fuentes de ingresos. Eso es una desgracia. Yo considero que lo mejor sería que sólo existiera el medicamento. Pero eso es idílico, eso no puede ser.*

Aceptando la necesidad de la persistencia de artículos de parafarmacia coexistiendo con las actividades propiamente farmacéuticas, se plantea el debate sobre las diferencias entre la Dispensación y el Seguimiento y dónde se debe realizar este último servicio. Se afirma que deberían existir dos tipos de farmacias, aquellas en las que se realiza el servicio fundamental que hoy caracteriza la farmacia, la Dispensación, y otras farmacias, diferentes, en las que podrían coexistir ambos servicios, en el bien entendido que en todas las farmacias debe realizarse el servicio de Dispensación.

*Yo me parece que llevas una gran parte de razón, que el paciente cuando se acerca a la farmacia tiene que entender el proceso de uso y el objetivo terapéutico de la medicación. Como mínimo, tiene que salir sabiendo que no es una mercancía y que el medicamento es algo que va... el uso del medicamento tiene que ir en beneficio de su salud. Toda la función del farmacéutico para evitar efectos desagradables, resultados negativos y mejorar la calidad de vida con respecto a la media, eso lo hace el farmacéutico. Ese jefe como mola se merece una ola, ooolé. Que lo hemos dividido en dos trabajos: dispensación y seguimiento. Yo creo que el 80% del trabajo del farmacéutico es la dispensación. La que siempre ha sido. Estamos olvidando que la dispensación es el acto normal del farmacéutico. El seguimiento es otra cosa. El seguimiento de las consultas, el seguimiento necesita mucho más trabajo. Y yo creo que uno de los problemas, de dificultad, es que queremos tener todos los servicios dentro de la misma farmacia. Yo creo que deberíamos de haber, que hubiera farmacia que hiciera los dos, y que hubiera farmacia que hicieran sólo... dispensación todas. Porque la dispensación la tienen que hacer todos. Dispensación informada.*

Muy relacionado con la estructura y el aspecto exterior de las farmacias se encuentra el **tamaño de las mismas**. En este sentido se afirma que para que se puedan proveer servicios profesionales en las farmacias éstas deben de tener un tamaño mayor que el actual. Se relaciona tamaño de farmacia, existencia de ZAP y número de profesionales que en ella trabajan, con la posibilidad de éxito en la implantación de servicios.

*Es una desgracia pero es que si queremos dar un buen servicio... si queremos implantar estas cosas debemos ir a farmacias más grandes en tamaño y número de profesionales.*

*Una mala estructura nos lleva a unos malos resultados. Por lo tanto... es necesario un tamaño, un número de profesionales, una zona específica de atención al paciente...*

Abundando en esta idea se manifiesta que las farmacias rurales, habitualmente de tamaño pequeño y poco personal, tienen dificultades para poder implantar servicios cognitivos, hasta el punto de que un participante afirma que en cuanto a posibilidad real de implantar servicios profesionales, "...las rurales lo tienen difícil..."

Esta opinión no es compartida por algunos de los presentes que manifiestan su desacuerdo con esta afirmación manifestando, por el contrario, que las farmacias rurales y por extensión las farmacias pequeñas en tamaño, sí pueden realizar servicios farmacéuticos.

*No estoy de acuerdo. Creo que las farmacias pequeñas también lo pueden hacer.*

### **Satisfacción de los usuarios.**

En general los usuarios se encuentran satisfechos con el actual servicio prestado por las farmacias. Esto se pone de manifiesto en las respuestas recogidas por farmacias que realizan encuestas para evaluar la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido ya sea por voluntad propia ya sea para cumplir con los requisitos del mantenimiento de las normas de calidad.

*Están contentos. Desde que hacemos lo de la ISO y tal, que además hacemos encuestas de aceptación, la gente está súper contenta. Lo que quiere es que no cambiemos, que sigamos así.*

Las áreas de mejora que se plantean como consecuencia de estos resultados son definidos como "simples" y no afectan básicamente a las actividades que se desarrollan en la farmacia; se podría decir, de acuerdo con los participantes, que los usuarios están básicamente satisfechos con la farmacia, que no desean cambios en estos establecimientos y que las mejoras que se plantean son de índole menor.

*Nosotras también hemos hecho alguna encuesta y al final, no sé si al final los pacientes que contestan son los que están satisfechos, que ese es yo creo, el gran problema, y nos decían que todo estaba bien y cuando les decíamos que hicieran sugerencias y al final hablaban sobre el orden o... el horario, unas pocas más horas.*

Se comenta que probablemente todo ello es debido a la existencia de un buen servicio en general y a que la población identifica la farmacia con el concepto de "seguridad". Se confía en el profesional farmacéutico y en los productos que eligen el canal de farmacia para su distribución.

*... yo resumiría el tema de lo que piensan de la farmacia como seguridad. O sea, yo pienso que la gente tiene confianza y seguridad en el farmacéutico como profesional. Entonces eso está ahí.*

*...la gente muchas veces me dice que "confío más en ti que en el médico".*

Este alto grado de satisfacción no quiere decir que la farmacia haya tocado techo en la oferta de servicios y productos sino que simplemente las expectativas de la sociedad se encuentran cubiertas en la actualidad. Sin embargo, se afirma que la población desconoce el papel que el

farmacéutico puede realizar para dar respuesta a las necesidades de la población en relación a la utilización de los medicamentos. Cuando se afirma que los servicios cognitivos son necesarios y no se encuentran implantados de una manera generalizada, se está afirmando que el farmacéutico puede ofrecer más a la sociedad. Los participantes son conscientes de que ésta desconoce qué puede pedir a la farmacia

*No son conscientes de lo que le podemos dar. Están satisfechos con lo que tienen, porque no saben lo que les podemos dar. ¡No saben lo que pueden pedir!*

Aunque también parece importante conocer por qué la sociedad no utiliza la farmacia en todas sus capacidades y por qué el colectivo farmacéutico no es capaz de transmitir a sus usuarios todo lo que puede dar de sí.

*El que no sepan utilizarlos, el que nosotros no sepamos vender lo que sabemos, es una cosa que sería importante valorar.*

En este sentido se añade que cuando se ofrece algún servicio añadido, aunque este pueda resultar simple para el farmacéutico, el receptor lo agradece y, a pesar de lo que se ha comentado antes, se genera una demanda del servicio y se fideliza a la gente.

*Yo estoy de acuerdo con ella en que muchas veces no conocen las posibilidades que tenemos de ofertarles a ellos. Pero en el momento en que conocen lo que les podemos dar, que yo creo que es el mínimo de lo que podríamos darles, lo conocen y están súper contentos. Los nuestros lo conocen y nos lo agradecen un montón. Y lo cuentan a los demás. Y vienen, "oye, que me ha dicho mi cuñada que le habéis hecho una tabla de medicamentos". Cosas tan sencillas como organizarles los medicamentos en una cajita. O explicarles cuando tienen que... Son cosas pequeñitas que les puedes hacer y la gente lo agradece. En el momento en que lo conocen lo agradece y lo cuentan y los demás lo piden. A mí por lo menos.*

## Prioridades en la farmacia

Se ha comentado que en la farmacia se realizan actividades muy variadas que de una manera general han sido englobadas en dos grandes grupos, actividades administrativas o de gestión y actividades de atención asistencial a los pacientes. La distribución por tareas y la importancia asignada por el titular a las diferentes actividades marcan el día a día de la farmacia. Se afirma que lo primordial es conseguir que los usuarios de la farmacia no tengan que esperar cuando acuden a la misma. En este sentido la mayor prioridad es que el paciente no espere hasta el punto que se afirma que toda la actividad y organización interna de la farmacia pasa alrededor de esta premisa. Otras actividades como recepción de pedidos, comprobación de albaranes, etc., se aplazan en cuanto hay alguna persona esperando en el mostrador para ser atendido.

*Lo primero efectivamente entra alguien en la farmacia, se le atiende. Si hay dos o tres personas, que no haya cola y el que esté dentro haciendo un pedido, repasando o tal que salga inmediatamente para no hacerla esperar. Y sobre todo, ahí tienes que jugar un poco con los tiempos. Si dedicas mucho tiempo a una persona pues claro, evidentemente, las otras están impacientándose. Entonces ir jugando un poco. Y después muchas veces tienes que decir: "bueno, si quieres esto te lo explico, vienes otro día, quedamos", cuando hay mucha medicación conjunta o es un tratamiento de inicio, etc. Pero vamos, esa es la prioridad.*

Junto a esa prioridad se recuerda la importancia de realizar una buena práctica profesional; es decir, es importante atender a los pacientes cuanto antes, pero eso no debe ir en contra de ofrecer toda la información necesaria para que una entrega de medicamentos pueda entenderse como una dispensación bien hecha.

*En mi farmacia todos atendemos al público y si es necesario se dejan pedidos, se deja todo y se atiende. La idea también que intento que*



*todos hagamos es que no se dé nunca un medicamento sin decir nada. La aspirina puede tomar hasta tres al día, el tal... O sea, con información. Que no se dispense nada: "son tres cincuenta", y ya está.*

En este sentido se recuerda que una venta de un medicamento, es decir, la entrega del medicamento sin ninguna información adicional salvo la comunicación del precio al usuario, no puede considerarse una dispensación.

*Ya, pero si una persona te pide un Frenadol® y le dices son 5,95, y se va...*

[RESPUESTA] *¡No!, no es eso. Eso no es ni dispensación.*

Se recuerda que el objetivo final de la actuación del farmacéutico en el momento de entregar un medicamento a un paciente es que éste sepa cómo debe utilizarlo, es decir, que conozca el proceso de uso del medicamento.

*Yo creo que al final, aunque aquí se hable de muchas cosas, creo que una de las ideas es que realmente tú tienes que tener la certeza de que el paciente sabe lo que tiene que hacer con el medicamento. Esto es el primer punto. Y entonces ahí queda lo que sea para saberlo.*

Se afirma que esto en ocasiones es difícil, sobre todo porque falta cooperación por parte del paciente.

*Es más, hay pacientes que, bueno vosotros lo sabréis, que vas a decirle algo y te dicen, "deje, deje, que ya sé. Que llevo 20 años tomándolo". Bueno, pues te callas y punto.*

Sin embargo, también se plantean otras formas de actuación ante este tipo de actitudes del paciente ya que no siempre lo que el paciente cree saber coincide con la realidad, es decir, con lo que de verdad sabe.

*Tú antes estabas diciendo que te encuentras con un paciente que te viene y le estás diciendo y te dice que lleva tomando el medicamento 20 años y lo sabe. Pero tú no acabas de creértelo, ¿o sí?*

*[RESPUESTA]: ¡No!,... no, incluso hay veces que lo está utilizando mal, aunque lleve 20 años.*

Por ello, es preciso utilizar siempre el procedimiento de Dispensación ya que el farmacéutico debe asegurarse de que el paciente tiene un conocimiento correcto de cómo debe utilizar los medicamentos. Se afirma además que este tipo de actuaciones concuerdan con el concepto de AF.

*Por tanto, yo creo que hay que buscar fórmulas para estar seguro de eso. Entonces, yo creo que esto es lo que es atención farmacéutica. Muchas veces tenemos que ser creativos y buscar lo que os digo, esas fórmulas. Que puede ser o el seguimiento, o hacer trabajos de campo dentro de la farmacia, para estar convencido y seguro de que tu paciente esté haciéndolo bien.*

Una de las actividades, en ocasiones no programables, consiste en la atención a los delegados de los laboratorios farmacéuticos. Se opina que es posible organizar sus visitas mediante una cita previa y en los casos en que esto no se hace y se atiende a los delegados cuando éstos se presentan en la farmacia, si hubiese trabajo en ese momento, se aplaza la decisión de compra para otro momento. Es decir, de acuerdo con los participantes, la atención a los delegados de los laboratorios no supone una prioridad en la farmacia.

*Yo a los delegados los cito.*

*Yo no los cito pero si veo que molestan les digo: "oye, por favor, déjame la hoja o llámame antes...".*

## Remuneración

Un asunto que surge habitualmente al hablar de barreras para la implantación de los servicios de AF es el tema de la remuneración de los farmacéuticos, o mejor, de la falta de pago por los servicios. Se afirma que los servicios de AF no están siendo remunerados en ningún caso, ni siquiera en la dispensación. En este sentido se recuerda que lo que actualmente se abona es el margen por la distribución o entrega del medicamento, dejando a un lado el pago por los servicios añadidos que el farmacéutico aporta en el momento de dicha entrega, cuando esta se enmarca en el servicio de Dispensación. Sin embargo, una vez más los entrevistados equiparan el seguimiento farmacoterapéutico como parte de la dispensación, como si ambos servicios fueran lo mismo o uno continuación del otro.

*La dispensación tiene la remuneración que corresponde a la venta de un producto. La dispensación activa que supone la venta de un producto más el consejo, eso no está remunerado. ¿Y sabes por qué? A ti te pagan lo mismo que a mí y yo, en fin... Una persona que vende un producto gana lo mismo que yo, que además de venderlo informo. Y no me digas que está remunerada. No estoy de acuerdo. No, la remuneración de la atención farmacéutica está incluida en el margen. ¡No!, discrepo. Porque ese margen es el mismo para el que no hace seguimiento como para el que lo hace. Discrepo del todo.*

Se manifiestan también otras discrepancias sobre este asunto ya que se afirma que, de acuerdo con la legislación actual, lo que el farmacéutico debe hacer cuando entrega un medicamento es dispensar, es decir, entregar el medicamento con toda la información y cuidados clínicos que deben acompañar a dicha entrega. Se afirma que es por ese proceso global por lo que se paga a la farmacia y por tanto, el margen que se cobra no es el correspondiente a la venta o simple entrega del medicamento sino a la dispensación del mismo.

*...Es que el trabajo no es vender, es dispensar.*

Se añade que el problema es que la situación actual es un tanto perversa ya que aunque legalmente es preciso dispensar medicamentos en lugar de venderlos, si no se hace así no sucede nada.

*Pero si vendes no pasa nada. Te pagan igual. Hay mucha gente que no hace nada y gana lo mismo que yo.*

Se insiste en que a pesar de ello, la obligación ética y profesional del farmacéutico es dispensar cada vez que entrega un medicamento y no venderlo simplemente. Se define esta última actitud como "mala praxis", aunque se acepta que actualmente ésta está bastante extendida en el colectivo.

*Está haciendo una mala praxis.*

La realidad, según se afirma, es que en la práctica se paga a los farmacéuticos por la venta de medicamentos, es decir, por una actividad que se puede considerar no profesional, y es que, tal como se señala, el beneficio de la actividad que se desarrolla en la farmacia comunitaria viene derivado en su inmensa mayoría del margen de la dispensación de los medicamentos, se haga ésta bien o mal.

*...o sea, se nos remunera, se nos paga por un acto que no es profesional, se nos paga por un acto comercial. Porque nosotros nuestro beneficio viene del margen de la venta del producto.*

También se afirma que la percepción existente fuera de la farmacia es que dentro de ese margen se incluye todo lo que se realiza en la farmacia, incluidos otros servicios como el seguimiento farmacoterapéutico.

*Lo que te he dicho antes: hay la percepción fuera de que este margen lleva incluido todo lo demás...*

*Yo es que lo he oído a alguien en una mesa que no era de nuestro gremio, que probablemente se cree que todo está incluido dentro del precio del medicamento. Es decir, es nuestra obligación hacer labor de dispensación. Y si es necesario, hacer un seguimiento.*

Esta diferencia entre “venta” y “dispensación” como actividades diferentes, debería ser percibida por los usuarios y, sobre todo, debería ser recompensada económicamente de diferente manera. Esta sería la única forma de que los farmacéuticos que no dispensan no se beneficien más que aquellos que dispensan, es decir que realizan un mayor trabajo, y aportan un valor añadido; estos últimos, al final, perciben la misma compensación económica que los que simplemente entregan el producto al cliente.

*Pero sí que es verdad que esa diferencia de actuación tendría que verse reflejada en el precio. Pero pienso que los que lo hacen mal están aprovechándose de que lo hacen mal, pero no creo que sea...*

Se recuerda que esta es la realidad que, además, no va a cambiar si el colectivo no toma cartas en el asunto. Se opina que en este tema se debe actuar ya porque en caso contrario esta situación se mantendrá en el tiempo con el consiguiente perjuicio para la profesión en su conjunto.

*... pero es que esa es la situación. Entonces o damos pasos para que eso cambie o dentro de 10 años seguiremos diciendo que hay problemas, no hay avances...*

Se afirma que el hecho es que la farmacia, aunque es indudable que está evolucionando, no cambia lo suficiente, sobre todo en relación a la implantación de servicios profesionales. Aunque una vez más se recuerda que los farmacéuticos tienen la obligación legal de realizar algunos servicios; no hay acuerdo en cuanto a si es obligatorio o no la realización del servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

*Es que por ley tenemos que hacer también el seguimiento.*

[RESPUESTA de otro participante] *No, por ley no*

Sea cierto o no, como existe la opinión generalizada de que es preciso implantar este servicio, se afirma que mientras la discusión siga planteada en si es obligatorio o no implantarlo, otros colectivos lo irán haciendo, ya que está claro que se trata de un servicio que la sociedad necesita.

*Pero lo que me doy cuenta es que seguir así: "es que por ley lo tenemos que hacer". Pero no lo hacemos. Seguimos aquí, no cambiamos.*

Por ello, se puede entender esta situación como una oportunidad para la profesión. Ahora que otros profesionales comienzan a realizar, o a poder realizar, seguimiento podría ser el momento de que los farmacéuticos comunitarios comenzaran a hacerlo de una forma estructurada y organizada, demostrando que son los profesionales que mejor pueden hacerlo.

*Quizás es hora de que nos pongamos las pilas y de que otra vez la enfermera no nos quite cosas que hacer*

Se asume además que los pacientes podrían contribuir a la compensación económica de los servicios que reciben, sobre todo si estos servicios se perciben como útiles y solucionan problemas a la población.

*Yo creo que sí, que si se pusiera precio a las cosas extras que hacemos, hay gente que las pagaría. Al que le has solucionado un problema que tenía y el ve que te has preocupado, ese pagaría.*

*Albert Jovell, el médico de ayer dijo que sí. Que si para su madre existiera esa farmacia, él considera que pagaría...*

En este sentido se afirma que cuando los pacientes reciben un servicio que valoran, incluso en zonas humildes, se agradece y por tanto existe intención de pagarlo.

*Entonces nos ha pasado en el pequeño trabajito que hemos hecho de detección precoz y tal, que cogimos a 50 porque no podíamos coger más. Pero bueno, con esfuerzo y totalmente gratuito. Se le hicieron unas valoraciones, incluso un desayuno estándar, etc.... Y la gente quedaba alucinada cuando era gratuito, claro. Incluso hubo muchas personas que se quedaron fuera, y dijeron, "venga, tú, házmelo, aunque tenga que pagarlo. Una cosa razonable". Incluso se dio ese caso. Y te hablo de una farmacia situada en un barrio de un pueblo modesto.*

Sin embargo, se comenta que hay dos tipos de pacientes: los que sí estarían dispuestos a pagar por el servicio y los que no. Se afirma que los primeros son gente que valora el esfuerzo que se realiza y lo agradece. Por el contrario siempre hay otras personas que entienden que tienen derecho a recibir todo y que, por tanto, no están dispuestos a compensar económicamente a nadie por hacer algo que creen que es su obligación.

*Yo creo que hay dos tipos de pacientes. Los que pagarían, porque nosotros hacemos un SPD y hay pacientes que te lo agradecen mil, te traen regalos aunque no les cobres o lo que sea. Y hay pacientes que lo exigen. Que nos están llamando semana sí, semana también, pues "esto me lo cambias y esto no sé qué". Estos no creo que quisieran pagar nada.*

Además hay personas que aunque lo quisieran no podrían pagar por los servicios ya que su situación económica no se lo permite.

*Depende mucho del poder adquisitivo. Pero hay gente que, tengo gente en mi barrio que es un barrio de clase media-baja, que no se puede permitir el lujo de pagarte aunque quiera.*

Se recuerda la experiencia británica en la que el Sistema Nacional de Salud inglés está pagando a las farmacias 30 euros por el servicio de Revisión de la

Medicación (*Medication Use Review*)<sup>1</sup> considerándolo muy interesante. Se vuelve a afirmar que si no es la Administración la que financia el servicio, como ocurre en el Reino Unido, hay mucha gente que materialmente no puede pagárselo por falta de recursos económicos.

*Es fantástico que se paguen 30 euros por paciente como se está pagando en el Reino Unido, porque hay mucha gente que no tiene capacidad de poder pagar 30 euros por hacerse un seguimiento.*

A este debate sobre si los usuarios deben y pueden pagar el servicio de seguimiento o si debe ser un servicio más del catálogo de servicios que conforman la prestación farmacéutica se añade el desconocimiento existente en la población. Se afirma que hay muchas personas que cuando necesitan un médico especialista acuden a uno privado, aún cuando tienen acceso a uno gratuito asignado por el Sistema Nacional de Salud. En cambio nadie acude al farmacéutico solicitando que se le realice el seguimiento de sus tratamientos, sencillamente porque no se conoce el servicio.

*Yo pienso que evidentemente hay gente con poco poder adquisitivo que no puede pagar ni eso ni otras cosas. Pero se da el caso de gente que no está contenta con el traumatólogo que le ha tocado, que no se fía y se va y paga 70 euros a un médico particular. ¿Y por qué no van a pagar a un farmacéutico? Lo que pasa es que no conocen este servicio. No lo conocen.*

Además, junto al debate de quién debe pagar el servicio se plantea la forma en la que el farmacéutico realiza el intercambio monetario con sus pacientes. Habitualmente, en el mostrador de la farmacia, el farmacéutico realiza la dispensación y a continuación recibe el importe económico de los medicamentos dispensados en aquellos casos en que el paciente deba hacerlo. Este sistema se ve como una barrera y se recuerda a otros

---

<sup>1</sup> Nota: en realidad se pagan 28 libras por paciente y mes y se pueden realizar hasta 2 MUR al año por paciente. Además, el MUR es un servicio de proceso autorizado para dos MUR al año, mientras que el SFT es un servicio orientado a los resultados que incluye, como su nombre indica, el seguimiento continuado de los pacientes.



profesionales, citándose como ejemplo a los dentistas que no cobran el dinero personalmente, sino que una vez finalizada su actuación profesional es una persona diferente la que recibe el dinero. Se opina que junto al pobre efecto estético que supone el cobro directo por el farmacéutico, está el consiguiente desprestigio que produce.

*Yo creo que el seguimiento hay que pagarlo, la consulta hay que pagarla. Pero hay un problema. Yo no he visto ningún profesional que haga un trabajo y que sea él el que cobre al paciente. Habrá que buscar otra fórmula que sea otra, a través de éste, el que cobre. Cuando vas al dentista no te cobra él después de haberse quitado los guantes ahí. Entonces, queda feo. Y aparte desprestigia un poco.*

Algún participante plantea la necesidad de cobrar el servicio desde el primer momento de su implantación. Se dice que hay dos formas de abordar la implantación de un servicio: comenzar haciéndolo gratuitamente y una vez creada la demanda comenzar a cobrarlo o por el contrario comenzar a cobrar ese el inicio. Se afirma que si no se cobra el receptor del servicio no acaba valorándolo suficientemente.

*...si al paciente se le da todo gratuitamente todo, todo,... (Varios): ¡No lo valora!, ¡no lo valora!*

*Yo creo que si desde el principio se le dice que se está haciendo un esfuerzo extra en la farmacia y que debe pagarlo, entonces yo creo que el paciente lo entiende, y en muchos casos, lo pagará*

Se afirma que incluso aunque se entienda como necesario que se realicen estudios para evaluar el impacto de un determinado servicio, y los posibles beneficios económicos y clínicos que se obtengan del mismo, es preciso que quien recibe un servicio abone un precio por el mismo desde el primer momento.

Las dos opciones tienen sus apoyos. Unos apuestan por comenzar su implantación gratuitamente y sólo después, cuando se ha generado suficiente conocimiento sobre los beneficios del servicio y se ha creado la conciencia de su necesidad y la correspondiente demanda, se podrá intentar cobrar el servicio. Otros mantienen que si no se cobra desde el inicio, no se valorará lo suficiente y más adelante será imposible cambiar la inercia de pasar de un servicio gratuito a un servicio, el mismo, por el que hay que pagar.

*Entonces yo creo que a veces tendríamos que empezarlo a ofertar de forma gratuita, en nuestros tiempos libres, sin cobrar dinero, ofertarlo, para que se vaya conociendo, porque no lo conocen. Y cuando el médico viera, o el paciente viera, 11 informes que le han valido la pena, que se han ahorrado una serie de cosas, una serie de problemas, y que eso funciona. Quizás luego, una vez conocido, podría ponerse a cobrar, y quizás te pagarían el servicio*

*Yo pienso que no. Que yo, una vez que planteara el servicio, lo comenzaría cobrando... yo informaría. Daría la opción de que se diera ese servicio, pero ya comenzaría cobrándolo. Porque es muy difícil luego dar marcha atrás a una cosa que ha sido gratis.*

## **Motivación**

Los participantes manifiestan que es importante mejorar la calidad de los servicios de AF que se prestan en la farmacia española, así como implantar el servicio de SFT que se considera como no implantado de una manera generalizada. Una de las barreras que se expresan es la falta de motivación de los miembros del equipo de las farmacias para pasar a cambiar su comportamiento y realizar el SFT. Se entiende que la mejora de la calidad de los diferentes servicios es algo hacia lo que se debe ir avanzando; sin embargo, la implantación del SFT se ve como algo que implica una mayor complejidad y cambio en el comportamiento del farmacéutico, por lo que la motivación de los miembros del equipo adquiere un papel preponderante. Se afirma que el SFT supone realizar más trabajo en el

mismo tiempo y que resulta difícil conseguir motivar a los farmacéuticos, incluso, se afirma, a los más jóvenes, aún cuando parece que este colectivo debería tener una actitud más proactiva hacia la implantación de ese tipo de servicios.

*Lo del seguimiento de pacientes, he explicado que lo he hecho yo sola porque el resto, tengo dos farmacéuticas que trabajan conmigo jóvenes, que me sorprende que no encuentren una motivación, o que yo no sepa trasladarla en este tema. Porque claro, da más trabajo en el mismo tiempo y me resulta un poco difícil...*

Incluso se afirma que no basta tan sólo con la satisfacción personal que se obtiene del trabajo realizado y de ayuda a los pacientes, que va implícito en la realización del SFT.

*Entonces al final acaba siendo un trabajo de atención al público muy gratificante, porque a mí me encanta.*

Esta recompensa personal, no lucrativa, que se recibe al realizar seguimiento es muy valorada por varios de los presentes.

*Pienso que todo el trato con el paciente, toda la resolución de los problemas que ellos tienen, para mí realmente es muy gratificante*

*... yo la verdad es que estoy muy contento, porque considero que es muy gratificante todo lo que hacemos.*

*Bueno, como antes he dicho, yo empecé ayer. Entonces si ahora no estoy contenta cuando lo voy a estar. Entonces sí que disfruto con lo que hago, pero...*

Se manifiesta la dificultad de motivar al equipo, expresándose dicha dificultad como una de las barreras que impiden o dificultan la implantación de servicios cognitivos.

*... y tampoco sé llevar muy bien al equipo.*

*...que es muy difícil implantar el seguimiento, estoy intentando motivar a la gente que tengo*

A pesar de que, tal como se ha manifestado antes, algunos participantes están satisfechos con la realización de servicios de AF, en algún caso se manifiesta la idea contraria. Se afirma que el ser la única farmacia que realiza seguimiento en un municipio, además de suponer una mayor carga de trabajo y responsabilidad, no fideliza a los usuarios de la farmacia tradicional que, por otra parte desconocen que este tipo de servicios se realizan. Se muestra sorpresa al constatar que las encuestas de satisfacción con la farmacia ofrecen siempre unos resultados magníficos cuando lo cierto es que los servicios cognitivos no se pueden considerar implantados en nuestro país. Es decir, se manifiesta que los usuarios están satisfechos con la farmacia independientemente del servicio que ésta ofrezca, primando probablemente otros aspectos.

*Pues yo no estoy nada satisfecho. No, porque estoy aislado a la hora de aplicar la atención farmacéutica que no está generalizado en la zona de mi provincia. Somos muy pocos los que en un principio empezamos y a la hora de aplicar hay muchos inconvenientes porque en un pueblo como el mío, con 30.000 habitantes, eres tú el único que haces... Pues tampoco incorpora a los pacientes de forma fidedigna a tu farmacia y bueno. Y luego te extraña que el grado de satisfacción que (los usuarios) tienen sin los servicios, sin prestar esto, sea igual que con los servicios.*

También se pone de manifiesto la existencia de una insatisfacción profesional cuando por diferentes motivos no se realizan servicios de AF en la farmacia. Se afirma que las tareas cotidianas que se llevan a cabo en la farmacia, en ciertos casos no cubren las expectativas que un profesional universitario debería tener en relación a su trabajo profesional. Esta insatisfacción profesional es también manifestada por otro participante que

afirma no identificar diferencias en la práctica, entre el rol del profesional farmacéutico y el del auxiliar de farmacia.

*(lo que hago en la farmacia es) atender a pacientes, los pedidos,... Pero sí que siento que me falta algo, porque he estudiado una carrera de cinco años para algo más. No para al final sentirte casi, casi, al mismo nivel que un auxiliar*

*Muchas veces no veo diferencia entre lo que yo hago y lo que hace el auxiliar*

No sólo no se diferencian las funciones del farmacéutico y el auxiliar sino que en ocasiones, sobre todo cuando el farmacéutico es joven y recién llegado a la farmacia, los usuarios de la farmacia prefieren ser atendidos por el auxiliar ya que éste lleva tiempo trabajando y ha conseguido la confianza de los clientes. Este es otro elemento que complica mucho la separación de tareas entre el farmacéutico y el auxiliar. Estos últimos han estado realizando durante mucho tiempo funciones que debían ser exclusivas del farmacéutico. Por eso, ni los clientes ni los propios auxiliares entienden que deban de dejar de realizar actividades que tradicionalmente han venido desarrollando en la farmacia.

*Y luego, en el tema de auxiliares y farmacéuticos el problema es que los auxiliares que llevan 30 años trabajando en la farmacia, por mucho que les comenten que ese tipo de acciones no las pueden hacer o no las deberían hacer, no les entra en la cabeza. Y a los pacientes tampoco. Muchas veces nos ven a la gente joven atendiendo y quieren con las que llevan 30 años que precisamente son las auxiliares que llevaban más la farmacia.*

Se entiende la motivación del personal como algo necesario para comenzar a implantar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria. Además, se afirma que si el titular es el elemento motivador del equipo, mejor. Incluso se afirma que es casi imprescindible que sea el titular quien ejerza el liderazgo en la implantación de servicios ya que en caso contrario

se convierte en una tarea muy difícil. Aun así, se confirma la dificultad que existe en la actual farmacia comunitaria de trabajar ofreciendo servicios de AF.

*Si los miembros del equipo no están motivados, es decir, no quieren implantar servicios..., tiene que haber alguien que esté motivado. Y si ese alguien es el titular, mejor que mejor, porque si sólo es el adjunto, vamos mal. Y si es el titular, yo estoy con lo que decía ella, también es muy difícil; sobre todo si hay un hábito de trabajo, hay que transformar ese hábito. Yo supongo, voy a hacer un poco de broma, ¿no?, pero supongo que el lunes cuando llegue a la farmacia y los adjuntos estarán esperando: "éste ha ido al congreso, ¡cuidado!". Es así. Y claro, es un tema, la verdad es que es muy difícil y hay que hacer un esfuerzo enorme para intentar que todo el equipo trabaje en atención farmacéutica. Es muy difícil.*

Un titular reconoce la importancia y la dificultad de motivar al equipo de la farmacia, apoyándose fundamentalmente en el ejemplo y en el reconocimiento posterior como consecuencia de haber actuado profesionalmente.

*Motivar al equipo, yo siempre he intentado motivarles, pues... dándoles ejemplos, o que vean cómo pueden ayudar al paciente y lo gratificante que es que el paciente te lo agradezca.*

En este sentido se afirma que "...yo creo que el solucionar problemas a otros, es un buen motivador."

Se plantea una estructura jerárquica de motivadores, desde la satisfacción profesional hasta la obligación legal, pasando por la recompensa económica por la provisión del servicio.

*Yo quizás la motivación, yo por este orden diría tres: la primera, la profesional, y ahí incluyo la gratificación del propio paciente, y el sentirte útil. Me decía mi mujer, que también es farmacéutica: "a tres*

*personas les has dicho que son diabéticas y no lo sabía. Iban tan tranquilas por la vida. Y mira por donde les has jorobado, digamos". Entonces, eso para mí es una satisfacción, hay una detección precoz..., satisfacción profesional. Después incentivo económico, bien por la administración o bien porque paguen a la farmacia; es decir, que haya una remuneración por parte del paciente, que repercute en el farmacéutico titular o adjunto, el que lo haga. Y la tercera, si no vale ninguna de las dos, pues la parte legal. Porque es que estamos obligados a hacer seguimiento, a hacer a tención farmacéutica.*

[VARIOS] *Estoy de acuerdo*

También se recuerda que si motivar al equipo de la farmacia es difícil, tan importante y probablemente más difícil es motivar al colectivo de farmacéuticos comunitarios. A pesar de la proliferación de cursos que organizan los colegios oficiales, se echa en falta la existencia de cursos orientados a ayudar a los farmacéuticos a implantar servicios; es decir, cursos prácticos no destinados a la transmisión de conocimientos exclusivamente sino a la mejora de habilidades y a la utilización de metodología que puedan ayudar a realizar el seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias.

*Y luego, motivar al resto de farmacéuticos pues, claro, en mi provincia también suelen hacer bastantes cursos de formación y demás. Lo que pasa es que hay mucha gente que,... que se ha hecho la idea de la farmacia como una empresa en la que... hay quien sólo quiere ganar dinero y quien quiere ser profesional. Ya he dicho que, en concreto, en el colegio de mi provincia, sí que hay muchos cursos de formación, pero me parece que aunque están enfocados a atención farmacéutica, no están orientados al procedimiento práctico, a los protocolos de implantación, ... sí que falta el empujón ese de decir: ¡cómo lo pongo en marcha!, ¡cómo empiezo en las farmacias!...*

Se añade que, tal como se ha comentado antes, falta conocimiento sobre en qué consiste el servicio de SFT y que fomentar este conocimiento debería ser un objetivo de los colegios profesionales.

*Más información a nivel colegial. No hay cursos en los colegios.*

*Cursos para el conocimiento de lo que es el seguimiento.*

Junto a los problemas de motivación del personal y de diferenciación clara de funciones entre los distintos componentes del equipo de la farmacia, la **falta de tiempo** se plantea como una de las barreas más importantes para la realización de servicios de AF.

*Porque claro, da más trabajo en el mismo tiempo y me resulta un poco difícil...*

*Yo empecé a tratar esto de la atención farmacéutica en el primer congreso, de San Sebastián. (...). Me encantó todo el tema pero lo he intentado aplicar en la farmacia y entre que no tienes tiempo...*

*No, porque el tiempo no me permite estar más con los pacientes y...*

En algún caso se afirma que para realizar servicios de AF es preciso trabajar fuera del horario laboral de la farmacia, sin tener en cuenta aspectos ni de horario ni de retribución económica. Se hace así ya que algunos participantes opinan que no hay tiempo suficiente durante el horario de apertura y cierre de la farmacia. Son farmacéuticos altruistas que realizan servicios de AF porque están muy motivados y satisfechos debido a la gran satisfacción que les produce su práctica.

*Nosotros, todos lo que hacemos de atención farmacéutica, lo hacemos sin cobrar y en horas que no son de farmacia. Nosotros todo eso lo hacemos fuera del horario. Bueno, porque los dos que trabajamos con ella, disfrutamos muchísimo y lo hacemos fuera de nuestro horario de farmacia, ¿vale?, y no cobramos por ello.*



Esta muestra de profesionalidad y altruismo no es compartida por alguno de los presentes que se manifiesta claramente en contra de las prácticas citadas y que piensa que pueden ser contrarias al objetivo de conseguir motivar a los miembros de su equipo ya que no comprende que se trabaje fuera de horas laborales y sin retribución económica.

*¡Sí, claro! ¡Encima yo aumento horas sin pagarlas!, ¡lo que me faltaba para acabar con la motivación del todo!*

El tiempo planea siempre como una barrera; en esta ocasión asociado a la falta de reparto de tareas y a la voluntariedad en la provisión de servicios.

*El problema también es que se necesita tiempo y en la farmacia nunca sacas ese ratito. Porque siempre tienes que hacer recetas, tienes que hacer cosas. Y si ese tiempo lo tienes que dedicar del tuyo particular, fuera del trabajo, pues igual lo hace el titular porque es su farmacia y tal. Pero luego los adjuntos, los auxiliares y tal, "sí, claro, me lo voy a quitar de lo mío, pudiendo hacerlo en el trabajo". Entonces es muchísimo más difícil*

Independientemente de los motivos que dificultan la implantación de servicios de AF en la farmacia comunitaria, queda patente la necesidad de ofertarlos, de tratar de dar respuesta a las necesidades de los pacientes en cuanto a la utilización de medicamentos, de hacer "algo más", intentando transmitir con esa expresión poco concreta, toda la filosofía que subyace en el concepto de AF.

*Por eso es la intención de poder, de intentar hacer más.*

*Ahora bien, creo que nos queda mucho por hacer y la verdad es que me doy cuenta a veces cuando hablas con los pacientes que están muy necesitados de nosotros.*

## Modelo de farmacia

Uno de los participantes pide al grupo opiniones sobre la posibilidad de realizar SFT fuera de la oficina de farmacia.

*Yo les preguntaría una cosa, a alguien que me quiera opinar. A ver, la posibilidad de hacer atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, farmacéuticos que no tengan oficina de farmacia, en una consulta. Como hacen en Estados Unidos, por ejemplo. Un farmacéutico, yo por ejemplo, no tengo farmacia, y me pongo una consulta privada, como el traumatólogo de al lado. Y yo me pongo mi título: licenciada en farmacia: seguimiento farmacoterapéutico. ¿Qué opináis de eso?*

Se producen varias respuestas, algunas de ellas contradictorias entre sí:

*Ya existe, ¿no?*

[UNO] *Sí, sí.* [OTRO] *En España no, pero fuera sí.* [OTRO] *¿Cómo qué no?*

[OTRO] *En España existe* [OTRO] *Sí que existe.*

*Pero no es una cosa generalizada.*

Ante estas respuestas se producen diferentes comentarios al tema. Por un lado se afirma que el SFT debe ser un servicio que se realice "en la Farmacia Comunitaria" y no fuera de ella, añadiéndose que debería tratarse de un servicio gratuito, cuyos costes podrían, o ir englobados en el margen con el que actualmente se financia la farmacia, o formando parte de la prestación farmacéutica y siendo, por tanto, financiados por el Sistema Nacional de Salud.

*Bueno, yo pienso que tendría que ser un servicio de la oficina de farmacia, que se hiciera "en" la oficina de farmacia, que fuera gratuito para el paciente, aunque lo pagase la administración.*

Existen opiniones contrarias, favorables a que el servicio pueda proveerse fuera de las farmacias. En caso de que esto sucediera la prestación del servicio estaría en un régimen de máxima competitividad, de manera que según se opina, el farmacéutico que mejor lo realizase es el que contaría con un mayor número de pacientes. A pesar de ello, se continúa afirmando que esta opción no sería buena para la farmacia ya que iría en contra de la necesaria reprofesionalización de la que se está hablando en la reunión. Por tanto, se concluye que lo mejor para la farmacia es que el SFT se siga realizando en su interior, por farmacéuticos comunitarios.

*Yo lo veo bien... el que pueda haber una consulta aparte, porque eso puede entrar dentro de una libre competencia. Si él es mejor, o sabe captarse a la gente, o hacer un buen seguimiento, no digo que no. Pero yo pienso que ahí nos estamos desviando del tema porque si lo que queremos es reprofesionalizar nuestra farmacia, entonces si yo saco el seguimiento fuera cuando lo que estoy intentando es hacer el seguimiento dentro, tendremos un problema.*

Esa contraposición entre lo "bueno en general" y lo "bueno para la farmacia" es reforzada más adelante cuando se afirma que si lo que los farmacéuticos queremos es conseguir lo mejor para el paciente respecto a los medicamentos que utiliza, no deberíamos estar en contra de que haya farmacéuticos que se establezcan por su cuenta y que realicen el servicio de SFT.

*A ver, yo pienso que el fin de la atención farmacéutica global en general, incluido el seguimiento, es que el paciente se vea beneficiado y que sus medicamentos le vayan bien, le curen, no le produzcan efectos secundarios. Todo vaya a él personalizado. Entonces, yo pienso, yo sí que soy de la opinión de que una licencia o un licenciado en farmacia, cuando acaba la carrera, y hace una especialización, un máster o eso, está perfectamente capacitado para ponerse una consulta. Y al fin y al cabo lo que queremos conseguir es que en ese paciente su medicación sea correcta. ¿Por*

*qué no va a poder un licenciado en farmacia poner una consulta y que los médicos le envíen a él determinados casos, como ocurre en Estados Unidos, cuando quieren que a ese paciente se le estudie la medicación?*

En este sentido se afirma que en el medio plazo los médicos no van a enviar pacientes a la farmacia comunitaria para que en ésta les realicen SFT. Se opina que es mucho más probable que si un médico quiere que se siga a un paciente suyo, le resultará más fácil contactar con el farmacéutico de atención primaria que con el comunitario. Esta opinión, sin embargo, no es compartida por varios de los presentes.

*Yo creo que,... una consulta de farmacéutico que haga seguimiento y en el que los médicos le manden, esto no va a ocurrir nunca. Es decir, los médicos si tienen que mandarle a alguien lo harán a los farmacéuticos de atención primaria.*

Un participante afirma que para que el SFT se pudiera realizar fuera de la farmacia, se deberían poner los medios que garanticen las buenas prácticas profesionales mediante el establecimiento de criterios de acreditación del servicio.

*Que sí, que por supuesto, tiene que poder salir fuera de oficina de farmacia... El problema es acreditar los protocolos de la consulta. Es decir, ¿todos los farmacéuticos están capacitados o tienen los conocimientos suficientes para hacer la consulta? Se trata de un problema de acreditación del profesional que vaya a hacerlo.*

Se afirma también que una forma de evitar que el SFT salga realmente de la farmacia comunitaria podría ser que éste se realice en un local anejo a la farmacia, con una cierta separación.

*A ver, la solución sería que la consulta estuviera al ladito de la farmacia. Es decir, la farmacia dividida en dos...*

*Estoy contigo, que haya una separación.*

Comentando estos asuntos se vuelve a suscitar el tema de si el farmacéutico comunitario quiere realmente realizar SFT. Hoy son varios los profesionales de la salud que quieren realizar seguimiento pero no queda claro si el farmacéutico, por diferentes motivos, en realidad lo desea o no.

*Yo creo que hay un conflicto de intereses ya con el tema del seguimiento, porque todo el mundo quiere hacer seguimiento. Es decir, la enfermera quiere hacer seguimiento, el farmacéutico de atención primaria hace seguimiento, el farmacéutico hospitalario hace seguimiento... Y el comunitario, ¿quiere hacer seguimiento?*

Ante esta disyuntiva, se recuerda que da igual que lo desee o no; simplemente tiene una obligación legal que cumplir y, por tanto debe realizar SFT. Sin embargo hay quien opina que en realidad el farmacéutico no desea hacer seguimiento, aunque sea el profesional que legalmente deba hacerlo.

*Debe hacer seguimiento.*

*Pero, ¿quiere? --- En general, no,*

*[VARIOS]...en general, no. Y debe hacerlo.*

Los participantes opinan que no se sienten representativos del colectivo y que los asistentes al congreso son farmacéuticos con una visión de la profesión diferente a la de la mayoría. De hecho, se exponen diferentes motivos por los que han acudido al congreso. Alguno afirma que el motivo para estar ahí es su deseo de "diferenciarse"; surge otra vez el tema de la parafarmacia como un elemento distorsionador de la práctica farmacéutica.

*Yo pienso que es que llega el momento que tenemos que diferenciarnos. O sea hay que diferenciar entre esa parafarmacia de la farmacia. Para lo que hemos estudiado, para lo que estás desarrollando...*

Se añade que la farmacia, como ya se ha comentado, tiene un aspecto externo que hace que todas las farmacias sean muy parecidas, independientemente de los servicios que, en su caso, se provean en cada una de ellas. Se opina que la farmacia se debería diferenciar de otros establecimientos por los servicios que en ella se prestan ya que para eso el farmacéutico recibe una formación universitaria y trabaja en un establecimiento de interés público.

[Yo he venido al Congreso]...*para diferenciarme de la parafarmacia. Porque al final por fuera todos somos iguales. ¿En qué se diferencia? En la farmacia me dan este servicio y este servicio como profesionales del medicamento que son. Esa educación sanitaria, esa información...*  
[que en otros establecimientos no recibo]

También se aportan otras opiniones más habituales como, que han acudido al congreso "*Para ponerte un poco las pilas*" o "*Para avanzar*". Sin embargo, uno de los participantes va más allá y plantea que su objetivo para acudir al congreso es el de cambiar el actual modelo de farmacia existente en España.

*¿Para qué hemos venido todos aquí?... Para intentar cambiar el modelo de farmacia que hasta ahora tenemos.*

Se trata de un objetivo ambicioso, no compartido por otro de los participantes que matiza la afirmación anterior manifestando que la utilidad práctica de acudir a estos foros debe ser tratar de avanzar hacia el cambio de las farmacias de una en una y no de una manera global.

*Yo creo que aquí no se puede venir a cambiar el modelo. Es decir, aquí puedes cambiar tu farmacia pero no el modelo de farmacia. Llevamos ya muchos años hablando de cambiar el modelo y no avanzamos.*

Otro participante, a modo de resumen, afirma que es preciso cambiar tanto la práctica individual del farmacéutico como el modelo de farmacia.

*Hay que cambiar la práctica del farmacéutico y el modelo. ¡Las dos cosas!*

En este sentido, uno de los participantes plantea una cuestión al resto de compañeros en el sentido de si se opina que el modelo planificado y ordenado propicia la implantación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria.

[Uno de los participantes pregunta]: *¿Os parece que este modelo, de instalación, de planificación farmacéutica, maravilloso en cuanto a distribución geográfica, propicia el hacer servicios cognitivos o quizás estos modelos denostados en cuanto a su sistema de planificación, a lo mejor resulta que están haciendo un desarrollo mayor?*

Las respuestas son discordantes: hay quien opina que el modelo debe cambiar y quien opina que no, que se trata de un buen modelo.

*Yo mantendría el modelo.*

*Yo mi opinión y mi experiencia es que sí, que tiene que pasar por un cambio de modelo...*

## **Formación**

Uno de los aspectos recurrentes cuando se habla de la implantación de servicios en la Farmacia Comunitaria es la falta de formación clínica. En este sentido se manifiesta que por un lado el farmacéutico está muy preparado en relación con el trabajo que en muchos casos se realiza en la farmacia, en el bien entendido que no siempre se realiza una correcta dispensación; en este sentido se afirma que se forma a un profesional infrutilizado.

*Cuando Linda hizo su "Opportunities"<sup>2</sup> fue en el 90, hace ya 19 años. Saltó la chispa de la necesidad de dar fundamento y profesionalidad a una profesión antigua, maravillosa, y yo alucino que en todo el mundo se sigue formando profesionales de farmacia. Y cuando digo todo el mundo hablo de Australia, Sudáfrica, Chile y Canadá, con todo ese gran bagaje de conocimientos, para luego colocarnos detrás de un mostrador diciendo son 5,95 €. Alucino cómo se sigue formando a este profesional que luego no se utiliza.*

Se insiste en que la formación debe orientarse a reprofesionalizar la farmacia para lo que se precisa, según opinión de alguno de los participantes, mejorar y readaptar tanto la formación de pregrado como la de postgrado, sugiriendo además la necesidad de la especialización para poder implantar un "servicio de atención farmacéutica" quedando, una vez más, patente la facilidad con la que se intercambian las denominaciones de AF y SFT.

*Pasaría por dos facetas, dos bloques. La primera, sobre todo formación de grado, post-grado y, sobre todo, especialización. Que el farmacéutico que quiera implantar su servicio de atención farmacéutica que fuera especialista. Igual que es ortopédico o es óptico o lo que sea. Y que eso sea un valor distintivo de la otra farmacia, que no sé si lo decías tú, que el Frenadol o esto, valen lo mismo. Bueno, pues no, porque ahí te van a ofrecer otra cosa más*

Se recuerda además el problema añadido de las facultades de farmacia de nuestro país en que no todos los profesores son farmacéuticos, hecho que refuerza la opinión de que en la universidad falta sensibilidad sobre estos aspectos profesionales. Esto desmotiva a algunos participantes que no ven futuro en la profesión si éste depende del papel que la Universidad vaya a jugar.

---

<sup>2</sup> Hace referencia a: Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care J Hosp Pharm 1990; 47: 533-543



*...ayer conocí que estaba por aquí una profesora de Salamanca. Es del departamento de galénica y ella es la encargada de dar la asignatura de atención farmacéutica en la Universidad de XXXXXX. Ella dice que desde el departamento de galénica se han tenido que, literalmente, pelear con el decano y con todos los colegas de allí. Que los farmacéuticos son minoría; la mayoría son químicos, biólogos, no sé qué... Para poder conseguir que la atención farmacéutica sea una asignatura, eso lo han conseguido pero es optativa. Y cuatrimestral. Entonces dice que después de luchar y luchar en un claustro, al final consiguió, dice, "gracias a dios hemos conseguido una optativa de cuatro meses". Lo digo por lo de la formación que creo que desde la universidad, según decía ella, nulo.*

Se aborda en este sentido el asunto relacionado con la falta de departamentos de práctica farmacéutica en la universidad española. Los profesores universitarios que están liderando o, simplemente enseñando, atención farmacéutica desde la universidad son profesores de áreas de conocimiento no propiamente relacionadas con la práctica farmacéutica. Así se citan profesores de Galénica o de Fisiología Vegetal. Se aventura que en el futuro se irán incorporando a las diferentes universidades nuevos departamentos que incluyan el área de conocimiento de la AF para que, en opinión de alguno de los participantes, los farmacéuticos puedan especializarse en servicios de AF como el SFT.

*El director de atención farmacéutica de donde yo he estado es de fisiología vegetal. Fijaros. Porque no hay cátedra de atención farmacéutica...*

*Exactamente:... Y eso va a pasar dentro de, a lo mejor, unos años habrá catedráticos de atención farmacéutica. Habrá especialistas para la atención farmacéutica... En seguimiento... Igual que los hay de bioquímica, de...*

## **Autoeficacia.**

A pesar de todos los problemas planteados y de la escasa implantación del seguimiento, los participantes opinan que el farmacéutico es el profesional más adecuado para hacerlo a la vez que se opina que el farmacéutico "cree estar capacitado para hacerlo", concepto que Bandura denominó **autoeficacia**.<sup>3</sup> Sin embargo otros participantes opinan que el farmacéutico no se cree capaz de proveer este servicio.

*No, en general, ¡no! (no se creen capacitados para realizar seguimiento)*

Se añade que, como ya se ha dicho antes, hay mucho desconocimiento conceptual y metodológico sobre el concepto del servicio, lo que impide saber con exactitud si los farmacéuticos creen poder o no realizar este servicio.

## **Futuro**

Finalmente se aporta un punto de optimismo cuando se opina que la profesión, a pesar de hacerlo lentamente, va evolucionando en el sentido correcto. Cada vez, poco a poco, se dedica menos tiempo a las tareas administrativas y de gestión mientras que las prioridades van cambiando hacia la atención a los pacientes.

*...pienso yo que poquito a poco se va avanzando. No a la velocidad que quisiéramos pero vamos, yo insisto, tú comentabas que el 80% del tiempo era dispensación. Yo creo que para mí, hasta hace unos meses, el 80 era gestión, laboratorios, pedidos, y no me dejaba tiempo para nada. Ahora ya he cambiado un poco, ¿no? Entonces por ahí va un poco el tema.*

---

<sup>3</sup> La Autoeficacia 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. (Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Nueva York: WH Freeman and Company, 1997.)

Se opina también que el futuro, un futuro situado probablemente en el medio plazo, pasa por la realización del seguimiento de los tratamientos por los farmacéuticos comunitarios, si bien se afirma con cierta resignación, que algunos de los presentes no podrán disfrutar de ese día, porque sencillamente “no lo verán”. A pesar de ese cierto pesimismo que se antepone al optimismo anterior, se afirma que la realización de seguimiento farmacoterapéutico es esencial para la profesión.

*Yo estoy de acuerdo con él que no, vamos..., yo siempre digo que yo no lo veré, pero yo estoy convencida que habrá seguimiento farmacoterapéutico, que los farmacéuticos encontraremos ese hueco que no tenemos ahora. Porque de hecho en muchos países están mucho más avanzados que nosotros. Yo no lo veré como profesional, pero creo que al final el farmacéutico sí que se dedicará a esta parte porque creo que es esencial.*

### *5.1.8 Grupo Focal: Matriz contextual de resultados agregados.*

## 5.2.- Resultados del Estudio Cuantitativo

### 5.2.1.- Características sociodemográficas y profesionales de la muestra.

Tabla 9. Descripción de la muestra. Sexo

	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	367	32,33
Mujer	768	67,67

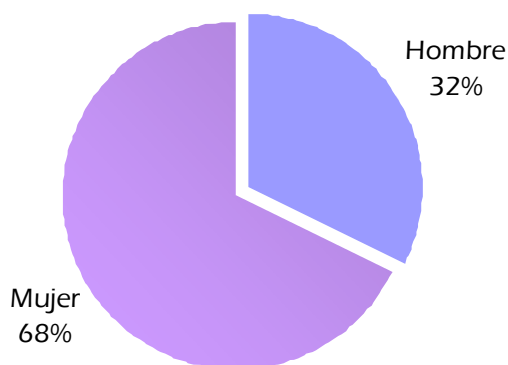
Tabla 10. Descripción de la muestra. Categoría Profesional

	N	%
<b>Categoría Profesional</b>		
Titular	774	68,19
Adjunto	361	31,81

El perfil sociodemográfico de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (67.67%).

En cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados son titulares de la farmacia, 68.19%, frente a un 31.81% de adjuntos.

Sexo de los encuestados



Categoría Profesional

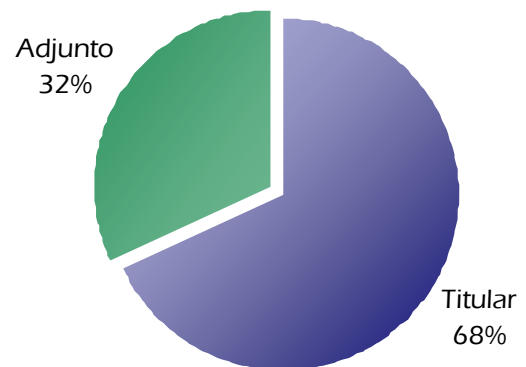


Figura 20. Descripción de la muestra

Error permisible del 8% con un nivel de confianza del 95% y desconociendo la Desviación Estandar **se necesitaran 1135 cuestionarios** en farmacias distribuidas por comunidades autónomas.

Con esto se obtiene la siguiente distribución de la muestra para cada comunidad.

Tabla 11. Distribución de la muestra para cada comunidad.

<b>ESTRATO</b>	<b>INTEGRANTES DEL ESTRATO</b>	<b>SELECCIONAR</b>
<b>Andalucía</b>	3509	194
<b>Aragón</b>	678	37
<b>Asturias</b>	465	26
<b>Cantabria</b>	254	14
<b>Castilla y León</b>	1493	83
<b>Castilla-La Mancha</b>	1110	61
<b>Cataluña</b>	2982	165
<b>Ceuta</b>	23	1
<b>Extremadura</b>	661	37
<b>Galicia</b>	1257	69
<b>Islas Baleares</b>	392	22
<b>Islas Canarias</b>	694	38
<b>La Rioja</b>	142	8
<b>Madrid</b>	2774	153
<b>Melilla</b>	23	1
<b>Murcia</b>	554	31
<b>Navarra</b>	555	31
<b>País Vasco</b>	813	45
<b>Valencia</b>	2158	119
<b>Totales</b>	20537	1135

Tabla 12. Distribución de la muestra para cada comunidad.





















Alternativas de respuestas precodificadas				
	Respuestas	Porcentajes (%)		
		sobre el total	sobre la base	gráfica de la base
ANDALUCÍA	194	17.1 %	17.1 %	
ARAGON	37	3.3 %	3.3 %	
CANARIAS	38	3.3 %	3.3 %	
CANTABRIA	14	1.2 %	1.2 %	
CASTILLA LA MANCHA	61	5.4 %	5.4 %	
CASTILLA LEON	83	7.3 %	7.3 %	
CATALUÑA	165	14.5 %	14.5 %	
CEUTA	1	0.1 %	0.1 %	
COMUNIDAD DE MADRID	153	13.5 %	13.5 %	
COMUNIDAD NAVARRA	31	2.7 %	2.7 %	
COMUNIDAD VALENCIANA	119	10.5 %	10.5 %	
EXTREMADURA	37	3.3 %	3.3 %	
GALICIA	69	6.1 %	6.1 %	
ISLAS BALEARES	22	1.9 %	1.9 %	
LA RIOJA	8	0.7 %	0.7 %	
MELILLA	1	0.1 %	0.1 %	
MURCIA	31	2.7 %	2.7 %	
PAIS VASCO	45	4.0 %	4.0 %	
PRINCIPADO DE ASTURIAS	26	2.3 %	2.3 %	
No sabe	0	0.0 %	0.0 %	
No contesta	0	0.0 %	0.0 %	
<b>Base total</b>	<b>1135</b>			
<b>Filtrados</b>	<b>0</b>	<b>0.0 %</b>		
<b>Total</b>	<b>1135</b>			

Tabla 13. Descripción de la muestra y sociodemográficos

	Si	%	No	%	Perdidos	%
1 Formación en Seguimiento Farmacoterapéutico:	613	54,01	521	45,90	1	0,09
2 ¿Tienen informatizada la gestión de la farmacia (en venta y gestionar stock)?	1123	98,94	12	1,06		
3 Hay adjuntos o auxiliares:	1078	94,98	56	4,93	1	0,09
4 Su farmacia se puede considerar: Rural o Urbana	398	35,07	736	64,84	1	0,09
5 Clientela Habitual o Clientela Estacional/de paso	1005	88,54	129	11,36	1	0,09

El 54% de los encuestados afirman tener formación en SFT y las farmacias se encuentran informatizadas en un 98,94%

El 64,84% de las farmacias encuestadas pertenecían al ámbito rural, frente al 35,07 que dicen pertenecer al Urbano

En cuanto a la clientela, los farmacéuticos encuestados refieren que la mayoría de su clientela es habitual (88.54%)



Tabla 14. Edad media y experiencia profesional de los encuestados.

	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Edad:	44,31	44,00	11,09	21,00	91	35	44	52,00
Años de ejercicio en la farmacia (experiencia profesional):	17,50	15,00	10,85	0,10	60	9	15	25,00
¿Cuántos auxiliares?	1,84	2,00	1,70	0,00	23	1	2	2,00
¿Cuántos adjuntos?	1,17	1,00	1,15	0,00	15	1	1	2,00
¿Cuántos titulares?	1,15	1,00	0,41	1,00	5	1	1	1,00

La edad media de los encuestados es de 44 años (41,3 - 46,9) con una experiencia profesional media de 17,5 años (15,4 – 20,8)

Tabla 15. Distribución por fases en farmacias de farmacéuticos que trabajan solos.

Fase	n	N	%
F0. No Conocen	17	353	4,82%
F1. Conocimiento	17	351	4,84%
F2. Persuasión	10	145	6,90%
F3. Decisión	4	129	3,10%
F4. Implantación	6	100	6,00%
F5. Mantenimiento	2	57	3,51%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>1135</b>	<b>4,93%</b>

Tabla 16. Descripción de las preguntas del Cuestionario

	Si	%	No	%	No sé	%	Perdidos	%
1 ¿Sabes en qué consiste el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)?	822	72,42	313	27,58				
¿Lo conoce como Dispensación activa?(No preguntar, marcar si lo nombra)	5	0,44	817	71,98			313	27,58
2 ¿Tiene una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio?	557	49,07	265	23,35			313	27,58
3 ¿Crees que este sistema es implantable en la práctica diaria de tu farmacia?	471	41,50	335	29,52	16	1,41	313	27,58
4 ¿Te has planteado hacer seguimiento en tu farmacia?	326	28,72	145	12,78			664	58,50
5 ¿Has empezado con algún paciente?	197	17,36	129	11,37			809	71,28
6 ¿Consideras implantado este servicio en tu farmacia?	102	8,99	91	8,02	4	0,35	938	82,64
7 ¿Documentas o registras esta actividad?	62	5,46	40	3,52			1033	91,01
8 ¿Has evaluado la actividad?	31	2,73	31	2,73			1073	94,54
9 En la actualidad sigue realizando Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia	61	5,37	1	0,09			1073	94,54
11 En su farmacia hay algún responsable encargado de la realización del Seguimiento	57	5,02	4	0,35			1074	94,63

El 72% de los encuestados dice conocer en que consiste el SFT, pero solo el 49% tiene una zona de atención adecuada.

El 41% cree que esta práctica es implantable en su farmacia.

Tabla 17. Situación de las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers

Fase	N	%
F0. No Conocen	353	31,10%
F1. Conocimiento	351	30,93%
F2. Persuasión	145	12,78%
F3. Decisión	129	11,37%
F4. Implantación	100	8,81%
F5. Mantenimiento	57	5,02%
<b>Total</b>	<b>1135</b>	<b>100,00</b>

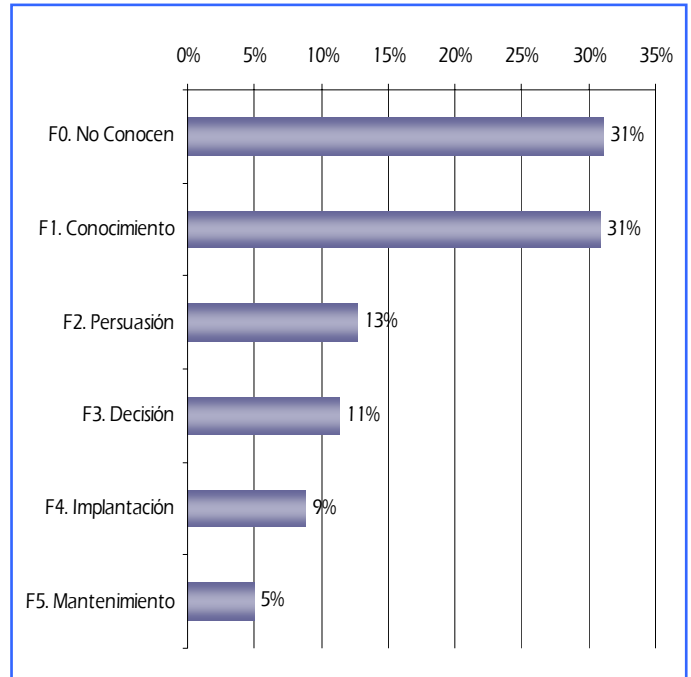


Figura 21. Situación de las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers.

Según se obtiene del cuestionario más del 60% de las farmacias encuestadas se encuentran en las fase 0 y 1, mientras que solo un 5% está en fase de mantenimiento.

Tabla 18. Fases del Mantenimiento.

	N	%	% implant.
<b>Estado de mantenimiento de SFT</b>			
M1	15	1,32	25,86
M2	12	1,06	20,69
M3	10	0,88	17,24
M4	10	0,88	17,24
M5	4	0,35	6,90
M6	6	0,53	10,34
Perdidos	1077	94,89	

### 5.2.2.- Análisis Bivariante

Comunidad Autónoma por Fase

Tabla 19. Porcentaje de cada comunidad en cada fase

Comunidad	F0. No Conocen		F1. Conocimiento		F2. Persuasión		F3. Decisión		F4. Implantación		F5. Mantenimiento	
		%		%		%		%		%		%
Andalucía	75	38,27%	56	28,57%	21	10,71%	23	11,73%	18	9,18%	3	1,53%
Aragón	10	27,03%	8	21,62%	6	16,22%	1	2,70%	7	18,92%	5	13,51%
Canarias	11	28,95%	11	28,95%	7	18,42%	4	10,53%	5	13,16%	0	0,00%
Cantabria	7	50,00%	4	28,57%	2	14,29%	1	7,14%	0	0,00%	0	0,00%
Castilla la mancha	21	34,43%	15	24,59%	8	13,11%	9	14,75%	5	8,20%	3	4,92%
Castilla León	17	20,48%	26	31,33%	14	16,87%	9	10,84%	7	8,43%	10	12,05%
Cataluña	47	28,48%	52	31,52%	22	13,33%	24	14,55%	10	6,06%	10	6,06%
Comunidad Madrid	53	34,64%	48	31,37%	20	13,07%	16	10,46%	11	7,19%	5	3,27%
Comunidad Navarra	12	38,71%	9	29,03%	5	16,13%	2	6,45%	2	6,45%	1	3,23%
Comunidad Valenciana	42	35,29%	35	29,41%	11	9,24%	12	10,08%	13	10,92%	6	5,04%
Extremadura	11	29,73%	12	32,43%	4	10,81%	4	10,81%	2	5,41%	4	10,81%
Galicia	19	27,54%	23	33,33%	7	10,14%	9	13,04%	8	11,59%	3	4,35%
Islas Baleares	5	22,73%	12	54,55%	1	4,55%	2	9,09%	0	0,00%	2	9,09%
La rioja	1	12,50%	3	37,50%	2	25,00%	1	12,50%	1	12,50%	0	0,00%
Murcia	12	38,71%	4	12,90%	5	16,13%	3	9,68%	4	12,90%	3	9,68%
País vasco	5	11,11%	19	42,22%	9	20,00%	5	11,11%	5	11,11%	2	4,44%
Principado de Asturias	5	19,23%	14	53,85%	1	3,85%	4	15,38%	2	7,69%	0	0,00%
<b>España</b>	<b>353</b>	<b>31,1%</b>	<b>351</b>	<b>30,9%</b>	<b>145</b>	<b>12,8%</b>	<b>129</b>	<b>11,4%</b>	<b>100</b>	<b>8,8%</b>	<b>57</b>	<b>5,0%</b>

Esta tabla representa el porcentaje de cada comunidad en cada fase. Los valores **máximos** y **mínimos** por cada fase están señalados en ella.

La comunidad de Aragón es donde existe mayor porcentaje de Farmacias en fase de Implantación y Mantenimiento. En el otro extremo se encuentra la comunidad Cántabra con un 50% de farmacias encuestadas que desconocen el Seguimiento Farmacoterapéutico. En todas las comunidades, más del 65% de las farmacias se distribuye entre las 3 primeras fases.

### Porcentaje de Farmacias en Fase 0

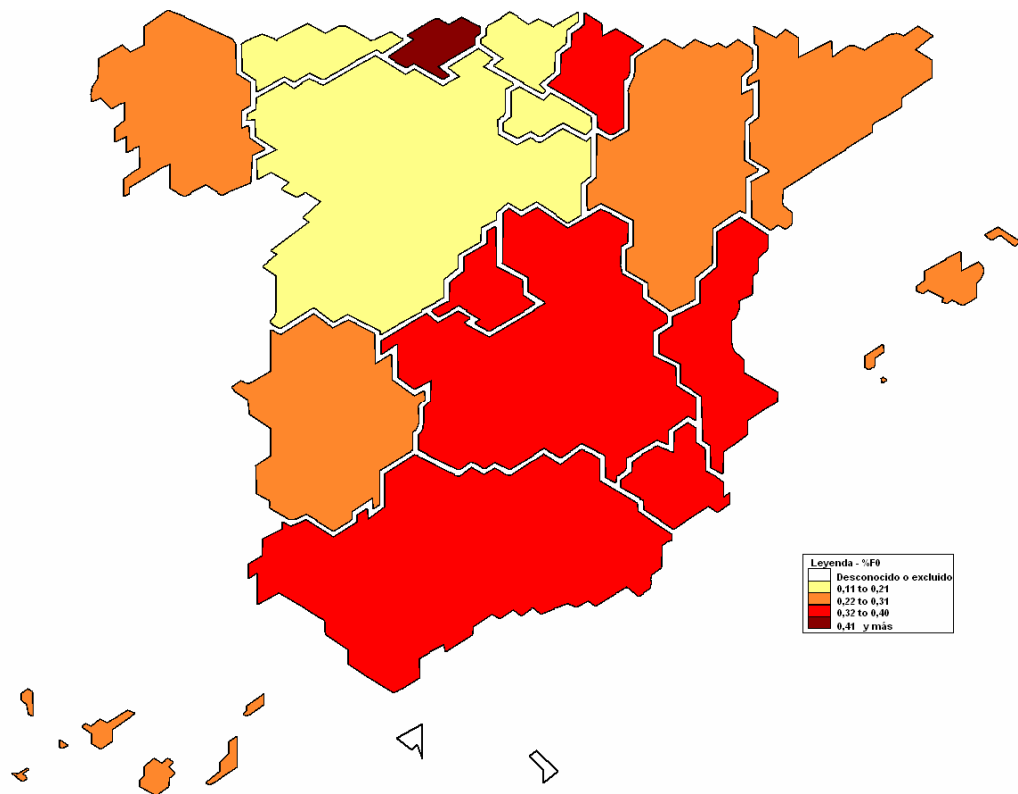


Figura 22. Porcentaje de Farmacias en Fase 0

### Porcentaje de Farmacias en Fase 1

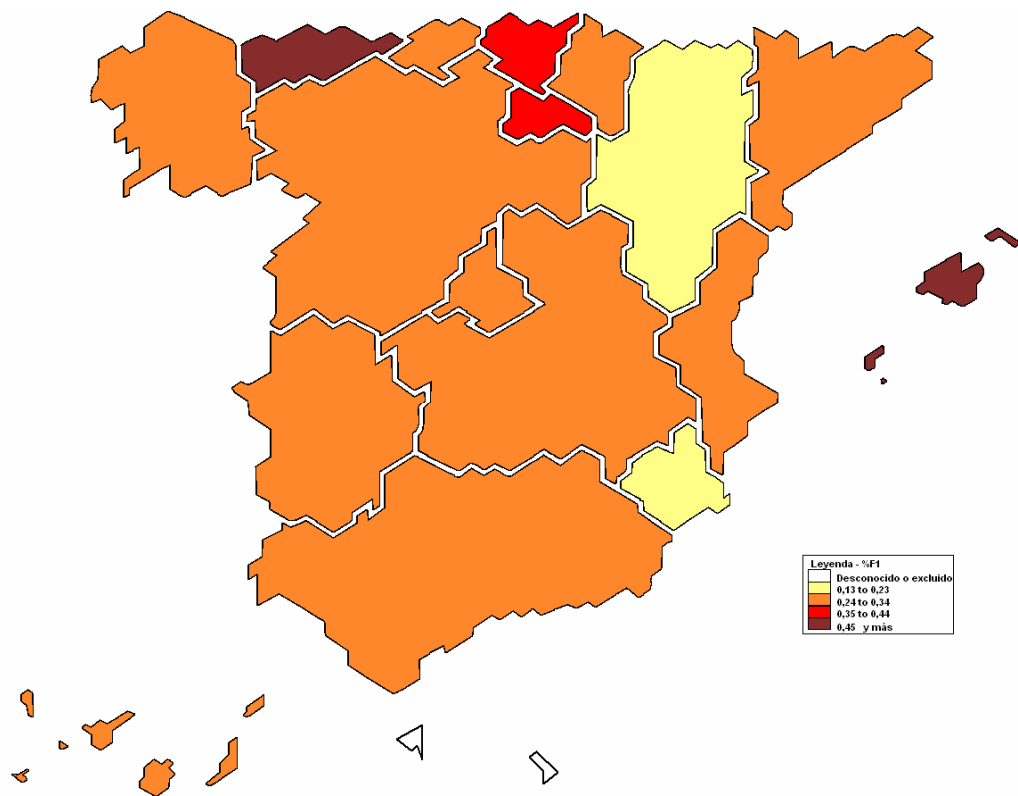


Figura 23. Porcentaje de Farmacias en Fase 1

### Porcentaje de Farmacias en Fase 2

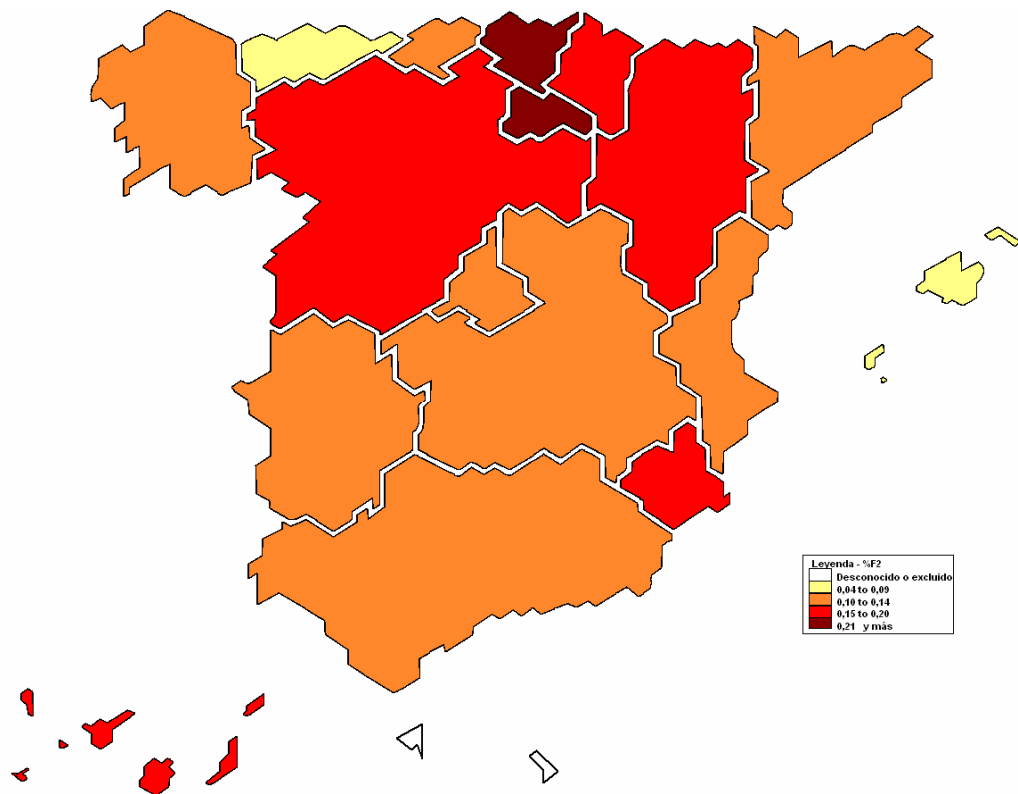


Figura 24. Porcentaje de Farmacias en Fase 2

### Porcentaje de Farmacias en Fase 3

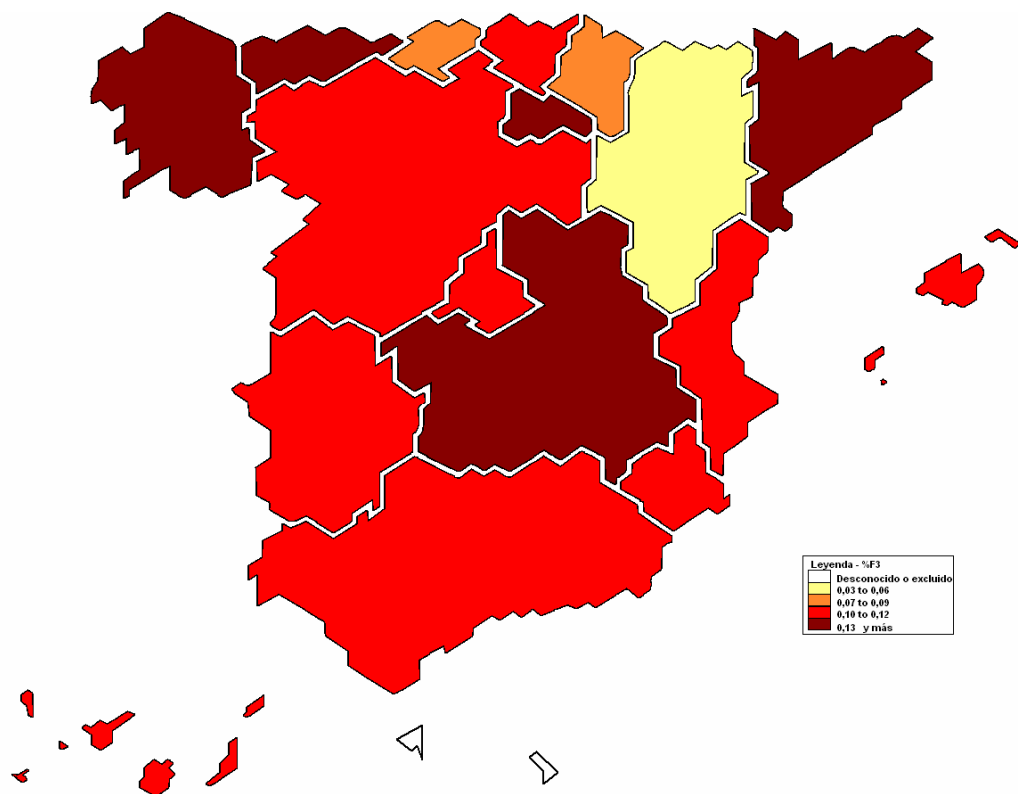


Figura 25. Porcentaje de Farmacias en Fase 3

### Porcentaje de Farmacias en Fase 4

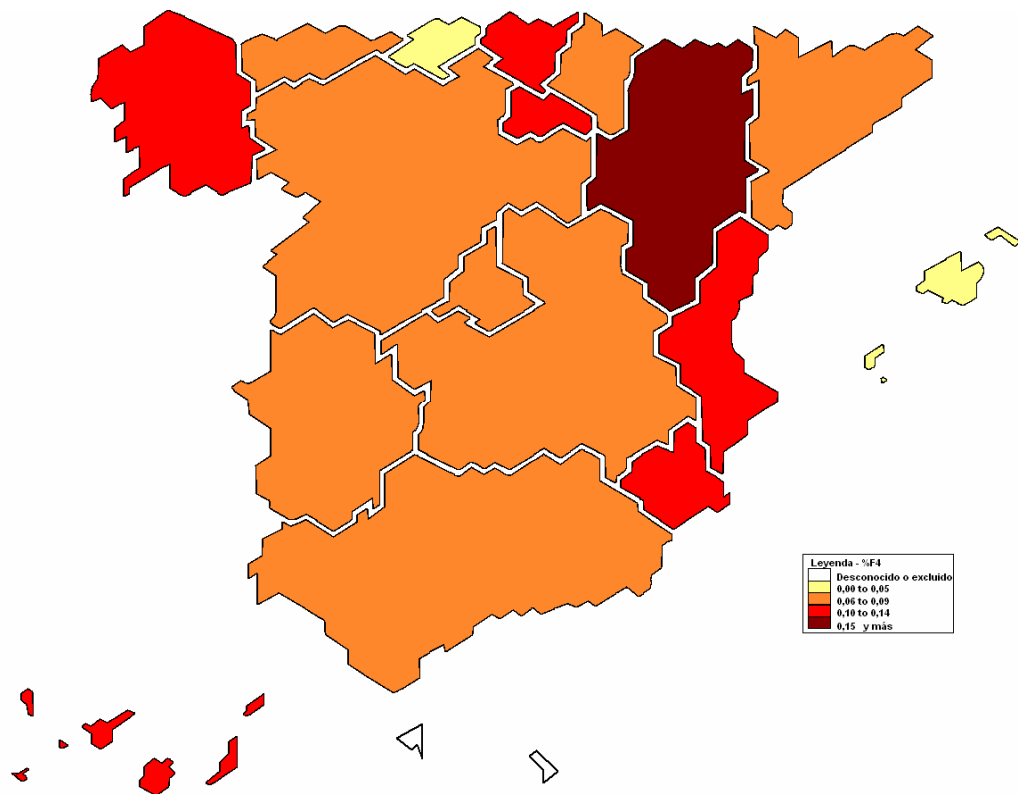


Figura 26. Porcentaje de Farmacias en Fase 4

### Porcentaje de Farmacias en Fase 5

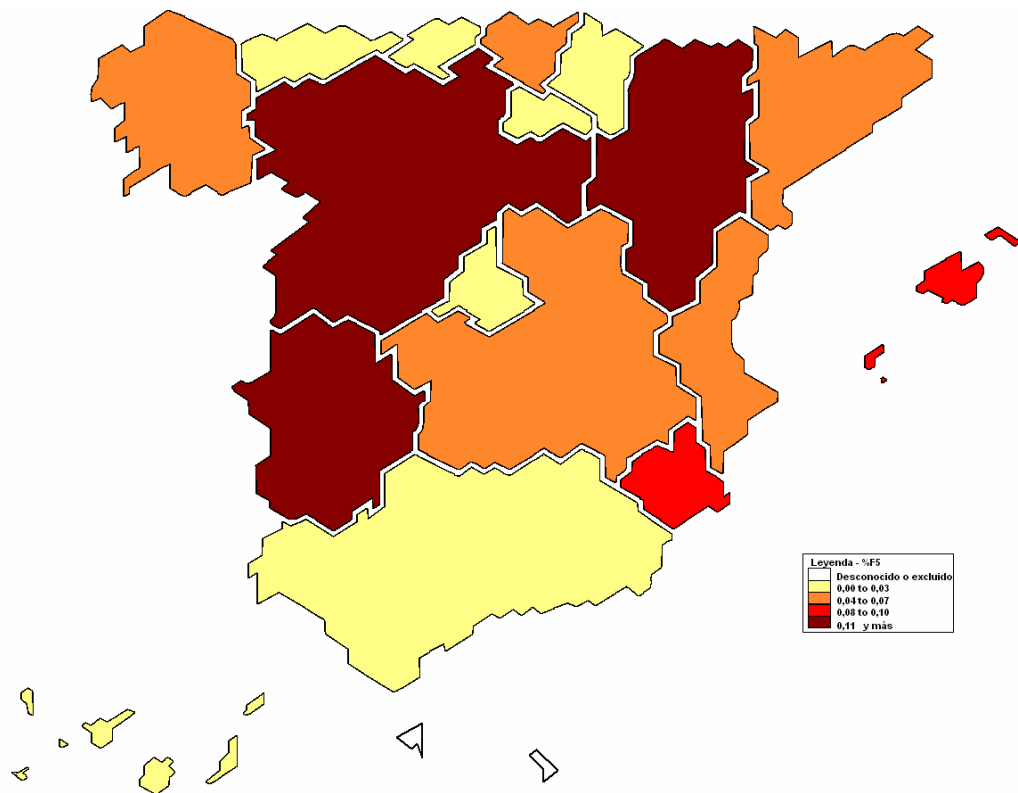


Figura 27. Porcentaje de Farmacias en Fase 5

### 5.2.2.1 Variables analizadas en relación a las fases

Tabla 20. ¿Tiene una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio?

	F0. NC	%	F1. C	%	F2. P	%	F3. D	%	F4. I	%	F5. M	%
Sí	32	5,7%	206	37,0%	93	16,7%	83	14,9%	88	15,79%	55	9,87%
No	8	3,0%	145	54,7%	52	19,6%	46	17,4%	12	4,50%	2	0,80%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>4,9%</b>	<b>351</b>	<b>42,7%</b>	<b>145</b>	<b>17,6%</b>	<b>129</b>	<b>15,7%</b>	<b>100</b>	<b>12,16%</b>	<b>57</b>	<b>6,93%</b>

Los resultados obtenidos arrojan que el tener una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio es significativamente diferente de no tenerla. Es decir, que esta zona facilita la realización del SFT, como por otra parte cabría esperar. Estos resultados se contrastan mediante el test de hipótesis Chi-cuadrado, el cual arroja un nivel de significación  $p=0,000$ .

Tabla 21. Descripción de las 2 farmacias sin ZAP que están en F5. Mantenimiento

Nº actual de pacientes en seguimiento	Estado de mantenimiento de SFT	Existe en la farmacia algún responsable del Seguimiento
10	M2	Sí
15	M3	No

Tabla 22. Existe en la farmacia algún responsable del seguimiento

	F4. Implantación	%	F5. Mantenimiento	%	Total
Sí	4	7,0%	53	93,0%	<b>57</b>
No	0	0,0%	4	100,0%	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6,60%</b>	<b>57</b>	<b>93,40%</b>	<b>61</b>

En el 93,4% de las farmacias que se encuentran en fase 4 o 5, existe un responsable del seguimiento.



	F0. No Conocen	%	F1. Conocimiento	%	F2. Persuasión	%	F3. Decisión	%	F4. Implantación	%	F5. Mantenimiento	%
Estacionales o de paso	41	31,78%	54	41,86%	14	10,85%	9	6,97%	7	5,42%	4	3,10%
Habituales	311	30,94%	297	29,52%	131	13,03%	120	11,94%	93	9,25%	53	5,27%
<b>Totales</b>	<b>352</b>	<b>31,04%</b>	<b>351</b>	<b>30,95%</b>	<b>145</b>	<b>12,79%</b>	<b>129</b>	<b>11,38%</b>	<b>100</b>	<b>8,82%</b>	<b>57</b>	<b>5,03%</b>

Tabla 23. Situación de la farmacia según el tipo de cliente

Existen diferencias estadísticas significativas entre la fase en la que se encuentra una farmacia y el tipo de clientela que tiene. Parece que tener una clientela habitual facilita la realización del SFT, como por otra parte parece lógico ( $p=0.04$ )

Tabla 24. Como podríamos considerar su farmacia

	F0. No Conocen	%	F1. Conocimiento	%	F2. Persuasión	%	F3. Decisión	%	F4. Implantación	%	F5. Mantenimiento	%
Urbana	228	30,98%	237	32,20%	93	12,64%	80	10,87%	63	8,56%	35	4,76%
Rural	124	31,16%	114	28,64%	52	13,07%	49	12,31%	37	9,30%	22	5,53%
<b>Totales</b>	<b>352</b>	<b>31,04%</b>	<b>351</b>	<b>30,95%</b>	<b>145</b>	<b>12,79%</b>	<b>129</b>	<b>11,38%</b>	<b>100</b>	<b>8,82%</b>	<b>57</b>	<b>5,03%</b>

No existen diferencias significativas entre la consideración de la farmacia según su ámbito de ubicación, es decir, las diferencias que se observan en las fases del SFT podrían deberse al azar

Tabla 25. Situación de la farmacia según la formación en SFT

	F0. No Conocen	%	F1. Conocimiento	%	F2. Persuasión	%	F3. Decisión	%	F4. Implantación	%	F5. Mantenimiento	%
Si	102	16,64%	213	34,75%	82	13,38%	86	14,03%	82	13,38%	48	7,83%
No	251	48,18%	137	26,30%	63	12,09%	43	8,25%	18	3,45%	9	1,73%
	353	31,04%	350	30,95%	145	12,79%	129	11,38%	100	8,82%	57	5,03%

Existen diferencias estadísticas significativas entre la fase en la que se encuentra una farmacia y que los profesionales tengan formación en SFT. Los farmacéuticos con formación en SFT se ubican en fases más elevadas de implantación ( $p=0.000$ )

**Otros Factores analizados y que en el análisis bivalente que no influyen son:**

Tabla 26. Otros Factores analizados

Factor	P	Sig
Nº de Habitantes. Población	0.552	N.S
Hay Adjuntos o Auxiliares	0.751	NS

### 5.2.3. Análisis de Regresión Logística

Se realizó un análisis de regresión logística ordinal, pero solo se obtiene como único factor relevante la formación. Este tipo de modelo estadístico es complejo y difícil de explicar.

Por tanto, se ha intentado identificar los factores más influyentes para que los farmacéuticos pasen de una fase a otra.

Para ello, y debido a que la variable dependiente debe ser dicotómica, se unifican los datos de fase en 3.

- 1= Fase 0. No conocen
- 2= Fase 1, 2, 3. Conocen
- 3= Fase 4, 5. Implantan

No consideraremos aquellos encuestados que indican No Conocer el SFT, por lo que trabajaremos con el resto. Por un lado tenemos aquellos que Conocen el SFT (en distintos grados) y por otro los que Implantan este servicio en sus farmacias. El objetivo es identificar qué factores de los recogidos en la encuesta tienen una mayor influencia para que un farmacéutico pase de la fase de conocimiento a la de implantación y además vamos a cuantificar esa influencia mediante Odds Ratios o Razón de ventajas de una categoría con respecto a otra.

Además de esta recodificación de la variable dependiente (Fase), hemos recodificado las siguientes variables independientes dividiendo por la media las variables numéricas en 2 categorías.

Edad:

- <= 44 años
- > 44 años

Años Experiencia:

- <=17 años
- > 17 años

Tabla 27. Factores asociados con la situación del farmacéutico en las fases de implantación del SFT. Factores que determinan el motivo por el que se encuentran en las fases 1, 2, 3 o pasan a las fases 4, 5

				ANÁLISIS BIVARIANTE		ANÁLISIS MULTIVARIANTE (1)	
Variable		Fase(1.2.3)	Fase(4,5)	OR	Valor P	OR	Valor P
Tiene zona semiprivada	Sí	382	143	6.49	0.000	5.15	0.000
	No	243	14	1.00		1.00	
Formación SFT	Sí	381	130	3.07	0.000	2.20	0.001
	No	243	27	1.00		1.00	
Sexo	Hombres	186	63	1.59	0.013	1.52	0.031
	Mujeres	439	94	1.00		1.00	
Experiencia	<= 17 años	347	77	1.00		1.00	
	> 17 años	275	80	1.31	0.130	1.62	0.107
Edad	<= 44 años	319	79	1.05	0.785	1.52	0.161
	> 44 años	300	78	1.00		1.00	
Mayoría Clientes	Habitual	548	146	1.86	0.063	1.59	0.186
	No Habitual	77	11	1.00		1.00	

(1) R<sup>2</sup> de Nagelkerke: 0.161

Significación del test de Hosmer-Lemeshow: 0.907

En el análisis bivariante destacan el tener una Zona semiprivada como factor más relevante a la hora de implantar el SFT, siendo esta ventaja de 6,5 veces frente a las farmacias que no disponen de este espacio.

Por supuesto, tener formación en SFT también es un factor que influye en más de 3 veces sobre aquellos que no tienen esta formación.

El último factor significativo que encontramos en el análisis inicial es el sexo de los farmacéuticos. Parece que los hombres tienen una predisposición mayor que las mujeres a incluir este servicio en sus farmacias. En concreto los hombres tienen un 59% más de probabilidades de pasar a las fases 4 y 5 que las mujeres.

El resto de variables que se analizaron no presentaron significación estadística, ni sirvieron para construir el modelo multivariante. Este modelo se ha construido intentado contemplar una funcionalidad predictiva como explicativa, por lo que hemos mantenido en el modelo algunas variables cuyos niveles de significación superan el mínimo marcado para estas pruebas, pero nos parecían interesantes como causas de pasar de unas fases a otras. Los coeficientes del análisis multivariante se ajustan a igualdad del resto de las variables incluidas en el modelo.

De esta forma y según los resultados de las encuestas realizadas, una farmacia que tenga zona semiprivada tendrá 5 veces más posibilidades de estar en las fases 4 o 5, a igualdad del resto de variables.

Con estas explicaciones y los coeficientes que se obtienen del análisis de regresión logística multivariante, podríamos identificar que farmacias serían las que tendrían una mayor posibilidad de estar en las fases de Implantación y Mantenimiento. Esta farmacia sería una en la que la clientela fuera habitual (59% más probable que una farmacia con clientela esporádica), con Zona Semiprivada (5 veces). En cuanto al farmacéutico, este sería Hombre (59% más posibilidad que las Mujeres), con formación en SFT (2.2 veces). Menor de 44 años (62% de ventaja sobre los mayores de 44 años) y más de 17 de años de experiencia (52% de ventaja sobre los que tienen menos de 17 años de experiencia).

En nuestra población de estudio solo cumplen estas condiciones 3 farmacias, que además no están ya en las fases de Implantación y Mantenimiento.

Tabla 28. Fases F1, F2 y F3

Id_Contacto	Fase
167245	F1. Conocimiento
184301	F2. Persuasión
182158	F3. Decisión

Tal y como ocurría en el análisis bivalente, las variables más significativas serían las mismas explicadas (Sexo, Zona, Formación). A riesgo de perder algo de validez en el modelo de regresión, se han localizado todas las farmacias que cumplen las 3 primeras condiciones del modelo y que no se encuentran ya en las fases 4 y 5, puesto que ellas serían las más factibles para avanzar en la implantación del SFT (Hombre con formación en SFT y Zona semiprivada en la farmacia).

Tabla 29 Farmacias con un mejor diagnóstico de avance de fase por Comunidades

Comunidad Autónoma	Farmacias con perfil para avanzar de fase	Farmacias en fase 0 a 3	% de mejora cercano
Andalucía	14	175	8,0%
Aragón	1	25	4,0%
Asturias	4	24	16,7%
Cantabria	-	14	0,0%
Castilla y León	10	66	15,2%
Castilla-La Mancha	7	53	13,2%
Cataluña	11	145	7,6%
Extremadura	2	31	6,5%
Galicia	5	58	8,6%
Islas Baleares	2	20	10,0%
Islas Canarias	3	33	9,1%
La Rioja	2	7	28,6%
Madrid	8	137	5,8%
Murcia	2	24	8,3%
Navarra	2	28	7,1%
País Vasco	7	38	18,4%
Valencia	10	100	10,0%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>978</b>	<b>9,2%</b>

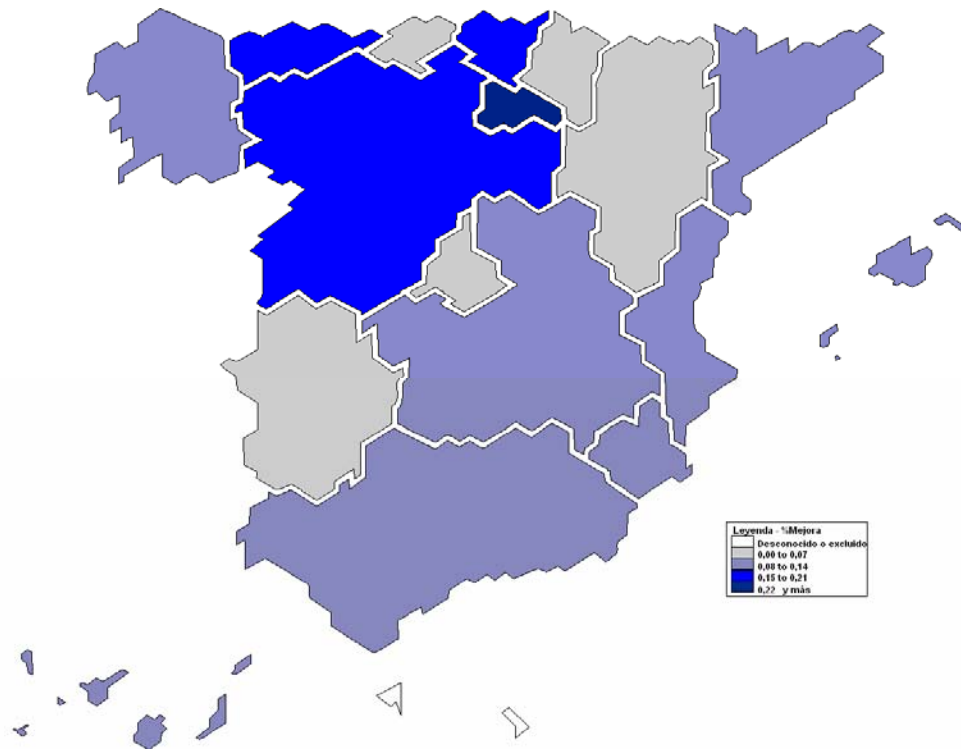


Figura 28. Fase por Comunidades

#### 5.2.4. Validez de modelo

Grado en el que las predicciones coinciden con las observaciones

##### Calibración

Se evalúa el grado en que la probabilidad predicha coincide con la observada a través de la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow

Este test compara los valores observados (nº sujetos con y sin el suceso) con los esperados (predicciones del modelo ajustado) en las 10 categorías formadas a partir de los deciles de la probabilidad predicha y tanto para sujetos que tienen el suceso como para los que no.

Si la prueba es significativa ( $<0.05$ ) existe falta de ajuste del modelo a los datos. En nuestro caso esta prueba no es significativa, puesto que el valor es de 0.907, lo que indica que el ajuste es bastante bueno

## Discriminación

Evaluar el grado en que el modelo distingue entre individuos en los que ocurre el evento y los que no (poder predictivo del modelo).

Se comprueba a través de la tabla de clasificación y la prueba área bajo la Curva ROC:

- o Si la prueba es significativa el modelo discrimina bien entre eventos y no eventos.
- o El valor Área es el poder de discriminación del modelo (aceptable >70%).

Tabla 30. Tabla de clasificación Área Bajo la Curva

Área	Error Tip.(a)	Sig. Asint(b)	IC 95% LS	C 95% LS
0.724	0.021	0.000	0.683	0.764

El área bajo la curva es del 72,4% siendo este resultado significativo por lo que concluimos que el modelo discrimina de forma adecuada entre los sujetos

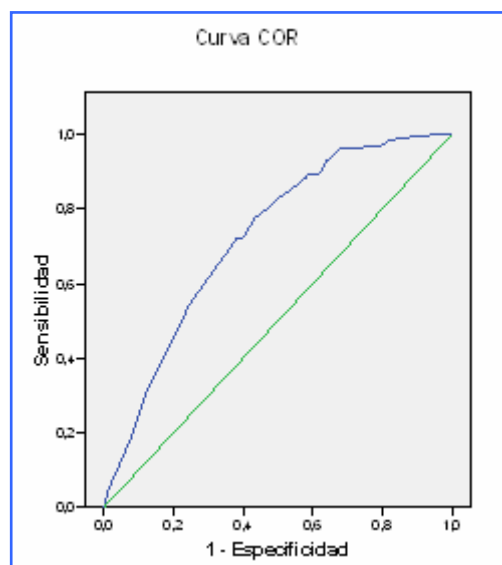


Figura 29. Prueba área bajo la Curva ROC:



En resumen, para conseguir la muestra de 1.135 respuestas se realizaron un total de 2.093 llamadas diferentes, lo que supone una tasa de respuesta del 54%. En el anexo G3, se muestra la distribución geográfica de la muestra por CCAA.

El perfil sociodemográfico de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (67.7%), mientras que en cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados son titulares de la farmacia (68.2%) frente a un 31.8% de adjuntos. Tan sólo un 4.9% de los entrevistados (n=55) trabaja solo, en farmacias en las que no hay ni auxiliares ni otros farmacéuticos adjuntos. En este grupo, el 14,5% (n=8) se encontraba en las fases de Implantación (n=6; 10,9%) o en Mantenimiento (n=2; 3,6%).

La edad media de los encuestados es de 44,3 años (41,3-46,9) con una experiencia profesional media de 17,5 años (15,4-20,8). El 54,0% de los encuestados afirman tener formación en SFT. Las farmacias se encuentran informatizadas en casi el 100% de los casos (98,9%).

El 64,8% de las farmacias encuestadas pertenecen al ámbito rural, frente al 35,2% que dicen pertenecer al urbano. Los farmacéuticos encuestados refieren que la mayoría de su clientela es habitual (88,5%) frente al 11,5% de clientes estacionales o de paso.

La situación de las farmacias en relación con las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers, incluyendo las sub-categorías en la fase de Mantenimiento, se muestra en la tabla 31.

FASES		NÚMERO N=1.135	%
No conocen	(F-NC)	353	31,1%
Conocimiento	(F-C)	351	30,9%
Persuasión	(F-P)	145	12,8%
Decisión	(F-D)	129	11,4%
Implantación	(F-I)	100	8,8%
Mantenimiento	(F-M) Total	57	5,0%
	F-M1 (2 – 5)	15	26,3%
	F-M2 (6 – 10)	12	21,1%
	F-M3 (11 – 25)	10	17,5%
	F-M4 (26 – 50)	10	17,5%
	F-M5 (51 – 100)	4	7,0%
	F-M6 ( $\geq 101$ )	6	10,5%

Tabla 31. Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers

Casi una tercera parte de los entrevistados desconocían el significado del SFT y más del 60% de las farmacias encuestadas se encuentran en las fases iniciales, tanto la previa de “anterior al conocimiento” como la del conocimiento. Sólo un 5% está en fase de mantenimiento.

El resultado del análisis bivalente relacionando los porcentajes de respuestas en las distintas fases del proceso de decisión-innovación y las comunidades autónomas, se muestra en el Anexo G4. (Análisis Bivalente. Los valores máximos y mínimos por cada fase están señalados en ella. Comunidad Autónoma y Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers.) La comunidad de Aragón es donde existe mayor porcentaje de Farmacias en fase de Implantación y Mantenimiento. En el otro extremo se encuentra la comunidad Cantabria con un 50% de farmacias encuestadas que desconocen el significado del SFT, siendo además la única con un 0% en las F-I y F-M. También se observa un 0% en F-M en Asturias, Canarias y La Rioja.

En el 36,3% de las farmacias que se encuentran en F-I o F-M, existe un responsable del seguimiento. Entre ellas, había 4 farmacias de la fase de Implantación (4,0%) y 53 en la de Mantenimiento (93,0%)

Tabla 32. Existencia de zona semi-privada adecuada para la realización del servicio.

	SI	%	NO	%
No conocen	32	5.7%	8	3.0%
Conocimiento	206	37.0%	145	54.7%
Persuasión	93	16.7%	52	19.6%
Decisión	83	14.9%	46	17.4%
Implantación	88	15.8%	12	4.5%
Mantenimiento	55	9.9%	2	0.8%
Perdidos = 313				

Los resultados obtenidos muestran que el tener una zona semi-privada adecuada para la realización del servicio (ZAP) es significativamente diferente de no tenerla. Estos resultados se contrastan mediante el test de hipótesis Chi-cuadrado, el cual arroja un nivel de significación  $p=0,000$ . (Tabla 32). Hay dos farmacias que no tienen ZAP y que se encuentran en la fase de mantenimiento, una con 10 pacientes y la otra con 15.

Tabla 33. Tipo de farmacia en función de su ubicación: urbana o rural

	URBANA	%	RURAL	%
<b>No conocen</b>	228	31.0%	124	31.2%
<b>Conocimiento</b>	237	32.2%	114	28.6%
<b>Persuasión</b>	93	12.6%	52	13.1%
<b>Decisión</b>	80	10.9%	49	12.3%
<b>Implantación</b>	63	8.6%	37	9.3%
<b>Mantenimiento</b>	35	4.7%	22	5.5%
<b>Perdidos = 1</b>				

No existen diferencias significativas entre la consideración de la farmacia según su ámbito de ubicación, es decir, las diferencias que se observan en las fases del SFT podrían deberse al azar (Tabla 33)

Tabla 34. Tipo de farmacia en función de sus características: habitual o de paso

	ESTACIONAL /DE PASO	%	HABITUAL	%
No conocen	41	31.8%	311	31.0%
Conocimiento	54	41.9%	297	29.5%
Persuasión	14	10.8%	131	13.0%
Decisión	9	7.0%	120	11.9%
Implantación	7	6.4%	93	9.2%
Mantenimiento	4	3.1%	53	5.3%
Perdidos = 1				

Por el contrario, sí se han encontrado diferencias estadísticas significativas entre la fase en la que se encuentra una farmacia y el tipo de clientela que tiene. ( $p=0.04$ ) (Tabla 34)

Tabla 35. Situación de la farmacia según la formación

	N C	%	F-C	%	F-P	%	F-D	%	F-I	%	F-M	%
SI	102	16,64%	213	34,75%	82	13,38%	86	14,03%	82	13,38%	48	7,83%
No	251	48,18%	137	26,30%	63	12,09%	43	8,25%	18	3,45%	9	1,73%
Total	353	31,04%	350	30,9%%	145	12,79%	129	11,38%	100	8,82%	57	5,03%
Perdidos = 1												

También se encuentran diferencias descriptivas entre la fase en que se sitúa una farmacia y el hecho de que los profesionales tengan formación en SFT, (Tabla 35), siendo estos últimos los que se ubican en fases más elevadas de implantación-mantenimiento.(Figura 30). Las filas etiquetadas con el "Si" en dicha tabla, incluye los farmacéuticos que afirman haber recibido algún tipo de formación sobre SFT mientras que el "NO" indica lo contrario.

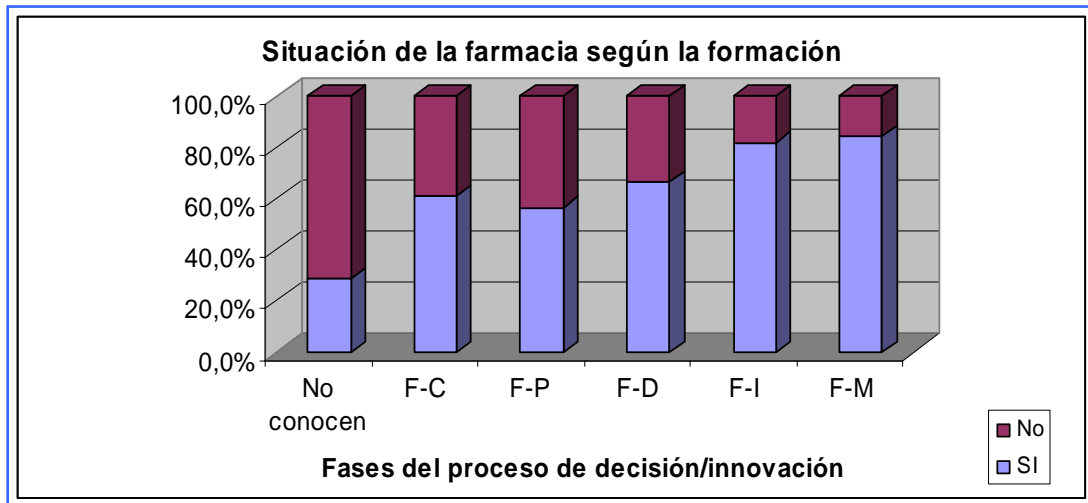


Figura 30. Porcentajes de formación en SFT, en cada una de las fases. (Si: el farmacéutico afirma haber recibido formación; NO: el farmacéutico afirma no haber recibido formación.)



## Discusión del Estudio

---





## 06.- Discusión. Estudio

### 6.1.- Discusión. Estudio Cualitativo

Para la realización del apartado Discusión del estudio cualitativo se ha seguido el orden que marca el marco teórico escogido, el *I-Change model*.

#### **Concepto de AF**

##### **A. CONCEPTOS**

###### **a) Definición AF**

La falta de conocimiento sobre los diferentes conceptos y procedimientos relacionados con la AF ha sido descrita en diferentes estudios como una de las barreras que impiden la implantación de los diferentes servicios de AF.<sup>41,90</sup> En España, a pesar del esfuerzo de diferentes organizaciones relacionadas con la AF como la SEFAC, el Grupo de Investigación en AF de la Universidad de Granada, la Fundación Pharmaceutical Care España o el propio Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, que han alcanzado un importante Consenso en estos aspectos,<sup>132,10,12</sup> , los últimos estudios siguen mostrando una falta clara de comprensión del concepto mismo de AF y de los diferentes servicios que ésta comprende.<sup>133,83</sup>

Se afirma que entre los usuarios de la farmacia existe un importante desconocimiento sobre el concepto *“farmacia”*; los participantes comentan que para la inmensa mayoría de los pacientes que visitan una oficina de farmacia este establecimiento no está relacionado con la definición *“de establecimiento donde te pueden asesorar de salud”* (Apto. 15. G.F Innovadores) que es como los farmacéuticos describen su farmacia.

*Hay mucho desconocimiento conceptual y metodológico sobre el concepto del servicio. (G.F Congreso)*

*“Se recuerda que una venta de un medicamento, sin ninguna información adicional no puede considerarse una dispensación”. (G.F Congreso)*

Un hallazgo generalizado durante la realización de los diferentes grupos focales es que los farmacéuticos no conocen ni el significado real del concepto Atención Farmacéutica ni el del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Ya los farmacéuticos del G.F de farmacéuticos innovadores son conscientes de ese problema y comentan que los compañeros desconocen el significado de AF, lo que es evidente en las promociones que reflejan en sus farmacias con anuncios como:

***"AF en fotoprotección, dos solares por uno"***

(apto.1.G.F de innovadores)

Algunos afirman que al realizar una dispensación según los procedimientos consensuados, es decir, bien protocolizada, se está, de hecho, realizando un seguimiento de los tratamientos.

***"Equiparan el seguimiento farmacoterapéutico como parte de la dispensación, como si ambos servicios fueran lo mismo o uno continuación del otro".*** (G.F

Congreso)

Para otros, como es el caso del G.F. de farmacéuticos rurales el "SFT consiste en controlar lo que los médico prescriben". Se pone como ejemplo, un paciente diabético al que el médico le prescribe un jarabe con glucosa, y como el farmacéutico se acuerda de su enfermedad y cambia la prescripción médica por un jarabe sin glucosa. (apto.2. G.F Rurales)

***"La Atención farmacéutica...Es el conocimiento..."***(apto.1. G.F Rurales)

Incluso, en el Grupo Triangular de los farmacéuticos comerciales, la AF se entiende como SFT para detectar errores. (apto.6. G.F Comerciales). El tradicional consejo farmacéutico se incluye en la definición de AF (apto.3. G.F Comerciales). Y en el caso de tomar la tensión también se consideraba AF ***"Desde que venía un cliente, una persona mayor... se sentaba en la sillita y me tenía media hora con las cubetas para colocar y que le tome la tensión... el pulso... para mí ya era atención farmacéutica"***.(apto.2. G.F Comerciales)

En este sentido se afirma que *"la denominación de AF está un tanto devaluada ya que se utiliza para conceptualizar diferentes actividades"*. Incluso se manifiesta que todas aquellas actividades que son diferentes a la pura venta, o según palabras textuales *"es simplemente hacer las cosas bien"*. También se habla de que la AF incluye diferentes servicios entre los que se puede incluir la realización de cribados o detección de pacientes ocultos; la *"detección precoz de enfermedades"* que no están definidas dentro de los servicios de AF, sino más bien dentro de actividades que corresponden al área de la Salud Pública.

Resulta curioso observar que los participantes en el grupo focal del VI Congreso de AF se autodefinían como **"no representativos del colectivo farmacéutico"** ya que se suponían más interesados e implicados en la nueva orientación de la Farmacia Comunitaria, y por tanto mejor conocedores de estos aspectos. Sin embargo, ellos mismos la definían con vaguedades como *"es todo lo que no es vender"*, *"todo lo añadido a la venta, en general"* o *"yo creo que es hacer las cosas bien"*. También se hablaba de **"dispensación activa"** como si pudiera existir alguna Dispensación que no lo fuera<sup>134</sup>, y se utilizaban como sinónimos tanto el concepto general de AF como la denominación del servicio de SFT (Yo cuando digo que es difícil hacer atención farmacéutica, me estoy refiriendo al seguimiento), cuando hoy está aceptado que el SFT es un servicio de los que conforman la AF.<sup>132,10</sup>

No obstante son bastantes los farmacéuticos que cuando hablan de AF hacen solo referencia al SFT. Y en algunos casos su utilización no es la correcta. *"AF se está refiriendo a "dispensación activa, la indicación farmacéutica o la educación para la salud. Yo cuando hablo de que en la farmacia nuestra hacemos atención farmacéutica, hacemos una dispensación activa, con unos papelitos que pegamos en las cajitas, donde viene la dosificación, viene para qué es el medicamento, como tomarlo y cuantos días dura el tratamiento."* (G.F Congreso)

Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FORO AF-FC) define el servicio de SFT como *“el servicio profesional que tienen como objetivo la detención de PRM para la prevención y resolución de 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 paciente.”*<sup>135</sup>

En el transcurso de los años son muchas las investigaciones que se han realizado acerca de la implantación del servicio de SFT, en las que se habla de la necesidad de documentar este servicio<sup>136,137,138,139,140</sup> y la importancia que esto conlleva, ya que si un servicio no se documenta difícilmente se podrá hacer con éxito.

En algunos estudios se habla de lo poco habitual que es la práctica del SFT entre farmacéuticos comunitarios<sup>141</sup>. A pesar de ello según los propios farmacéuticos titulares de Badajoz el seguimiento farmacoterapéutico puede considerarse implantado en el 10% de las farmacias.<sup>84</sup> En los resultados de nuestra investigación se habla de un SFT que se hace de toda la vida que verifica que se puede implantar, pero tal vez no de la manera que está establecida.

***“la atención farmacéutica como... Se ha hecho siempre en la farmacia. Yo quiero romper una lanza que se ha hecho toda la vida.”***

(apto.21. G.F Urbanas)

***“La AF se hace, pero sin protocolizar”.*** (apto.16. G.F Semiurbanas)

***“La A.F...Esta se hace “pero de cabeza”.*** (apto.28, 51,53. G.F Semiurbanas)

***“Es más sencillo realizar SFT hablado, de forma oral antes que escrito”, pues este último en su opinión es muy complicado.*** (apto.12. G.F Rurales)

A pesar de que FORO en su definición de SFT establezca la importancia de documentar la actividad para la mayoría de los participantes de los GF este hecho se manifiesta como complicado debido a la dificultad que supone registrar toda la actividad. De ahí que se opine que existen dos AF diferentes;

*Existen dos AF, "la protocolizada" y la "tradicional."* (apto.4, 55. G.F Comerciales)  
*"La AF Procolizada es más profesional está más orientada al paciente que la AF del mostrador."* (apto.5. G.F Comerciales)  
*"La AF es imposible". "Las cosas para que sean efectivas han de ser sencillas"*(apto 3 y 4. G.F Rurales)

O simplemente, se llega a pensar que es más fácil realizar AF en áreas de trabajo como son la homeopatía o la fitoterapia. (apto.1 G.F Comerciales)

En la actualidad, se habla mucho del cambio al que la FC debería someterse con la implantación de nuevos servicios. Pero una demanda así puede generar un riesgo para el farmacéutico que no pueda dar respuesta debido al desconocimiento existente sobre en qué consiste el SFT<sup>47</sup> o bien debido a que profesionalmente no se encuentre preparado<sup>142,90</sup>

En el GF del Congreso se opina de sus compañeros que:

*"dicen no hacer AF por diferentes motivos, pero creen que en realidad no son conscientes de que sí están realizando servicios de AF, y los hacen sin ser conscientes de ello." Cuando hablas con otros compañeros que no están involucrados, dicen, "Mira, yo ni tengo tiempo, ni tengo tal, no sé qué". Y sin embargo todos los días estás dispensando, todos los días estás haciendo cosas de atención farmacéutica..."* (G.F Congreso)

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.<sup>82,83,85,133,143</sup> 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".*<sup>59</sup>

Este desconocimiento conceptual ya ha sido puesto de manifiesto por otros autores. Así, Aguas afirma que aproximadamente un 30% de farmacéuticos titulares de Badajoz no conoce el seguimiento farmacoterapéutico, aunque cerca del 30% de ellos, dice conocerlo.<sup>84</sup>

Este desconocimiento sobre el concepto de AF y más específicamente en qué consiste el SPF ha sido constatado hasta en un 91% de los farmacéuticos<sup>93</sup> 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 desconoce.<sup>83</sup>

Para favorecer la sostenibilidad del sistema<sup>144,145,146</sup> debido a la crisis económica que nos rodea, se plantea como necesario estudiar nuevas propuestas asistenciales que ayuden al nuevo paciente que se ha transformado de agudo a crónico<sup>147</sup>. 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.<sup>148,149,150</sup>

### **b) Definición de su Farmacia**

Los farmacéuticos realizan una gran actividad en sus farmacias. La opinión general de los entrevistados es que actualmente la función principal es la de dispensar medicamentos y productos sanitarios aunque hay quien opina que la mera entrega de medicamentos, sin ninguna información adicional, no puede considerarse dispensación. De todas formas, en muchos casos los farmacéuticos se limitan a cortar el cupón precinto y cobrar la aportación, sin dar información del medicamento, por tanto no realizando correctamente su labor profesional.<sup>151,152</sup> La dispensación está bien definida y no se entiende que requiera de adjetivos como informada, activa, etc., el hecho de utilizar dichos adjetivos ya pone de manifiesto que el propio concepto del servicio de Dispensación no está bien comprendido.

***"Dispensación activa" se informa al paciente de cómo, cuándo y para que tiene que tomar el medicamento"*** (apto. 5. G.F Rurales)

Este problema derivado de la mala utilización del nombre, que ya surgió en los comienzos de la AF,<sup>153</sup> al final supone un problema más serio del que pueda parecer en un principio y que alguno de los participantes lo percibe como tal (pensamos que tenemos un problema, con esto del término, de

verdad). Se va más allá al afirmar que la AF es ya ***“un concepto devaluado”*** aun cuando todavía alguno de los servicios que la constituyen no ha sido implantado de una manera generalizada.

El problema de la mala utilización del nombre y la falta de un lenguaje común ya ha sido descrito anteriormente<sup>41</sup> y es un tema reincidente,<sup>154</sup> al parecer, de difícil solución, que añade una dificultad más a la difusión e implantación de servicios e AF.<sup>41,155</sup>

Esto genera malestar en los participantes del GF de los innovadores, farmacéuticos que ya están realizando SFT y que creen que ni los pacientes, ni los compañeros, ni otros organismos competentes relacionados con la profesión no identifican bien el papel del farmacéutico.

***“Profesión que carece de identidad”***.(apto. 2. G.F Innovadores)

Existen autores que afirman que el SFT es una obligación ética y moral del farmacéutico, que debe dar el paso y empezar a implantarlo para demostrar el impacto de este servicio<sup>10,156</sup>. ***“Es difícil, pero no tenemos más remedio que hacerlo. Está en juego nuestro futuro profesional”***.<sup>157</sup> En el GF de los innovadores no conciben su profesión sin la realización de AF, en concreto SFT y Educación Sanitaria. (apto. 4. G.F Innovadores)

***“El colectivo farmacéutico no es capaz de transmitir a sus usuarios todo lo que puede dar de sí”***.( G.F Congreso)

***“La obligación ética y profesional del farmacéutico es dispensar y no vender, es una mala praxis”, que actualmente está bastante extendida en el colectivo.***” (G.F Congreso)

Son muchos los estudios en los que se demuestra el beneficio que genera para la salud de los pacientes que se realice SFT por los farmacéuticos.<sup>158,159,160,161,162,163,164,165,166</sup> En concreto, según un estudio que habla sobre el rol del farmacéutico en pacientes polimedicados se considera a este profesional como un elemento necesario en el sistema sanitario.<sup>167</sup>

*"El farmacéutico titular debe ser una mezcla entre profesional farmacéutico, gestor y empresario comercial". (apto. 11. G.F Comerciales)*

A pesar de las evidencias científicas de las que se han hablado, en el GF de los comerciales se define la farmacia como un: *"centro de Atención Primaria para males menores". "se pasa consulta de sintomatología menor". (apto. 7. G.F Comerciales)*

Por todo ello, y como consecuencia de "mirar hacia otro lado" en el desarrollo profesional, los farmacéuticos siguen orientando sus esfuerzos a aumentar las ventas de otros productos, alternativos a la venta de medicamentos. Esto viene perfectamente expresado en el siguiente comentario: *"Hasta los años 90, la farmacia estuvo muy estable. Era un lugar en el que se expendían medicamentos y no se le pedía mucho más, pero desde entonces las cosas han cambiado mucho. Hoy, la farmacia es un punto de venta con un espacio en el que se venden fármacos, pero también tiene otros en los que se vende salud, se vende bienestar, etc., y, atendiendo a esta evolución, hay que saber cómo mostrar, exponer e informar sobre todo ello".*<sup>37</sup> En dicho comentario se pretende expresar, como algo positivo, la evolución que está teniendo lugar en la farmacia contemporánea hacia su transformación en un establecimiento de **"venta de salud, o de bienestar"**. Sin embargo, y en nuestra opinión, lo que se promueve con el concepto de **"venta de salud"** es la venta adicional de productos de parafarmacia o pseudofarmacéuticos.<sup>38</sup>

Aunque se opina que *"El farmacéutico es una suma de profesional + gestor + empresario"*, lo que se transmite es una dedicación enfocada hacia aspectos puramente económicos

Otros autores van más allá y 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 - sanitario-"*.<sup>39</sup>



No es que la venta sea mala, ¡no! Lo que ocurre es que el mensaje es divergente, totalmente dicotómico. Recientemente nos comentaba una compañera farmacéutica, que trabaja en un CIM de un colegio, que es como si el “lenguaje verbal de la profesión” (haciendo referencia a las manifestaciones públicas de las instituciones, organizaciones y dirigentes farmacéuticos) fuera en un sentido (necesidad e implantar servicios de atención farmacéutica), mientras que el “lenguaje no verbal”, el gestual, el derivado de la actividad cotidiana de las farmacias, fuera en sentido opuesto. Nos gusta el símil y no puede olvidarse que el lenguaje no verbal supone el 70% de la información que recibe el receptor del mensaje. Miremos los escaparates, y los interiores de las farmacias con sus expositores, sus zonas calientes y góndolas invitando a comprar... simplemente lo que se ve, ¡son tiendas!

Es por todo esto, por lo que en esta profesión debe destacar el farmacéutico como profesional y no verse la farmacia exclusivamente como un establecimiento de venta de productos.<sup>168,169</sup> Sin embargo, el concepto de Farmacia como tienda en la que se vende salud suscita opiniones encontradas:

*“La farmacia es una tienda donde se vende salud.”* (apto. 8. G.F Comerciales)

*“La farmacia es un establecimiento donde se venden medicamentos. No una tienda. Hay que tratar de diferenciar, de buscarle el aspecto sanitario a la farmacia”*(apto. 11,13,14,15. G.F Semiurbanas)

Junto a este debate conceptual, tienda o establecimiento sanitario, hay un aspecto en el que hay un acuerdo general y es el papel del farmacéutico titular como gestor.

*“El trabajo que se realiza en la farmacia es doble; incluye la gestión interna y la atención al público.”* (G.F Congreso)

*“Mi labor es... yo soy gestor puro y duro”* (apto. 9. G.F Comerciales)

*“Los trámites burocráticos no dejan tiempo ni para estudiar, investigar, ni para el mostrador. Ahora soy más gestor que investigador,”* (apto. 3. G.F urbanas)

Aunque no se realiza el Seguimiento de una manera cotidiana se manifiesta la percepción de que el SFT es *“una tarea más”*. Algunos titulares que han intentado realizar SFT lo han abandonado como consecuencia de la falta de apoyo por parte del médico, además de por falta de tiempo y por las *“montañas de papeleo”* que dicen tener en el despacho. (apto. 1. G.F Semiurbanas)

***“las rutinas son principalmente el paciente, el papeleo”. Al cerrar se comprueban las dispensaciones por si hay algún error.”*** (apto. 2. G.F Semiurbanas)

Como se ve en las frases que se han plasmado anteriormente parecen necesarios algunos cambios orientados a la atención de la salud de los pacientes dentro de la Oficina de Farmacia que logren unir el negocio económico con el profesional sanitario que ejerce como titular/propietario o adjunto.<sup>6,,170,171,172,173</sup>

La farmacia debe abrir un debate interno sobre si debe dedicarse a “vender” todo tipo de artículos, independientemente de la evidencia científica que los apoye o debe avanzar hacia una actividad más clínica, mediante la realización de SFT remunerados que permitan abordar un futuro de integración en el equipo sanitario.

### **c) Futuro**

De hecho, al hablar del futuro de la farmacia comunitaria se habla de una farmacia asistencial. Es por ello por lo que se piensa que esta 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.<sup>149,174,175,176</sup>

Se plantea un cambio en el modelo de la farmacia dirigiendo este hacia un servicio más profesional. (apto. 3. G.F Semiurbanas )

En efecto, las recomendaciones de todas las instituciones y organismos profesionales van en una dirección clara: el farmacéutico comunitario y el resto de profesionales que ejercen la farmacia clínica o asistencial, deben reorientar su actividad hacia el paciente que toma medicamentos, y, por tanto, a la implantación generalizada de la dispensación y seguimiento de los tratamientos.<sup>6, 10,12, 132.</sup>

***“En el futuro para que las farmacias duren habrá que implantar la AF.”***

(apto. 8. G.F Rurales)

Se habla de diferentes herramientas que se podrían utilizar como salida para la profesión en el futuro, por ejemplo se habla de la AF; La AF es el ***“futuro de la farmacia comunitaria”***(G.F Congreso). ***“La atención farmacéutica, es una herramienta para luego poder decir ¡señores!, por aquí nos podemos escapar”*** (apto. 13. G.F Comerciales), o de la ***“dispensación activa”*** como el futuro de la farmacia (apto. 12. G.F Comerciales)

Posiblemente el problema con el que se encuentran los farmacéuticos españoles es que no ven en la implantación de nuevos servicios una alternativa rentable sólida de desarrollo profesional, por lo que optan por potenciar lo que en realidad saben hacer: vender y buscar el beneficio inmediato.<sup>177</sup>

Incluso se apoya que es bueno desarrollar y potenciar la venta de productos e parafarmacia como fase intermedia, provisional, mientras se avanza hacia la progresiva implantación de SPF-R.

Se afirma que precisamente la solidez que puede aportar una economía saneada, gracias a la venta de parafarmacia, podrá permitir en un futuro cercano la implantación de servicios de AF. (G.F Congreso)

Probablemente una apuesta tan decidida por adoptar como única alternativa posible la promoción de la parafarmacia, no sea sino “pan para hoy y hambre para mañana”<sup>178</sup> ya que si miramos lo que ocurre en el mundo, el desarrollo de la parafarmacia no ha venido seguido de una

mayor profesionalidad, sino más bien al contrario. Lo que parece que se está consiguiendo es que el farmacéutico se centre todavía más en la venta de productos, sean estos medicamentos o no, olvidando el cambio fundamental hacia el paciente que utiliza medicamentos.<sup>3</sup>

Habitualmente la profundización en la parafarmacia se sigue de un aumento en el interés de ciertos grupos económicos por introducirse en esos nuevos mercados; como estos grupos son muy potentes económicamente y tienen gran poder político, en general los farmacéuticos son la parte que peor parada queda. Sin embargo, en todo el mundo cada vez hay más servicios remunerados que permiten mirar con optimismo un futuro para el farmacéutico como profesional de la salud.<sup>179,180,181</sup>

*“La farmacia pasa por un momento delicado y de transición económica en el que hay que evolucionar”* (apto. 4,5. G.F urbanas)

*“Abrir otros canales para potenciar la farmacia”* (apto. 6,12. G.F urbanas)

*“Hay que cambiar porque la farmacia económicamente está muy afectada. A nivel sanitario la farmacia española es muy completa”* (apto. 7. G.F urbanas)

Sin embargo, para otros, “es necesario un cambio más rápido en relación a la implantación de servicios profesionales”. (G.F Congreso)

En relación al futuro de la farmacia, y junto a las divergentes propuestas sobre la potenciación o no de la parafarmacia o de los SPF-R, hay otro asunto que preocupa mucho. La liberalización es algo que les amenaza desde hace años. Los cambios a los que se ven sometidos son por causa de la sociedad. *“La farmacia no es más que el reflejo de esos cambios sociales”* (apto. 8,9. G.F urbanas)

A esa incertidumbre los farmacéuticos se enfrentan con la seguridad de que el actual modelo es muy bueno, “el mejor del mundo”, y sólo tiene que evolucionar para seguir adaptándose a los cambios que exige la sociedad.

*“Hay que prepararse para ser más profesionales para enfrentarse a los cambios”*  
(apto. 10. G.F urbanas)

Al hablar de los cambios necesarios para mejorar el futuro de la farmacia en nuestro país, muchos de los participantes de los diferentes GF hablan del servicio que presta la farmacia a la población o del modelo farmacéutico español, exponiendo que es el mejor del mundo y confirmado que este sistema garantiza una farmacia cercana en todo el territorio español.

*"yo pienso que la farmacia da un servicio que... no se da en ningún sitio"*(apto. 9. GF Rurales)

*"el modelo actual de farmacia española es el mejor que existe" "el modelo español... es que es perfecto" etc.* (apto. 20. GF Comerciales)

Sin embargo, para otros esto no es suficiente para afrontar este futuro incierto. Es por ello que se habla de los cambios que se deben llevar a cabo dentro de la farmacia para que ésta pueda sobrevivir. Se comentan cambios tecnológicos pero. Sobre todo, se manifiesta la necesidad de ir implantando nuevos SPF-R y otros servicios no tan farmacéuticos como la incorporación de dietistas, nutricionistas, etc.<sup>182</sup>

*"Hacer cambios en la farmacia, una Web, una reforma..."* (Apto. 13. GF urbanas)

Adaptarse a las necesidades de los pacientes. (Apto. 7. GF Rurales)

Ofertar más servicios *"tienes que cubrir el máximo abanico posible"* (apto. 15. GF Comerciales)

Dar un servicio personalizado (apto. 16. GF Comerciales)

Añadir servicios como: esteticista, psicólogo, dietista... (Apto. 17,18. GF Comerciales). Tener una Web (apto. 19. GF Comerciales)

Durante la reunión se planteó el debate sobre si el aspecto de la farmacia debería cambiar o no. También en este asunto hubo defensores de posturas que pedían una farmacia más profesional mientras que otros mantenían que la farmacia debe continuar con la misma estructura actual, sin cambios, ya que esto permite que todo el mundo identifique el

establecimiento. Es una realidad que el futuro profesional de la farmacia está en juego<sup>29</sup> y que su existencia depende de que el farmacéutico comunitario sea capaz de dar el paso hacia el cambio.

Al analizar la estructura y el aspecto interno y externo de la farmacia, también se aborda la misma dicotomía mostrada sobre el presente y futuro de la misma: farmacia comercial frente a farmacia profesional en la que se realizan SPF.

*“La farmacia está cambiando hacia una farmacia mercantilista”* (apto. 53. GF Comerciales)

Probablemente sea un tema a meditar, ya que el aspecto más o menos comercial de la farmacia va muy unido a la venta de artículos de parafarmacia que en general se piensa que debe ir a más. Es una opinión generalizada que a medida que disminuyen, por diferentes motivos, los beneficios derivados de la dispensación, la farmacia debe abrir nuevos mercados para mantener sus ingresos económicos. Sin embargo, ninguno de los farmacéuticos de las farmacias comerciales planteó como reacción a la disminución de los beneficios derivados de la dispensación, la implantación de nuevos servicios cognitivos, siendo precisamente éste un argumento muy utilizado por otros autores.<sup>183,184,185</sup>

Una vez debatidos muchos puntos diferentes se manifiesta la sensación de optimismo de algunos de los farmacéuticos innovadores que están más especializados en la realización de SFT. Para algunos el hecho de hacer bien su trabajo está por encima de cualquier aspecto; incluso les basta con percibir una labor bien hecha al ayudar a sus pacientes frente a cualquier problema. De hecho frases como: *“a lo mejor en un futuro no trabajo en una farmacia y trabajo en otro local. Lo que sí tengo claro es que haré funciones de seguimiento, educación sanitaria... consejos, que es lo que más me arrima a la profesión”*, llegan a ser establecidas como referente entre los miembros del grupo focal de innovadores, ya que estos farmacéuticos se caracterizan porque tienen una visión del término farmacia diferente al que

tienen el resto de farmacéuticos comunitarios, donde respectivamente para unos es un *“establecimiento sanitario”* y para otros *“comercial”*.

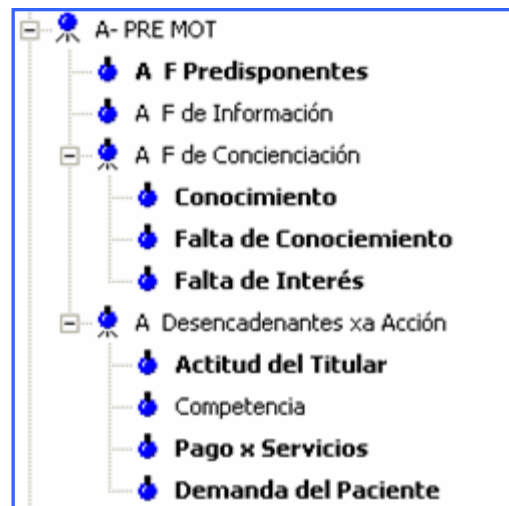
Respecto a la "percepción de los farmacéuticos sobre su futuro Profesional en Atención Farmacéutica"<sup>118</sup>, se comenta que existen opiniones favorables a que el SFT pueda proveerse fuera de las farmacias comunitarias. *El SFT debe ser un servicio que se realice “en la Farmacia Comunitaria” y no fuera de ella.* (GF Congreso). 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.

Resulta ciertamente sorprendente que un grupo de profesionales, concienciados y en sus propias palabras, *“más comprometidos que el común de farmacéuticos comunitarios”* (GF. Congreso), piensen que por un lado la implantación del SFT es fundamental para el futuro de la farmacia y por otro, manifiesten que ven difícil su implantación real. Estas afirmaciones recuerdan una discusión que tuvo lugar durante la reunión de un grupo de expertos compuesto por farmacéuticos comunitarios durante la realización de un grupo nominal. En dicha reunión, en la que se discutía sobre facilitadores para la implantación de servicios cognitivos, se concluyó que la *“importancia”* de alcanzar el pago por servicios era la más alta entre todos los facilitadores identificados, (91 sobre una puntuación total de 100); sin embargo, estos mismos farmacéuticos asignaban a este facilitador (pago por servicios) la menor puntuación en cuanto a *“factibilidad”* o aplicabilidad (40 sobre 100). Uno de los presentes manifestó que era muestra de falta de valentía y convicción por parte de los miembros del grupo de expertos; que esos resultados mostraban falta de coraje para abordar el cambio.<sup>59</sup> Probablemente ocurra lo mismo con la apreciación que se hizo en el GF: creen que es necesario implantar el SFT porque los pacientes lo necesitan, pero no creen que vaya a ser viable; seguramente esta afirmación no sea sino otra muestra de falta de convicción, determinación o coraje por parte de los farmacéuticos comunitarios.

## B. PRE-MOTIVACIONALES

A modo de resumen se recuerda que el *I-change model* incluye también unos factores distales (pre-motivacionales) que, en cierto modo, influyen sobre los factores motivacionales, como por ejemplo: factores de concienciación, factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y de información.

Los factores premotivacionales tienen una gran importancia, ya que son factores 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*).



Hace ya años se planteaba la disyuntiva entre farmacéuticos que deseaban mantener una situación más o menos estable (el ejemplo hoy serían los farmacéuticos que ven sólo el futuro inmediato y que, por tanto, apuestan por aumentar ventas de productos exclusivamente) y otros que creían que el único futuro posible era cambiar la práctica y abordar el problema de conseguir optimizar la farmacoterapia en los pacientes (aquellos que hoy apuestan por la implantación de servicios cognitivos y de una práctica más clínica).<sup>186</sup> En este sentido Zellmer insistía ya en 1991 en que la falta de consenso en el mundo de la farmacia sobre su misión sanitaria ponía en riesgo la supervivencia de la profesión.<sup>186</sup>



Afortunadamente, en nuestro país tenemos un consenso en cuál es la misión de la farmacia y cuál debe ser por tanto el papel del farmacéutico: atender las necesidades de los pacientes en relación con la utilización de sus medicamentos, por lo que el papel del farmacéutico debe consistir en "dispensar y seguir individualmente los medicamentos que utilizan los pacientes, evaluar sus resultados en salud y así, prevenir o resolver aquellos que no sean los esperados o deseados."<sup>151,170,187,188,189</sup>

### a) Factores Predisponentes.

Los factores predisponentes son: el comportamiento, los factores psicológicos, los biológicos y los sociales y culturales.

#### Factores predisponentes

- i. Comportamiento
- ii. Psicológicos
- iii. Biológicos
- iv. Sociales y culturales

Es importante incluir dentro de los factores predisponentes, la satisfacción personal y emocional que una persona siente cuando ejerce un trabajo bien hecho, o simplemente la satisfacción que el paciente percibe con los servicios que le ofrecen. Ambos tipos de satisfacción pueden constituir ser un factor importante que afecta a la motivación personal a la hora de decidirse a implantar un servicio o no.

Un aspecto interesante es la coincidencia en que los usuarios están satisfechos con el servicio que presta la Farmacia. Habitualmente, todos los estudios que se realizan midiendo la satisfacción con la farmacia muestran grados de satisfacción muy elevados.<sup>190,191,192,193,194,195</sup>

Si atendemos a estos resultados, se plantea una supuesta falta de necesidad de implantar nuevos servicios. ¿Para qué ofrecer nuevos servicios cognitivos de la farmacia si la sociedad está satisfecha con lo que tiene actualmente?<sup>196</sup>

La satisfacción ante un servicio está totalmente condicionada por las expectativas que se tienen sobre el servicio en cuestión. De hecho la satisfacción hace referencia al juicio del consumidor sobre cómo le ha sido ofrecido un determinado servicio. Por tanto, el nivel de satisfacción es el resultado de la comparación del consumidor entre sus expectativas sobre el servicio y el servicio recibido. El espacio entre las expectativas y la experiencia sentida influye radicalmente sobre cómo sentimos y opinamos sobre el servicio, es decir, afecta al grado de satisfacción con el servicio.<sup>197</sup>

Por ello, los cuestionarios para la evaluación de la satisfacción deben ser diferentes si medimos servicios distributivos o servicios cognitivos.<sup>198</sup> Esto es lo que han hecho Rodríguez y col. cuando han medido conocimiento y satisfacción exclusivamente en torno al seguimiento farmacoterapéutico.<sup>91</sup> En este estudio, al valorar la práctica del seguimiento farmacoterapéutico, también se encontró un grado de satisfacción elevado, pero en este caso respecto a un servicio cognitivo concreto. Lo mismo ocurre con los resultados de un estudio cualitativo con pacientes en SFT, aún no publicado,<sup>199</sup> que manifestaban tener una satisfacción mucho mayor con el nuevo servicio que con la asistencia que recibían antes que, siendo satisfactoria, es cualitativamente diferente a la sensación que tienen con el SFT.

Afortunadamente hoy contamos con cuestionarios validados para España, que permiten medir la satisfacción de los usuarios con los tres servicios que conforman la AF.<sup>200,201</sup> Este tipo de herramientas va a permitir evaluar no sólo la satisfacción con los habituales aspectos distributivos, sino la satisfacción con aspectos cognitivos, menos conocidos por los usuarios de las farmacias.

*“El paciente está, cuando viene a la farmacia, que se le atienda rápido”.*

(Apto. 11. GF Rurales)

### **i. Sociales y Culturales**

Se manifiestan múltiples razones sociales y culturales para que la orientación de la profesión no vaya encaminada a la implantación de nuevos servicios.

Se desconoce cuál es la motivación que les guiará a dicha implantación. Se habla de motivaciones económicas y profesionales.

*“No sé qué motivación les lleva a la AF si a lo mejor es la económica o si es la profesional”.*

*“yo creo que estamos en un punto de inflexión estos años y va a haber extremos y entonces el modelo que yo apuesto y que creo que va a ir bien es un modelo mixto donde apuesta por lo comercial pero apuesta mucho por lo sanitario”.* (Apto. 5. GF Innovadores)

*Un 80 % de farmacéuticos que lo único que les interesa es el medicamento como bien mercantil* (GF Congreso)

Entre los factores que influyen en los cambios en la práctica profesional, los hay de muy diversas clases: educacionales, personales, basados en los pacientes, y económicos.

*“El aspecto actual de la farmacia recuerda a las “tiendas” ya que están más orientadas a la venta de producto que a la práctica de servicios cognitivos.”* (GF Congreso)

*“Yo creo que la población está también acostumbrados a ir a la farmacia y no adquirir un bien quiero decir, un artículo sanitario, podíamos decir, que vaya a mejorar tu salud sino que ellos lo enfocan como un artículo de consumo.”*  
(Apto. 13. GF Semiurbanas)

*“Y a mí cuando me dicen... voy a tu tienda yo me enfado muchísimo,”* (Apto. 14. GF Semiurbanas)

Para otros participantes otro factor que manifiestan influye positivamente en la implantación de los servicios de la AF es la ubicación en la que se encuentra situada la oficina de farmacia. Se habla concretamente de las farmacias situadas en sectores con población extranjera, donde la AF es una exigencia profesional para dar respuesta a la alta cultura sobre medicamentos que tienen los pacientes. (Apto. 7. GF Innovadores). Sin embargo este hecho no se percibe de la misma manera entre otros colectivos farmacéuticos. Se habla de las áreas semiurbanas donde la *“diversidad de gente”* que existe, debido principalmente a los meses

estivales, hace complicada la implantación de los servicios de AF, ya que se manifiesta que los clientes que visitan la farmacia son más numerosos, provienen de lugares diferentes y tienen otro idioma. (Apto. 3. GF SemiUrbanas). No obstante muestran su preocupación por no poder atender bien a los pacientes en épocas estivales. El resto del año se manifiesta que es como una farmacia rural donde se conoce a los pacientes. (Apto. 4. GF Semiurbanas). A pesar de todo se manifiesta que es necesario realizar SFT, no obstante no están convencidos de su implantación. (Apto. 5. GF Semiurbanas)

La percepción de la innovación por parte del potencial adoptador también afecta al posible cambio de comportamiento.<sup>177</sup>

*La AF es una forma nueva de ejercer la farmacia* (GF Congreso)

*Trabajar con dosis unitarias. Se retomaría el trabajo profesional* (Apto. 29. GF Comerciales)

A todo ello hay que añadir el hecho de que cada vez son más los farmacéuticos, muchos de ellos muy motivados y activos, que defienden la necesidad de mejorar exclusivamente la dispensación, dejando la implantación del seguimiento farmacoterapéutico para estadios posteriores.<sup>31,32</sup> Desconocemos si esto es debido a convicciones reales, fruto de una reflexión sobre el tema, simplemente a desconocimiento, a escasa autoeficacia<sup>41</sup>, o a otros motivos. Pero, al final, esta actitud supone mejorar los aspectos relacionados con la entrega de medicamentos y su utilización, olvidando que, en realidad, lo que el paciente necesita, y la novedad que aporta la atención farmacéutica, es la evaluación de los resultados de los medicamentos y la posterior resolución, o prevención, de los resultados no esperados, lo que se consigue a través del seguimiento farmacoterapéutico.<sup>15</sup> Es este servicio el que supone el cambio cualitativo en la práctica del farmacéutico, el cambio de paradigma del ejercicio profesional que aporta la atención farmacéutica.<sup>27,28</sup>

*“tenemos el mejor modelo de farmacia.” La distribución es esencial, las farmacias pequeñas que están lejos tienen dos repartos al día.* (Apto. 1. GF Urbanas)

Por otro lado, a este nivel, 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,<sup>78,79</sup> o sobre los posibles problemas con los que puede enfrentarse la profesión si ésta no cambia<sup>80</sup>. Sin embargo es un inconveniente que la población no conozca ni tenga información del servicio que la farmacia puede ofrecer. Se dice que; *“El desconocimiento de la AF por los usuarios es motivo para no implantar el servicio”* (Apto. 23. GF Urbanas).

Aquí también se manifiesta que actualmente la farmacia se encuentra en *“un punto de cruce de dos civilizaciones”*, entendidas ambas como dos formas de entender la profesión; una que se correspondería con los inicios de la profesión en la que el farmacéutico era más preparador de medicamentos, se preocupaba de prepararlos y de conocer a sus pacientes; y otra, que corresponde con la actualidad y con la inmersión en la influencia de la industria farmacéutica. En este último entorno, el farmacéutico se asemeja más a un comercial, al *“típico tendero”* que se encuentra en cualquier establecimiento habitual y no perteneciente al sector sanitario.

*“Nuestros antecesores se encontraron con un punto de cruce de dos civilizaciones, o sea hubo un farmacéutico técnico, luego se inmiscuyó la industria, y pasó a ser el típico tendero”* (Apto. 6. GF Innovadores)

*Son muchos más los “inmovilistas” que componen este sector y muy pocos los “inquietos”, que luchan por mejorarlo.* (Apto. 8. GF Innovadores)

En definitiva, son muchos los inconvenientes que se enumeran; el idioma, las épocas estivales, la formación, el personal cualificado o no, la gestión, la venta libre, la actitud de los pacientes, el conocimiento de estos para solicitarlo e incluso la influencia social, pertenecen a los factores sociales y culturales que influyen en la decisión de implantar o no los servicios de AF.

*“hay que llegar muchas veces a psicólogo, confesor espiritual...asesor matrimonial...”* (Apto. 49. GF rurales)

*“Tienes que hacer de psicólogo”* (Apto. 23. GF Comerciales)

## b) Factores de información.

### Factores de información:

- i. Mensajes
- ii. Canales
- iii. Fuentes

### i. Administración.

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 actividad sanitaria. Así, en un 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."*<sup>150</sup>

**Que te ayude con publicidad para orientar al paciente de lo que el farmacéutico puede hacer.** (Apto. 20. GF Rurales)

Para los participantes en los Grupos focales parece decisivo que la administración sea quien informe a los pacientes en qué consiste la labor del farmacéutico y de la farmacia. Cuáles son los servicios y las obligaciones a las que están sometidos y las que deben ofrecer a los pacientes que las visitan. Se ve necesario crear diferentes campañas televisivas donde todo esto se explique, al igual que se piensa que sería beneficioso para la población facilitar la información con los cambios que acontezcan en cada momento para que la población estuviera en todo momento informada. Por ejemplo se habla del desconocimiento existente entre la población en general con los principios activos y su eficacia frente a las marcas ya

comercializadas. O la obligatoriedad de las farmacias andaluzas a dar un medicamento genérico determinado según una mandato oficial.

En resumen, en lo que concierne a las campañas marketing<sup>58,202,171</sup> lo ideal es que comunicasen en qué consisten estos servicios, tanto al personal sanitario como a la población general. Al igual que para solventar la confusión a la que los pacientes se enfrentan cada vez que se obliga el farmacéutico a cambiar de principio activo. (Apto. 23. GF Rurales)

Además, al hablar de la administración salen a debate multitud de temas: a *“la excesiva burocratización de los últimos años”* (Apto. 9. GF Innovadores). Al valor que le deben dar al servicio que prestan las farmacias. Que la AF se puede utilizar para ayudar a la administración a coger datos de medicamentos... (Apto. 15,16. GF Urbanas)

Incluso se manifiesta la posibilidad de que la Administración obligue a hacer SFT ya que esto sería un ahorro para la misma, y además el farmacéutico profesionalmente se vería recompensado satisfactoriamente. (Apto. 32. GF Comerciales). Sin embargo tal y como está establecido hoy día realizar SFT desmotiva ya que *“si vendes sin hacer dispensación no pasa nada. Te pagan igual. Hay mucha gente que no hace nada y gana lo mismo que yo”*. (GF Congreso)

## ii. Falta de Información.

### 1. Receta Electrónica

Otro conflicto que dificulta realizar el SFT es debido al fallo de la receta electronica y a los pacientes que se desplazan por vacaciones a lugares donde no está implantada. (Apto. 25. GF Semiurbanas)

### c) Falta de Concienciación.

**Factores de concienciación:**

- i. Conocimiento
- ii. *Cues for action*
- iii. Percepción del riesgo

#### i. Conocimiento

Se pone de manifiesto la falta de formación adecuada para la realización de un trabajo que debería requerir gran responsabilidad, como es la que deberían ejercer los profesionales sanitarios en las farmacias y que de hecho no hacen. Tanto es así que actualmente son muchas las farmacias en las que no se realiza el servicio de Dispensación, lo que se hace es vender medicamentos. De manera que si es complicado ver implantado correctamente un servicio como el de la dispensación, el de seguimiento será más complicado aun.

*“Lo que no puede ser es que la responsabilidad en la farmacia esté en manos de una persona que no tenga un nivel determinado”*

(Apto. 14. GF Innovadores)

El conocimiento, la formación y sobre todo las habilidades, son factores muy importantes a la hora de acercarse al paciente.

*“Tú tienes que estar preparado, el paciente tiene que quererlo y el médico tiene que consentirlo”* (Apto. 25. GF Rurales)

No obstante se expresa la gran responsabilidad que recae sobre el farmacéutico cuando este no alcanza un nivel de formación determinado. La formación universitaria del farmacéutico es más completa que la del auxiliar.

*“Pienso que si estudia cinco años mejor”* (Apto. 1. GF adjuntos)



Debido al cambio con la implantación del SFT en la práctica cotidiana, al que se plantea que se someta la farmacia comunitaria para garantizar su futuro. El farmacéutico piensa en una serie de cuestiones como quién debe hacer el SFT y qué se necesita para hacerlo.

*"Es muy bueno combinar la experiencia de los años de trabajo con la teoría de un recién licenciado"* (Apto. 26. GF Semiurbanas)

*"Para hacer SFT se necesita reciclaje"* (Apto. 28. GF Urbanas) (Apto. 27. GF Rurales)

*"Somos un poco autodidactas". "es bueno, reciclarse,"* (Apto. 26. GF Rurales)

Para iniciar la práctica del SFT es necesario alcanzar unas competencias básicas, es decir, actitudes, conocimientos y habilidades. Junto a los conocimientos clínicos suficientes, hay que disponer de la actitud necesaria para hacerlo.<sup>84,203</sup> Una vez llegados a este punto, será primordial que el farmacéutico decida empezar a ofrecer este servicio y, una vez implantado, continúe con su práctica hasta consolidar su implantación.

Además los participantes de los grupos focales no tienen 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 o si sería necesario realizar una especialidad o poseer una acreditación para implantar dicho servicio.

*"La formación de postgrado es útil para el SFT"* (Apto. 3. GF Adjuntos)

Esta formación podría favorecer 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.<sup>59,204</sup>

*"que no se den cuenta jamás, en un pueblo,... de tu ignorancia. Si tú ignoras algo, te metes para dentro y lo buscas."* (Apto. 30. GF Rurales)

Según algunos autores 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 Rogers<sup>109</sup>. De ahí que cuanto más preparado se sienta el farmacéutico, más seguro se encontrará ante un paciente.

Hay autores que manifiestan que debería existir una especialidad en SFT de manera que los farmacéuticos especialistas fueran los que pudieran proveer de este servicio a la sociedad. Sin embargo, consideran 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<sup>150</sup>.

Para nuestros farmacéuticos comunitarios participantes en el estudio el conocimiento no es suficiente, parece ser importante la implantación de los servicios de AF, y por consiguiente la profesionalización del farmacéutico como sanitario para no sentirse poco valorados.

*"Se forma a un profesional infrutilizado"* (GF Congreso)

### 1. Falta de Interés

Parece interesante incluir dentro de los factores de concienciación, en concreto de los que respectan al conocimiento, la falta de interés que se percibe entre el colectivo a la hora de implantar servicios cognitivos nuevos o no implantarlos.

En nuestro estudio se muestran diversidad de inconvenientes para no realizar la labor de SF. Para los farmacéuticos adjuntos la no realización de SFT puede ser por falta de interés del titular. Para los farmacéuticos adjuntos innovadores necesitan motivar a los propietarios para que el SFT no sea visto como una pérdida de tiempo y les *"dejen libertad para hacerlo"*. Para los de farmacias semiurbanas el problema es la actitud que tienen ante la AF *"Protocolizada"*, con todos los datos personales, con el historial médico, por

escrito y firmada por el paciente se plantea como otro impedimento que dificulta la implantación. Sin embargo hay otros profesionales que no se ven capacitados pero cuyo interés por su profesión se hace notoria con comentarios como;

*“¿Estamos preparados para hacer esto Yo tendría que hacer algún cursillo yo creo que los farmacéuticos, somos una especie de héroes..., que no estamos preparados, para hacer un SFT en condiciones” (Apto. 31. GF Rurales)*

Junto al resumen de lo anterior hay otros autores que explican la falta de interés del farmacéutico como una consecuencia de la falta de confianza en sí mismo, para asumir actividades de atención al paciente.<sup>59,205</sup>

Durante las fases de conocimiento y persuasión se persigue que los sujetos (farmacéuticos) que deben utilizar la innovación, conozcan en qué consisten los servicios cognitivos, los métodos existentes para su realización y las necesidades y requerimientos precisos para su implantación, además de tratar de conseguir crear el interés para la adopción de la innovación.

*“yo creo que los que estamos aquí,...amamos la farmacia rural. La amamos, la queremos.” (Apto. 32. GF Rurales)*

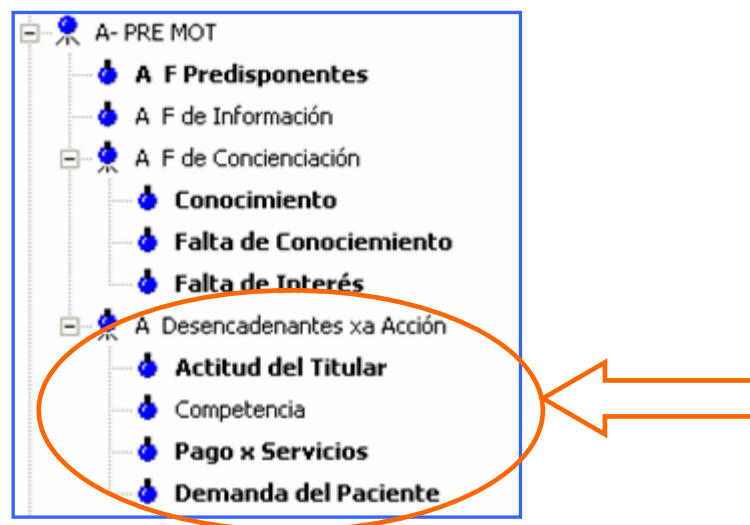
## **ii. Cues for action**

Se expone que en la sociedad que hay, en la actualidad, no solo hay que ser farmacéutico sino que también hay que ejercer una labor profesional como sanitario, demostrando en todo momento la valía de la profesión y los años de preparación De hecho se afirma que *“ahora es un momento clave donde se está diseñando para qué vale realmente el farmacéutico”*. (Apto. 17. GF Innovadores).

Les satisface ver que los pacientes se ponen contentos cuando el farmacéutico se interesa por su salud, por ejemplo cuando acuden a su farmacia para tomarse la tensión y valoran la opinión del farmacéutico. (Apto. 33. GF Semiurbanas)

#### d) Desencadenantes para la Acción

Los desencadenantes para la acción (*cues for action*) son aquellos factores de concienciación pre-motivacionales cuya adopción activa elementos ocultos que favorecen la motivación. Se han identificado desencadenantes como la actitud del titular, la competencia por servicios, el pago por los mismos y la demanda del servicio por los pacientes.



##### i. Actitud del Titular

Según los participantes del GF del congreso *"el servicio de SFT se considera como no implantado de una manera generalizada"*. (GF Congreso) De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio y lo que se ha mostrado anteriormente, los farmacéuticos comunitarios participantes de los grupos focales reiteran la necesidad ante un cambio de actitud del farmacéutico titular.

Se manifiesta que es necesario también que asuma su responsabilidad y compromiso como profesional sanitario e implante nuevos servicios de forma que la farmacia comunitaria se conozca como un centro asistencial.<sup>150</sup>

*"La labor de farmacéutico no consiste en vender medicamentos, Sus funciones son de SFT, educación sanitaria, consejos..."*, (Apto. 18. GF Innovadores)

Según los farmacéuticos adjuntos; la actitud del titular es esencial para tener tiempo libre para realizar SFT. "**Que te lo plantease el titular.**". (Apto. 5. GF Adjuntos) Implantar SFT puede dar prestigio a la O.F. y a su vez sirva para motivar al titular. (Apto. 6. GF Adjuntos). A pesar de todo ello, también se manifiesta que para mejorar la farmacia lo ideal es "**hacer pocas cosas y desde el mostrador**"(Apto. 23. GF Adjuntos), por lo que difícilmente se podría motivar a este un colectivo. Sin embargo en otros grupos focales se crea una contraposición a este pensamiento alegando que para los adjuntos motivados es un conflicto profesional la no implantación del SFT por el titular. (Apto. 19. GF Innovadores)

*"el titular es el elemento motivador del equipo".* (GF Congreso)

En este sentido parece ser que la actitud del titular es variable, es decir se ve bastante afectada en determinados momentos según los factores externos a los que estén sometidos. En todos los grupos focales se observaba en unos una actitud positiva como en otros una actitud negativa, lo que genera algo de confusión.

Al hablar de actitud negativa se hace referencia a expresiones sobre que; **la AF es complicada**, que los protocolos no se pueden hacer escritos, a que los pacientes no agradecen la labor que el farmacéutico hace, a los esfuerzos económicos que tendrían que hacer, a la falta de personal, a l tiempo que no le dedicas a vender, etc...

*El SFT "con el protocolo...ése en el ambiente rural. Yo no lo concibo"* (Apto. 16. GF Rurales)

Y al hablar de actitud positiva es más habitual encontrarla en los participantes del grupo focal del congreso y en los innovadores, aquí se expresa que; **La realización de seguimiento farmacoterapéutico es esencial para la profesión.** (GF Congreso) Y que "**el objetivo del farmacéutico es que el paciente sepa cómo debe utilizar el medicamento**"(GF Congreso). Incluso se demuestra una actitud proactiva en participantes que han dispuesto de

un programa que le avisa de las interacciones para poder contactar con el médico. (Apto. 38. GF Semiurbanas)

En definitiva algunos plantean la alternativa de mentalizar a las nuevas generaciones de médicos y farmacéuticos para que colaboren y la implantación de estos servicios sea efectiva. (Apto. 49. GF Comerciales)

## ii. Competencia

Tanto en el GF de los innovadores, como en el de los adjuntos se manifiesta conjuntamente que una herramienta muy poderosa que puede influir en el cambio podría ser la competencia entre unos y otros.

*“Ofrecer servicios con un valor añadido como la AF les ayuda destacar por su profesionalidad”* (Apto. 31. GF Rurales)

Sin embargo para otros este hecho no se debe utilizar para rivalizar a los compañeros de profesión.

*“Si un compañero añade un servicio nuevo no debe ser discriminatorio para otro que no lo haga”* (Apto. 31. GF Rurales)

Para otros existe una fuerza competitiva mayor a la que se está exponiendo y ante la que si se plantearían la necesidad y utilidad de los servicios de AF. y se trata del Mercadona o grandes superficies. Se habla en concreto de los productos hechos a base de plantas, vitaminas, productos de herboristería, etc.... que se venden y de que estos no llevan ninguna indicación con las interacciones que pueden ocasionar en pacientes con determinada medicación. Y a la que plantean como forma de competir ofrecer el consejo farmacéutico cuando se dispense cualquier producto farmacéutico.

*“Los productos de herboristería que son vendidos en supermercados pueden interaccionar con la medicación. Con el SFT esto se soluciona.”* (Apto. 24 y 25. GF Urbanas)

*“La formación para competir con los mercadona”* (Apto. 26. GF Urbanas)

Otro ejemplo de competencia, en este caso por aparte de otros profesionales, es la que puede generar y de hecho lo está haciendo, la prescripción enfermera. En este debate la Farmacia ha estado totalmente ausente. Aducen las enfermeras que se encuentran en una situación de inseguridad jurídica por sus actuaciones cotidianas y reclaman que la legislación se ajuste a su realidad diaria. Los farmacéuticos, que actúan dentro de la legalidad al indicar (prescribir) medicamentos que no precisan receta, adelantan, sin embargo, medicamentos que sí la precisan, para solucionar ineficiencias del sistema, (lo que, de hecho, supone la realización de una prescripción complementaria, suplementaria o dependiente).<sup>206,207</sup> Este colectivo ha asistido impasible a este debate, sin siquiera aprovechar la ocasión para denunciar la inseguridad jurídica en que se encuentran y sin reclamar, por tanto, el derecho a prescribir de manera dependiente del médico, en las condiciones que se estime oportuno. Actitud, muy diferente a la de nuestros colegas ingleses que actualmente pueden, en ciertos casos, prescribir, incluso independientemente.<sup>208</sup>

***“Si los farmacéuticos no realizan el SFT otros profesionales lo harán”. Se recuerda que los enfermeros están tratando de conseguir nuevas funciones entre las que reivindican la realización del SFT.***

(Apto. 23. GF Innovadores)

Ahora que otros profesionales comienzan a poder realizar, seguimiento podría ser el momento de que los farmacéuticos comunitarios comenzaran a hacerlo de una forma estructurada y organizada, demostrando que son los profesionales que mejor pueden hacerlo. (GF Congreso)

Pese a todo son reacios a que haya farmacéuticos que provean el servicio de SFT fuera de las farmacias, mientras que, a la vez piensan que no deberíamos estar en contra de que haya farmacéuticos que se establezcan por su cuenta y que realicen el servicio de SFT (GF Congreso)

Además se manifiesta que si el estado paga por hacer AF ya no habría motivo para competir. (Apto. 35. GF Comerciales)

### iii. Pago por Servicios

Según se define en la literatura el "pago por el servicios" hace referencia a un incentivo económico que está corroborado por otros muchos trabajos,<sup>57,58,139,209,210,211</sup> 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. Es decir, se trata de un factor pre-motivacional. Ya se ha comentado que Herzberg<sup>96</sup> asegura que, a diferencia de lo que muchos piensan, la remuneración no es un factor motivacional sino lo que él denomina un factor higiénico<sup>212</sup>. Esta última, la sostenibilidad hace referencia al mantenimiento de un servicio a lo largo del tiempo, incluyendo sus sistemas de documentación e indicadores de control.<sup>15, 133</sup>

Es por ello que el pago por el servicio se SFT se establezca como uno de los facilitadores más importantes para su implantación en la oficina de farmacia. La realización de estos servicios supone un coste económico adicional para el farmacéutico, ya sea por el cambio en la estructura de la farmacia<sup>213</sup>, con la creación de zonas de atención personalizada (ZAP),<sup>58,214,215,216,217</sup> por la necesidad de nuevo personal o de la formación de estos, o entre otras por la utilización de nuevas herramientas informáticas.<sup>59,218,219</sup>

Todo esto sin entrar a valorar lo que para muchos parece esencial como es el coste en tiempo necesario para la realización de este servicio<sup>220</sup>. Además, todo profesional que realiza un trabajo busca una rentabilidad del mismo.<sup>221</sup>

Para realizar AF, se plantea la posibilidad de armonizar la colaboración entre la AF del Consejo, los farmacéuticos ejercientes, las casas informáticas y las hermandades. De esto modo se piensa que al entrar en colaboración cada uno facilitara sus *necesidades para la creación de una herramienta o programa que facilite su implantación y el pago del mismo*. (Apto. 52. GF Rurales)



La finalidad de cualquier negocio es que genere un beneficio económico y que perdure en el tiempo. Para que un servicio sea sostenible, debe ser rentable, y por tanto es preciso que se realice una remuneración individual a cada farmacia que realice servicios.<sup>13,220</sup>. Además, solo mediante un sistema de retribución a las farmacias se conseguirá obtener los resultados que se esperan del servicio con lo que éste será mejor valorado tanto por quien lo recibe (el paciente) como por quien lo realiza (el farmacéutico).  
47,222,223,224,

***“Si no se cobra el receptor del servicio no acaba valorándolo suficientemente”*** (GF Congreso)

***Existen pacientes que cuando reciben un servicio que valoran existe intención de pagarlo.*** (GF Congreso)

Según se plantea por lo innovadores, al hablar con sus compañeros de profesión de estos servicios obtienen respuestas como; el SFT ***“no es un servicio que en el momento te paguen, pues de momento no lo hago”*** (Apto. 16. GF Innovadores) esto tiene mucha lógica porque ya se ha dicho que le pago por el servicio es un elemento previo a la realización del mismo.

Los participantes de los GF eran favorables a que la administración sea la entidad encargada de pagar este tipo de servicios o en su defecto que sea el paciente quien abone el precio de los mismos (Apto. 7,33. GF Adjuntos) (Apto. 34,35 GF Comerciales). Sin embargo, Esta última propuesta resulta difícil de asumir para un servicio como el SFT. Sobre todo en un entorno, como el de la salud, en el que se ha venido ofreciendo por los políticos de turno una sanidad gratuita. Puede que con el actual copago, esto haya comenzado a cambiar pero en estos momentos resulta difícil pensar que el pago por los pacientes pueda llegar a ser una realidad.

Sin embargo se manifiesta que; ***“le hagan daño al bolsillo”*** es la herramienta básica con la que el farmacéutico comunitario reacciona. (Apto. 22. GF Innovadores). ***“Los farmacéuticos comunitarios no implantarán el SFT mientras esto no le reporte un beneficio”***. (Apto. 34. GF Innovadores)

Para los participantes al estudio de las farmacias comerciales si el estado garantiza el futuro de la OF, ésta propone hacer SFT asumiendo su coste. (Apto. 33. GF Comerciales). No obstante otros recuerdan que el SFT se debe realizar "*en la Farmacia Comunitaria*" y siendo financiado por el Sistema Nacional de Salud. (GF Congreso). Lo que nos lleva a demostrar el ahorro que supondría para la administración la implantación de este servicio. De hecho una reciente publicación muestra que el servicio de SFT es coste-efectivo.<sup>225</sup>

Vázquez afirma que: "si la Administración remunerase los servicios cognitivos en lugar de remunerar los distributivos, la remuneración económica de los mismos se convertiría en el facilitador definitivo"<sup>226</sup>. En definitiva y según los participantes del GF del congreso se recuerda que la AF no está remunerada y que por tanto, los farmacéuticos deben buscar alternativas económicas para subsistir. (GF Congreso). Actualmente se abona el margen por la distribución o entrega del medicamento, dejando a un lado el pago por los servicios añadidos que el farmacéutico aporta en el momento de dicha entrega, cuando esta se enmarca en el servicio de Dispensación (GF Congreso). Aunque desde la farmacia se piensa que en el margen se incluye todo lo que se realiza en la farmacia (GF Congreso)

Sin embargo en los países como Australia en los que si se pagan estos servicios este hecho no es suficiente, y se necesita de la combinación de más facilitadores que impulsen el cambio, ya que a pesar de ello no han sido implantados de forma sistematizada<sup>227,228</sup>. Esto es una muestra más de que el pago por el servicio no es un elemento verdaderamente motivador. En España se acaba de realizar un estudio en el que se demuestra que las farmacias que realizan SFT a los pacientes permiten ahorrar a la administración 500€ anuales por paciente.<sup>(4)</sup>

---

<sup>4</sup> [http://secretariageneral.ugr.es/pages/tablon/\\*/noticias-canal-ugrun-estudio-piloto-demuestra-que-realizar-un-seguimiento-farmacoterapeutico-a-los-pacientes-desde-las-farmacias-permite-ahorrar-500-euros-anuales-por-cada-uno-de-ellos#.VXIzIMsaHqB](http://secretariageneral.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-canal-ugrun-estudio-piloto-demuestra-que-realizar-un-seguimiento-farmacoterapeutico-a-los-pacientes-desde-las-farmacias-permite-ahorrar-500-euros-anuales-por-cada-uno-de-ellos#.VXIzIMsaHqB) (publicado: junio 2015)

#### iv. Demanda del Paciente

Hay diversos estudios que ponen de manifiesto la importancia de la concienciación de los pacientes en cuanto a la capacidad de los farmacéuticos para proveer los servicios de AF.<sup>167,226</sup>

De ahí es que un hecho interesante sea que en el grupo se pone de manifiesto que sólo cuando se conoce un servicio, se crea su demanda. En el momento en que lo conocen lo agradece y lo cuentan y los demás lo piden. A mí por lo menos. Esto ha sido confirmado en un estudio.<sup>229</sup> A medida que iba aumentando el número de pacientes en SFT, y por tanto la visibilidad del servicio y su conocimiento entre los usuarios de la farmacia, iba aumentando la demanda voluntaria del servicio hasta alcanzar casi el 50% de los pacientes en SFT. Por tanto parece prioritario que se vaya generalizando el servicio, se gane visibilidad, se conozca y, al final, se demande por los pacientes.<sup>230,229</sup> En definitiva, la satisfacción con el servicio que habitualmente ofrecen las farmacias, no debe frenar a los farmacéuticos en el avance en la implantación de nuevos servicios profesionales para que así se pueda dar respuesta a las nuevas necesidades sociales.<sup>170,196</sup>

*Los usuarios están básicamente satisfechos con la farmacia, no desean cambios en estos establecimientos* (GF Congreso)

*No siempre lo que el paciente cree saber sobre su medicación coincide con la realidad, Por ello, es preciso utilizar siempre el procedimiento de Dispensación* (GF Congreso)

Ya se ha dicho que la realidad de la profesión es bien diferente a la que las recomendaciones de las organizaciones e instituciones farmacéuticas propugnan. Siendo cierto un innegable avance y ciertas mejoras profesionales, no lo es menos que, en nuestra opinión, los farmacéuticos comunitarios españoles, como colectivo, siguen avanzando hacia una mayor "**mercantilización**" de su actividad. Esta es la visión que trasciende a

la sociedad; ***“para el gran público una farmacia es, simplemente, una tienda donde se venden medicamentos.”***<sup>30</sup>

Muchos son los estudios que plasman los beneficios económicos y clínicos de la implantación del servicio de SFT.<sup>228,231,232,233</sup> El conseguir que se fidelicen pacientes hace que estos vayan más a la farmacia, estén satisfechos y con el boca a boca habrá más pacientes que demanden el servicio de SFT.

***El SFT vale para fidelizar pacientes.*** (Apto. 36. GF Comerciales)

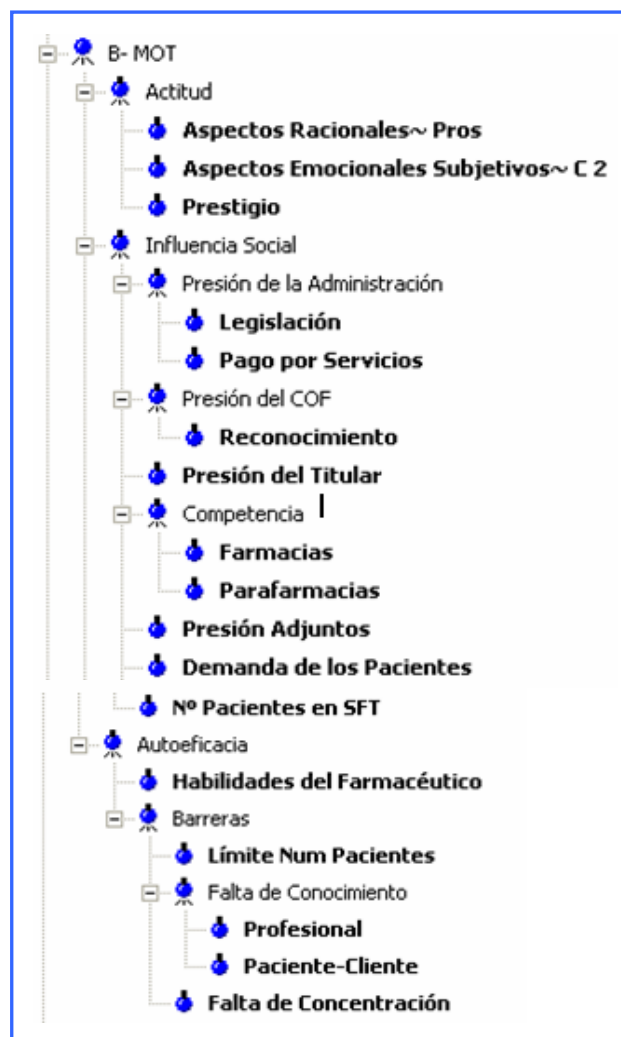
No obstante actualmente estos beneficios no parecen suficientes para que sean implantados de una manera generalizada. Aun existiendo estos estudios muchos de los profesionales desconocen exactamente lo que la labor del SFT puede hacer. Y en el caso de los pacientes se habla de una gran mayoría de los pacientes no conoce su existencia o, si la conoce, no sabe en qué consisten, para qué se utilizan y cómo y cuándo utilizarlos<sup>234</sup> y, por lo que se piensa que no exista demanda de los mismos.<sup>58,235,236</sup>

***Asesoramiento en salud es lo que se espera de la farmacia.*** (Apto. 31. GF Comerciales)

La población identifica la farmacia con el concepto de “seguridad”. (GF Congreso). En concreto en farmacias pequeñas la profesión que ejerce el farmacéutico sirve como apoyo a los resultados del médico. (Apto. 37. GF Comerciales) Sin embargo nadie acude al farmacéutico solicitando que se realice el seguimiento de sus tratamientos, sencillamente porque no se conoce el servicio. (GF Congreso). Aunque para algunos sería efectiva la implantación de dicho servicio si los pacientes plantean la demanda del servicio. (Apto. 46. GF Semiurbanas). Peso a todo esto, para los farmacéuticos rurales la idea de pedir datos o ***“protocolizar”*** puede plantearse como un inconveniente para el paciente. (Apto. 38. GF Rurales)

### C. MOTIVACIONALES

Para que se llegue a producir un verdadero cambio en la práctica profesional del farmacéutico comunitario es imprescindible conseguir que este profesional esté lo suficientemente motivado para dar el paso a la “intención de cambiar” y así dar el salto a la implantación inicial de un SPF, en nuestro caso del SFT. En el modelo I-Change se definen una serie de factores relacionados con la motivación como son la actitud del farmacéutico, la influencia social y la autoeficacia.



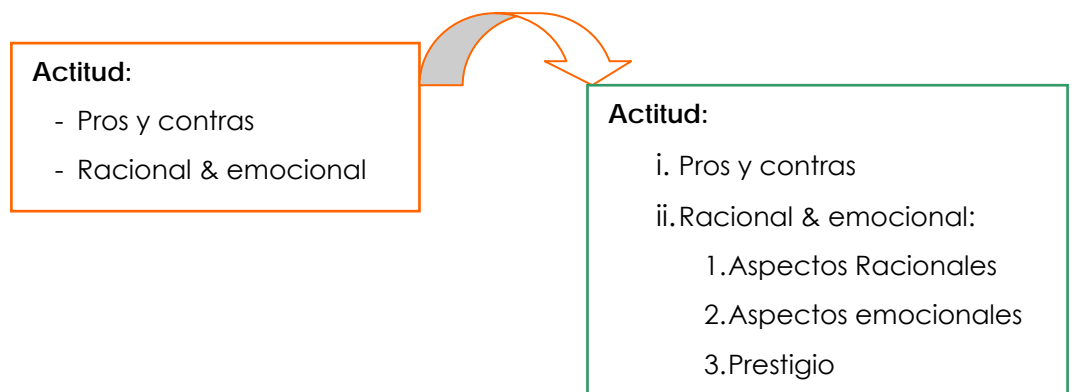
Entre los factores motivacionales que rodean al farmacéutico aquí en España, sería necesario mostrar qué supone la implantación del servicio de SFT a las farmacias comunitarias, donde no solo se plantea como una

posibilidad de supervivencia haciendo crecer la profesión, sino que también es útil para que la misión del farmacéutico se cumpla con rigurosidad.<sup>12,132,237</sup> Al mismo tiempo también se plantea como el salvavidas frente a la desaparición de estas debida a una excesiva orientación comercial<sup>157,172,231,238,239</sup> o incluso como la solución para una posible desprofesionalización.<sup>240</sup>

La falta de motivación de los miembros del equipo implica una mayor complejidad para realizar más trabajo en el mismo tiempo. (Apto. 26. GF Innovadores). Sin embargo en nuestro estudio, existe un grupo focal formado por farmacéuticos innovadores, que son profesionales que si han implantado el SFT en sus farmacias. Opinan que sin la suficiente motivación no es posible realizar el servicio de SFT y que ellos están motivados intrínsecamente. Al preguntar a los innovadores las causas de su motivación o actitud para realizar SFT, se responde:

*“Debe ser una cuestión cromosómica”* (Apto. 26. GF Innovadores)

#### a. Actitud



En muchas ocasiones hemos preguntado cuál es la parte de su trabajo más gratificante, y en todos tienen una respuesta en común que es la de ayudar al paciente<sup>241</sup> y la satisfacción que les invade cuando ven que son de gran utilidad profesional. (Apto. 34. GF Semiurbanas)

Odedina<sup>242</sup> afirma que la “intención de modificar el comportamiento del farmacéutico” está directamente influenciado no solo por la “actitud” sino

también por la “norma social” y el “control percibido del comportamiento”, como se muestra en la figura 31.

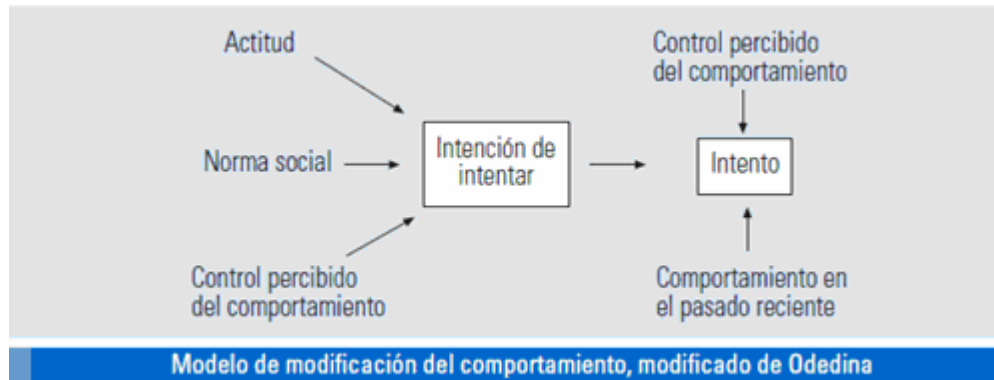


Figura 31. Modelo de modificación del comportamiento de Odedina.

El modelo muestra la complejidad subyacente en el cambio de comportamiento y refuerza la idea de que el cambio de la actitud tiene una importancia fundamental, aunque deban tenerse en cuenta otros elementos, como las creencias de las personas en el entorno cercano, el comportamiento en el pasado reciente, etc. También ayuda a concluir, con Rogers, que la implantación de una innovación siempre supone un cambio en el comportamiento para conseguir que la nueva idea sea puesta en práctica<sup>109</sup>. No es lo mismo para un individuo decidir la adopción de una idea que poner la innovación en práctica. Incluso cuando uno se convence de la importancia de una innovación, en muchas ocasiones no materializa su implantación.<sup>59</sup>

## 1. Aspectos Racionales

Durante los grupos focales se mencionaron temas que influyen negativamente en los aspectos racionales de los farmacéuticos. Por ejemplo;

*“La atención farmacéutica hemos hecho siempre “”además ha sido el alma del farmacéutico siempre, lo que pasa es que no se le llamaba así”*(Apto. 42. GF Semiurbanas)

Hablan de que se les está “infrautilizando”, ya que los problemas relacionados con los medicamentos, problemas que habitualmente causan

altos incidentes en la sociedad. Son problemas que se pueden resolver con la ayuda del farmacéutico como profesional. (Apto. 31. GF Innovadores. Apto. 37. GF Semiurbanas ). Se afirma también que el SFT es muy importante porque pueden ser detectadas muchas interacciones. (Apto. 43. GF Semiurbanas)

Aunque creen que deben de formarse para ser más profesionales se manifiesta que es demasiado esfuerzo para dispensar un OTC. (Apto. 36. GF Semiurbanas)

Incluso se habla de cuando se ofrece algún servicio añadido el receptor lo agradece y se genera una demanda del servicio y se fideliza a la gente. (GF Congreso)

No obstante para otros participantes este hecho no es suficiente ya que se expresa que; ***“No significa que la fidelización de pacientes a través del SFT sea directamente proporcional al aumento de recetas y compras”***. (Apto. 32. GF Innovadores)

***Se piensa que “el cobro directo por el farmacéutico consigue un pobre efecto estético y desprestigio”***(GF Congreso)

Se afirma que no se puede motivar a los miembros de un equipo, no comprende que se trabaje fuera de horas laborales y sin retribución económica. (GF Congreso). Además Hay una estructura jerárquica de motivadores, la satisfacción profesional, la obligación legal, la recompensa económica y la provisión del servicio. (GF Congreso).

## 2. Aspectos Emocionales

Otros aspectos que influyen emocionalmente son;

La **“desprofesionalización”** del farmacéutico comunitario. Son **“transacciones comerciales”** en las que no se ofrece ningún valor añadido al producto. (Apto. 27. GF Innovadores)

Hay que **“reformar y reencaminar hacia su profesión y su actividad diaria que gira entorno a los medicamentos”**. (Apto. 28. GF Innovadores)



Para ejercer esta profesión hay que **“ser optimistas por obligaciones morales”**. **“el farmacéutico es imprescindible”**, **“esta sociedad, necesita al farmacéutico”**. (Apto. 29. GF Innovadores)

Para no **“ser esos grandes desconocidos”** se debe **“crear la necesidad”** en la población de un farmacéutico profesional y especializado (Apto. 30,47,58. GF Innovadores)

El simple hecho de **“ver la cara de alguien a quien le has solucionado un problema”**, son motivación suficiente para implantar y prestar nuevos servicios cognitivos. (Apto. 31. GF Innovadores)

*“Ver que un paciente necesita un SPD, preparárselo y que a la semana siguiente lo traiga todo en una bolsa mezclado”*, desmotiva mucho. (Apto. 44. GF Semiurbanas)

El cambio de medicamento por estar prescritos por principio activo genera desconfianza en los pacientes frente al farmacéutico. (Apto. 40. GF Rurales)

*La realización del SFT es una recompensa personal, no lucrativa, muy valorada por los que hacen SFT.* (GF Congreso)

Las tareas cotidianas que se llevan a cabo en la farmacia no cubren las expectativas de trabajo profesional. No se identifican diferencias en la práctica, entre el rol del profesional farmacéutico y el del auxiliar de farmacia. (GF Congreso)

*Son farmacéuticos altruistas que realizan servicios de AF porque están muy motivados y satisfechos debido a la gran satisfacción que les produce su práctica.* (GF Congreso)

### 3. Prestigio

Además del pago por el servicio y los aspectos que influyen a las personas para hacer las cosas a nivel emocional y racional, se habla también del prestigio o reconocimiento que podría suponer realizar un esfuerzo ofreciendo nuevos servicios como el SFT<sup>243</sup>, un reconocimiento con acreditaciones, puntos para la obtención de nuevas farmacias... en definitiva algo muy diferente al reconocimiento económico.

Según Herzberg<sup>96</sup> la verdadera motivación de los trabajadores se basa en el "reconocimiento" al esfuerzo que se ha realizado al llevar a cabo algún trabajo. De este modo como el autor comenta el personal tiene la oportunidad de crecer personal y profesionalmente, de adquirir experiencia que le resulte valiosa para el puesto que desempeña y para los futuros, y brindarle un plan de desarrollo profesional de acuerdo con sus intereses, ya que una persona motivada es una persona incentivada a la producción, proactiva y ansiosa por actuar en pos del alcance de sus objetivos<sup>212</sup>. Roberts et al<sup>136,244</sup> identificaron lo que denominaron "motivadores para el cambio en la práctica", es decir deseo de satisfacción profesional, ofrecer cuidados sanitarios a los pacientes, o temor a las amenazas contra el modelo de negocio.

En definitiva se afirma que los valores filosóficos que tiene un farmacéutico o sus razones para desear un cambio profesional suponen un importante factor a la hora de predecir el éxito en el cambio en el ejercicio profesional<sup>59</sup>. Al no recibir compensación económica por la realización del servicio de SFT, los que lo hacen, lo realizan por su satisfacción profesional, por altruismo. Paralelamente también piensan que la implantación de estos servicios podría ayudar a mejorar el modelo de negocio y las amenazas que le rodean<sup>150</sup>.

*"Nosotros, todos lo que hacemos de atención farmacéutica, lo hacemos sin cobrar y en horas que no son de farmacia. Nosotros todo eso lo hacemos fuera del horario. Bueno, porque los dos que trabajamos con ella, disfrutamos*

*muchísimo y lo hacemos fuera de nuestro horario de farmacia, ¿vale?, y no cobramos por ello". (GF Congreso)*

Al mismo tiempo la implantación de estos nuevos servicios pueden servir como fidelización de los pacientes.<sup>245</sup>

Hasta ahora son algunos los farmacéuticos comunitarios que han realizado este esfuerzo, por vocación, para demostrar su valía profesional dentro del sistema sanitario. Como se ha hablado anteriormente hay estudios que demuestran el beneficio que supone la implantación del SFT en las farmacias para los pacientes y el ahorro económico se supone para el estado<sup>225,231,246,247</sup>. Pero el esfuerzo que hacen los profesionales que lo implantan, conlleva un desgaste y una necesidad de reconocimiento al esfuerzo ya que si no el profesional se podría desmotivar y caer en un efecto cansancio o burnout.<sup>47, 222, 224</sup>

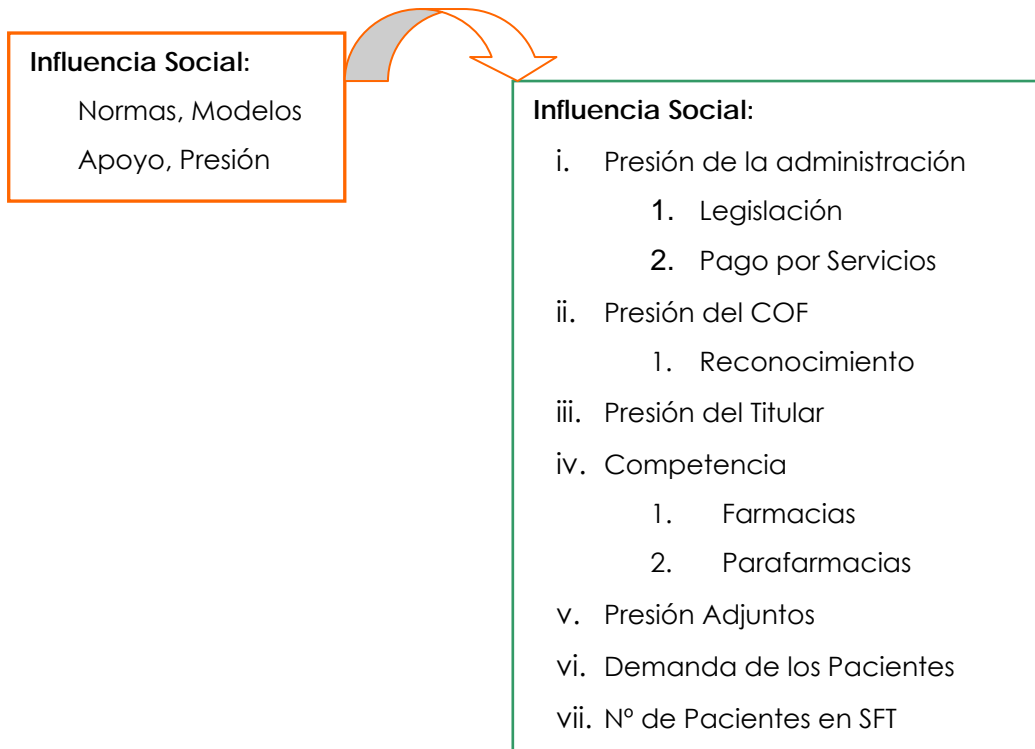
*"Sí, evidentemente los que empezamos tenemos que empezar con buena voluntad y con altruismo, pero ya nos estamos fatigando, nos estamos fatigando. Entonces, necesitamos avanzar". (Apto. 44. GF Innovadores)*

Para los profesionales que en algún momento han pensado en implantar el servicio de AF, se ve necesario obtener un reconocimiento profesional, unos méritos o puntos que se puedan utilizar como beneficio para su actividad laboral. En SEFAC se propuso un modelo de carrera profesional basado en 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.<sup>13,248</sup>

*El prestigio puede ayudar en gran medida a que el titular implante el servicio. (Apto. 10. GF Adjuntos)*

*Proponen que se den méritos o plus no económico a los que realizan AF (Apto. 11, 24, 34. GF Innovadores)*

## b. influencia Social



Un aspecto importante para ayudar al cambio de comportamiento del farmacéutico es la presión de la influencia social por parte de distintos actores como los pacientes, la administración sanitaria, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF), etc.

*Se piensa que la prensa es buena para que la población conozca los consejos farmacéuticos.* (Apto. 30. GF Urbanas). *Sin embargo también se manifiesta que la prensa profesional es útil pero que hoy día es excesiva.* (Apto. 31. GF Urbanas)

Como se ha explicado en la introducción existen muchos programas para implantar el Seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y se han publicado muchos trabajos con los resultados que se pueden obtener mediante su práctica.<sup>16, 17, 18, 19, 20</sup> Aun así, ni la dispensación se hace aún como se debería hacer, ni el SFT está implantado en un número mínimo de farmacias y atendiendo, por tanto, a un número suficiente de pacientes.

*“Tengo que hacer el seguimiento casi sin que él se dé cuenta”.*

(Apto.13. GF rurales)

*“El seguimiento es el que hacemos pues así en la sombra, escondidos...pero que más o menos controlando”.* (Apto. 14. GF rurales)

Mientras ambos servicios no se encuentren implantados de una manera más o menos generalizada, en un porcentaje de farmacias suficiente, no se producirá la visibilidad necesaria ante la sociedad<sup>29</sup> y, en consecuencia, no se podrán evaluar de una manera amplia los beneficios que aportan.

## i. Presión de la Administración

### 1. Legislación

Actualmente la administración sanitaria sólo espera de la farmacia comunitaria que esta resuelva el problema del suministro de los medicamentos a la población al menor coste posible.

A nivel general, el apoyo que ha recibido la FC española para la provisión de servicios ha sido muy escaso hasta el momento, a pesar de que existen datos suficientes tanto a nivel nacional <sup>16,17,18,21,23,54,126,225,249,250</sup>, como internacional que demuestran que estos servicios son coste-efectivos y eficientes para el sistema.

Sin embargo, los participantes de la investigación manifiestan que hasta que la Administración sanitaria no obligue a realizar SFT, previa remuneración del mismo, la implantación y consiguiente sostenibilidad del servicio no será una realidad. Esto ha ocurrido en otros países.

Es paradigmático el caso de la revisión de la medicación (RUM) o del servicio de medicamentos nuevos (NMS) en el Reino Unido donde ha sido la propia Administración sanitaria la que ha liderado la implantación de ambos servicios remunerados con gran éxito. En España también existen casos de éxito como el Programa de Mejora del uso de los medicamentos en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria (MUMSAD) de los ayuntamientos en el País Vasco, los programas de dispensación de Metadona, o los cribados tempranos de VIH que se realizan en Cataluña y País Vasco.

Hasta que no sea establecido como obligatorio por la Administración, la implantación de este servicio no tendrá lugar entre el resto de este gremio. (Apto. 35. GF Innovadores)

## 2. Pago por Servicios

### ii. Presión del COF

Los COF tienen una gran presencia en la vida de los farmacéuticos comunitarios españoles y, por tanto, una gran influencia en los mismos, sean estos titulares o adjuntos. Por ello, la presión que se puede realizar desde los COF para avanzar en el cambio de comportamiento de los farmacéuticos hacia la progresiva implantación de servicios remunerados es muy importante.

Los COF deben ser quienes negocien con las respectivas administraciones sanitarias el posible pago por los servicios como ocurre en los ejemplos antes citados (MUMSAD, Metadona y detección de VIH).

Así lo ven los participantes de los GF:

*Que el COF proponga hacer SFT es una idea que les parece bien, incluso proponen que el centro de salud les envíe pacientes.* (Apto. 47. GF semiurbanas)

*Lo que el COF les propone lo ven interesante y lo suelen hacer.* (Apto. 43. GF Rurales)

Son múltiples las campañas de marketing<sup>58,171,202</sup> que hablan de SFT y sobre cómo están asignadas a comunicar en qué consisten estos servicios y los beneficios que se derivarían de su implantación.<sup>246,251,252</sup>

Una misión importante de los COF es la función de marketing de servicios para que la población y el resto de los agentes sanitarios conozcan qué se está haciendo y qué se puede hacer desde la FC.

Es muy importante comunicar correctamente los servicios que se realizan en la farmacia comunitaria. De ese modo la población puede ser consciente de cuál es la función real de la farmacia, que no solo consiste en dispensar los medicamentos si no también que se haga un uso correcto de los mismos para que sean seguros y efectivos.

Una campaña donde se diga *“demande a su farmacéutico información del medicamento”*. (Apto. 25. GF Innovadores)

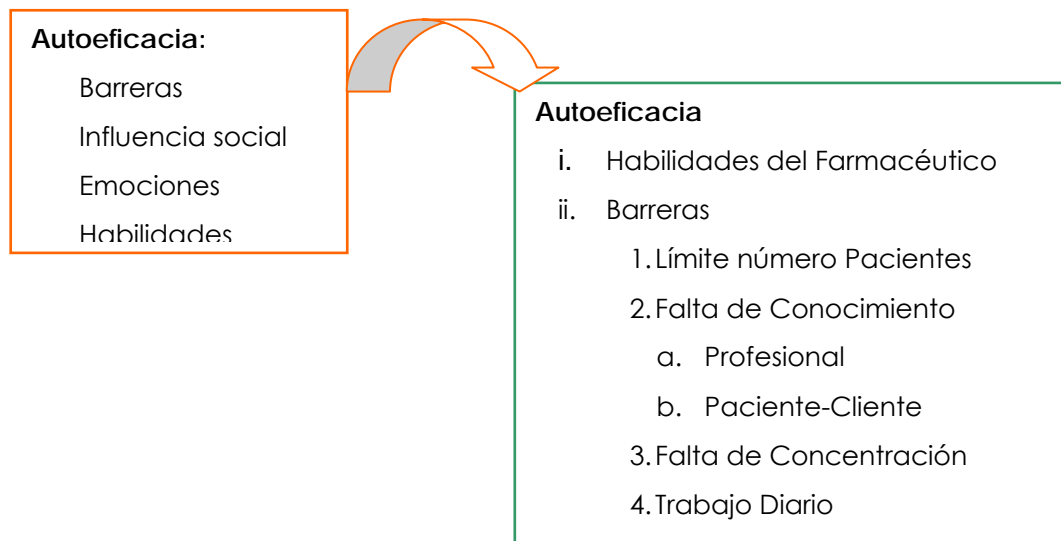
Los COF también contribuyen a apoyar la implantación del SFT mediante la realización de cursos de actualización. Ya se ha comentado que el conocimiento es un factor premotivacional. Por tanto La falta de conocimiento sobre en qué consiste el servicio de SFT y fomentar este conocimiento debería ser un objetivo de los colegios profesionales. (GF Congreso) Además, el número de cursos tanto organizados por Colegios Oficiales como por el Consejo General (enmarcados en el Plan Estratégico de AF) es muy elevado,<sup>8</sup> a los que se les puede sumar como los programas de postgrado de diferentes Universidades españolas,

### iii. N° Pacientes en SFT

En las entrevistas se afirmaba que hay que hacer AF a un número de pacientes determinado. Sin embargo esto supone una limitación y una falta de comprensión del servicio. El SFT o la AF deben estar disponibles a todos aquellos pacientes que quieran beneficiarse del mismo.

*“Puedes llevar el control de un número determinado de pacientes...”* (Apto. 44. GF Comerciales)

### c. Autoeficacia



A pesar de todos los problemas planteados y de la escasa implantación del seguimiento, los participantes opinan que el farmacéutico es el profesional más adecuado para hacerlo a la vez que se opina que el farmacéutico “cree estar capacitado para hacerlo”, concepto que Bandura denominó **autoeficacia**.<sup>5</sup> Sin embargo otros participantes opinan que el farmacéutico no se cree capaz de proveer este servicio.

*No, en general, ¡no!* (no se creen capacitados para realizar seguimiento)

Se añade que, como ya se ha dicho antes, hay mucho desconocimiento conceptual y metodológico sobre el concepto del servicio, lo que impide saber con exactitud si los farmacéuticos creen poder o no realizar este servicio.

---

<sup>5</sup> La Autoeficacia 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. (Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Nueva York: WH Freeman and Company, 1997.)



### i. **Habilidades del Farmacéutico.**

Con respecto a las habilidades que poseen los farmacéuticos a la hora de realizar un servicio de SFT, son muchos los momentos en los que se reitera su capacidad para realizar dicho servicio. Sin embargo a pesar de tener la percepción de ser capaces de hacerlo, da la impresión de que a veces les falta autoeficacia.

Se habla de una formación sanitaria y empresarial, una formación completa a nivel de oficina de farmacia y que pueda responder a las necesidades de los pacientes cuando llegan con un parte médico de un centro hospitalario, o con alguna patología menor. Cuando se habla de las habilidades que pueden mejorar la autoeficacia, coloquialmente se puede decir que "Cuanto más sé, mejor lo hago" de manera que parece ser importante una formación mas completa para detectar con mayor facilidad las necesidades de los pacientes.

*Saber cuáles son las necesidades de tus pacientes para cubrirlas.* (Apto. 44. GF Rurales)

La percepción de falta de conocimiento y formación clínica para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. De los resultados obtenidos se deduce que necesitan una mejor formación y así creen que esto les daría una mayor confianza en si mismos para atender a los pacientes.

Para muchos la falta de tiempo de la que se habla mas adelante, es un factor decisivo para no asistir a cursos o eventos formativos. En algunos casos se plantea la habilidad de aprender de los partes médicos. Se piensa que esta formación por la que se interesan, es una formación continuada que reciben en su día a día en el mostrador cuando reciben dichos partes médicos.

Formarse a través de los partes médicos. *"Cada vez que me llega un parte de un centro hospitalario, nos estamos formando".* (Apto. 21,22. GF Comerciales)

## ii. Barreras

La falta de tiempo, falta de personal, formación insuficiente, la carga de trabajo, el pedir el consentimiento informado, tomar notas o hacer esperar a la gente, supone un inconveniente para la implantación de los servicios de la AF.

Al hablar de las barreras que se presentan a la hora de implantar nuevos servicios cognitivos, los participantes nos hablan fundamentalmente de *"la burocracia"* y de la *"sobrecarga de trabajo"*.<sup>218,241,253</sup>

### 1. Limite num. Pacientes

No ven posible ofertar el servicio de SFT a un número elevado de pacientes. *"Actualmente como mucho 1 ó 2 personas ó 3, yo creo que más no.....es complicado"*. (Apto. 12. GF Adjuntos)

### 2. Falta de Conocimiento

*"No haber profesionales dignos"* por causa de no cambiar los métodos de estudios establecidos por las universidades, (Apto. 39. GF Innovadores)

(a) Profesional

(b) Paciente-Cliente

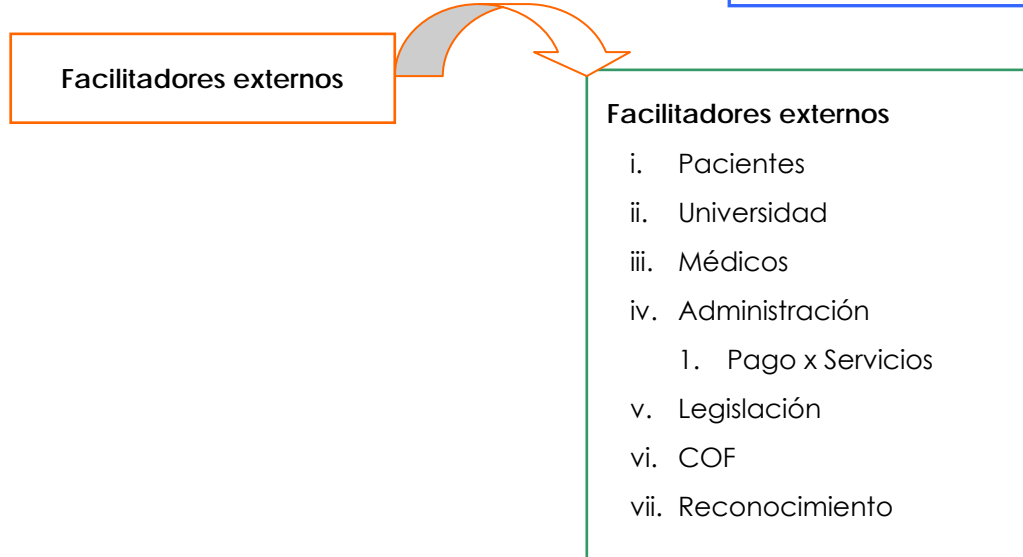
### 3. Falta de Concentración

### 4. Trabajo Diario

Parece ser necesario dar un cambio a la organización interna de las oficinas de farmacia para asumir nuevas responsabilidades y así ofrecer un valor añadido implantando los servicios de AF. Para ello parece ser necesaria la formación de los farmacéuticos para que todos puedan realizar SFT, disponer de más tiempo, etc... (Apto. 45. GF Semiurbanas)

## Facilitadores Externos

En el estudio se han identificado los siguientes facilitadores externos



Los facilitadores externos que más han destacado son los que hablan de la formación universitaria, la implicación de los médicos con el farmacéutico, la aceptación del servicio por la administración y el consiguiente pago del servicio, la obligatoriedad legislativa de la implantación del servicio para así poder realizarlo, la involucración de los Colegios Farmaceuticos en la implantación de dichos servicios y por último el reconocimiento profesional que podría suponer realizar la AF.

Como se ha mencionado anteriormente en un estudio cualitativo realizado por Roberts A, et al<sup>244</sup> se identificaron seis facilitadores del proceso de cambio:

- a. Remuneración por la implantación y/o por el servicio.
- b. Apoyo externo o asistencia.
- c. Reorganización de la estructura de la farmacia y sus funciones.
- d. Comunicación.
- e. Liderazgo interno.
- f. Delegación de tareas.

Además de los facilitadores expuesto por Roberts, existen otros estudios en los que se exponen más facilitadores externos, como por ejemplo las tablas que se muestran a continuación<sup>59</sup>:

Facilitadores (identificados mediante la técnica de Grupo Nominal)	
<b>Estrategias</b>	<b>Farmacéuticos comunitarios</b>
Formación asistencial.	Cambios en la formación curricular: Pregrado + clínico. Postgrado: especialidad y formación continuada obligatoria.
Actitud del farmacéutico.	
Reconocimiento social.	<i>Marketing</i> de los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria a la sociedad.
Infraestructura (herramientas y medios).	Organización y gestión de los recursos.
Trabajo integrado en equipo en atención primaria.	Marco legal incentivador respaldo legal con exigencia del cumplimiento de la ley.
Cambio en la remuneración.	Cambio en la remuneración.

Figura 32. Elementos facilitadores identificados por Gastelurrutia.

Dentro de los facilitadores que encontramos en los diversos estudios se ve como algunos coinciden con los encontrados en nuestro estudio como puede ser al hablar de la formación de pregrado y posgrado, el apoyo externo que puede venir tanto por parte del médico como de la administración, el pago por el servicio, etc.

A continuación se detallan los facilitadores encontrados en nuestro estudio:

**iii. Pacientes**

**iv. Universidad**

En general hay unanimidad entre los farmacéuticos participantes, en todos los segmentos analizados, en el sentido de que el curriculum universitario debe adaptarse para preparar graduados con una formación más clínica y asistencial. También se opina que dado que en la formación de grado no se alcanza este tipo de competencias parece importante que la universidad organice cursos de posgrado encaminados a la formación asistencial, para que el farmacéutico se sienta más preparado a la hora de implantar los servicios de AF.<sup>254,255</sup>

*“La formación universitaria debe ser más práctica”* (Apto. 2. GF Adjuntos)

*“Formación más profesional”* (Apto. 41. GF Comerciales)

De ahí que muchos de ellos piensen que es necesario que la universidad reoriente sus currículos para que el farmacéutico comunitario sea capaz de implantar nuevos servicios<sup>58</sup>.

No ven futuro en la profesión si éste depende del papel que la Universidad vaya a jugar. El problema de las facultades es que no todos los profesores son farmacéuticos. (GF Congreso)

Los profesores universitarios que están enseñando, atención farmacéutica son profesores de áreas de conocimiento no propiamente relacionadas con la práctica farmacéutica. (GF Congreso). El **“reciclaje”** del profesorado. Formación más asistencial (Apto. 39,40,42. GF Innovadores). Ya que la formación farmacéutica es difícil y sofisticada. Hay cambios y lanzamientos constantes. (Apto. 45. GF Rurales)

Quizás lo importante es que se echa en falta un tipo de formación específica, práctica, orientada a ayudar a implantar servicios en la farmacia; en palabras de uno de los participantes: falta formación (orientados al procedimiento práctico, a los protocolos de implantación,... sí que falta el empujón ese de decir: ¡cómo lo pongo en marcha!, ¡cómo empiezo en las farmacias!...) Seguramente lo que falta es realizar formación in situ, enseñando a los farmacéuticos no sólo aspectos clínicos sino relacionados con la propia implantación de los servicios.<sup>57</sup>

*Falta de departamentos de práctica farmacéutica en la universidad española.* (GF Congreso)

## v. Médicos

Otro facilitador al que se le ha dado mucha importancia es la colaboración con el médico<sup>256</sup> para que el servicio prestado sea el adecuado.

Trabajar en conjunto. Que el médico y equipo sanitario den reconocimiento al farmacéutico y a su profesión. (Apto. 43. GF Innovadores)

En determinadas ocasiones se manifiesta que se detectan errores en cómo se toma el paciente la medicación. Otras veces es el farmacéutico el que se da cuenta de este error.

**“Muchas veces te das cuenta de cosas, que al médico le pasan inadvertidas”**

Sin embargo, es importante la relación que haya con el médico. Ya que esta situación para algunos participantes no es motivo para realizar SFT, ni tan siquiera para contactar con el médico, porque en su opinión se piensa que al médico no le va a gustar la intervención del farmacéutico.

**“...parte de los médicos, que creen que nos estamos metiendo mucho en su terreno. (Apto. 46,47. GF Rurales)**

***El médico detecta antes los PRM porque el paciente lo visita más. (Apto. 48. GF Rurales)***

***Para realizar una “AF protocolizada” se debe trabajar con el médico. (Apto. 4,55. GF Comerciales)***

## **vi. Administración**

### **1. Pago Por Servicios**

El pago por servicios es un paso previo para conseguir que se pague por estos servicios. Es por ello que parece importante seguir las pautas que han sido establecidas para implantar eficazmente los servicios de AF. Por ejemplo cuando se habla de la **“AF protocolizada”** los participantes se refieren a la realización del SFT rellenando los protocolos preestablecidos. Sin embargo no parece interesante para los farmacéuticos el hecho de que esto esté así establecido, valiendo como impedimento para la correcta ejecución del servicio la falta de tiempo o la burocratización a la que se ven sometidos. Parecen no ser conscientes de que para el éxito y para que en

un futuro se pueda llegar a pagar el servicio es imprescindible la correcta consecución del seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Al mismo tiempo, el registro nos permite demostrar a la sociedad los resultados de nuestra actividad sanitaria, lo que a la larga podría confirmar la justificación del pago por el servicio.<sup>257</sup>

Ya se ha comentado en varias ocasiones la importancia de conseguir que se pague por los diferentes servicios que se realizan en la farmacia.

También se ha comentado anteriormente que aunque habitualmente, se cita como la mayor barrera para la implantación del servicio la falta de pago por éste<sup>46</sup>, son muchos los autores que defienden que el pago por el servicio no es un buen motivador, sino que se trata de una 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».<sup>96</sup>

En España, como en otros países, existen algunos servicios ya retribuidos, aunque su peso específico en la cuenta de resultados de las farmacias sigue siendo insignificante. La Administración sanitaria paga, al margen de la dispensación, servicios como la Formulación Magistral, la participación en programas de mantenimiento con Metadona, en el País Vasco y Cataluña la determinación del VIH y también en el País Vasco, la participación en el programa de mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria de los ayuntamientos (MUMSAD).

Sin embargo, sigue siendo esencial en un país como el nuestro en el que se han consensuado tres servicios como básicos para la práctica de la AF, que el tercero de ellos, el SFT, comience a ser pagado por las autoridades. Hay diversos estudios internacionales y también nacionales que demuestran que el SFT es eficiente para el sistema <sup>21,23,225</sup>. Recientemente se han conocido los resultados de un estudio amplio y bien diseñado que ha evaluado el impacto clínico, económico y en calidad de vida de este servicio. Los resultados son muy esperanzadores ya que resulta incluso extraño que una

administración sanitaria a la vista de los mismos no los quiera “probar” siquiera para confirmarlos en la práctica asistencia de su comunidad. En la tabla 36 se muestra un resumen de los resultados más importantes obtenidos en el programa conSIGUE<sup>126</sup>:

Tabla 36. Resultados más importantes obtenidos en el programa conSIGUE

La Prestación del Servicio de <b>Seguimiento Farmacoterapéutico</b> desde las Farmacias permite:
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reducir en un 56% los problemas de salud</b> no controlados</li><li>• En un <b>49%</b> los pacientes que refirieron haber acudido a <b>urgencias</b></li><li>• en un <b>55%</b> los <b>hospitalizados</b>.</li><li>• Mejorar la calidad de vida percibida por el paciente en 6,6 puntos</li><li>• <b>Incluida la retribución del farmacéutico, permite ahorrar 273 euros anuales por paciente</b>, derivados fundamentalmente de la reducción de ingresos y visitas a urgencias. Además, por cada euro invertido en el Servicio de SFT se obtiene un beneficio comprendido entre 3,12 y 4,53€.</li></ul>

*“No hay profesionalidad si no hay retribución, que te obliga, te compromete.”*

(Apto. 44. GF Innovadores)

## vii. Legislación

De los resultados obtenidos se concluye que los farmacéuticos necesitan una ley que obligue a realizar el servicio.

Una ley firme que obligue a prestar el servicio podría ayudar al cambio de actitud del titular. (Apto. 9. GF Adjuntos) Ejemplo: El decreto implantado para la realización de fórmulas magistrales.

También se propone que pasado un tiempo se obligue a los profesionales sanitarios a pasar un examen para ver en qué nivel se mantienen para continuar con su profesión o “reciclarse”, (Apto. 45. GF Innovadores)



E incluso se plantea una coordinación Farmacéutico-médico-administración sanitaria. (Apto. 48. GF Comerciales) como facilitador para la consecución de dicho objetivo que es la implantación del servicio de SFT para detectar los PRM o cualquier acontecimiento con el que derive el paciente.

Parece interesante que sea la administración quien determine la obligatoriedad de este servicio para su implantación en el sector de la farmacia comunitaria. Sin embargo según se ha mencionado con anterioridad también es interesante realizar estudios que demuestren su eficacia y efectividad, así como el ahorro que supone para la administración la implantación de estos servicios de AF. El único inconveniente se presenta en que no se establecerá una ley que obligue a esto hasta que no se presenten estudios que confirmen su utilidad y ahorro.

#### viii. COF

Entre los facilitadores identificados en el estudio Gastelurrutia et al<sup>58</sup> citaban la necesidad de que el Consejo General de Farmacéuticos asumiera un papel de liderazgo en la implantación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos<sup>209,218</sup> y el imprescindible apoyo de las autoridades sanitarias. En España esto afortunadamente se ha conseguido a través de la actividad de Foro de AF y Foro de AF-FC: Por otra parte el Consejo General se ha involucrado el apoyo de la transición de una farmacia basada en el producto a otra basada en una práctica más asistencial mediante la implantación de servicios profesionales.<sup>258</sup>

Se habla del grado de involucración que el Colegio presenta en los temas legales que rodean a la implantación de la AF. Parece ser necesario que desde el Cof refuercen estos servicios y expliquen en que consisten para demostrar que su implantación es útil. Las ayudas que los Cof presentan a sus colegiados son numerosas, por tanto parece interesante que esten

formados en los temas que rodean la AF y su implantación para que de este modo faciliten su realización en las farmacias comunitarias.

A pesar de ello, hay momentos en los que los farmacéuticos piensan que *“el COF desconoce los temas legales ni en AF”*. (Apto. 51. GF Comerciales)

#### ix. Reconocimiento.

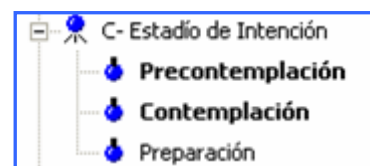
Los participantes de los diferentes grupos focales entienden que la obtención de algún tipo de reconocimiento para el proveedor del servicio se puede considerar un facilitador importante. Este reconocimiento puede venir por la sociedad o por la administración, según quien sea, en cada caso, quien realice la remuneración por el servicio. Es interesante constatar que no solo se hace referencia a un reconocimiento económico si no que también se entiende como un facilitador otro tipo de reconocimiento como por ejemplo la obtención de puntos para el baremo de nuevas aperturas de farmacia, la financiación de cursos o congresos, o simplemente el reconocimiento al mérito de hacer esta labor que motiva y ayuda a que los proveedores se sienten más valorados y con fuerza para implantar los diferentes servicios.

#### D. ESTADIO DE INTENCIÓN

a) **Precontemplación**

b) **Contemplación**

c) **Preparación**



Las fases del cambio según el “modelo transteórico del cambio” de Prochaska<sup>259</sup> también están incluidas en el modelo I-Change.

El hecho del desconocimiento sobre los conceptos de AF y SFT hacen pensar que muchos farmacéuticos se encuentran incluidos en la fase de precontemplación lo que aflora un arduo trabajo para ir pasando de esa fase a la de contemplación y después a la de preparación para la acción.

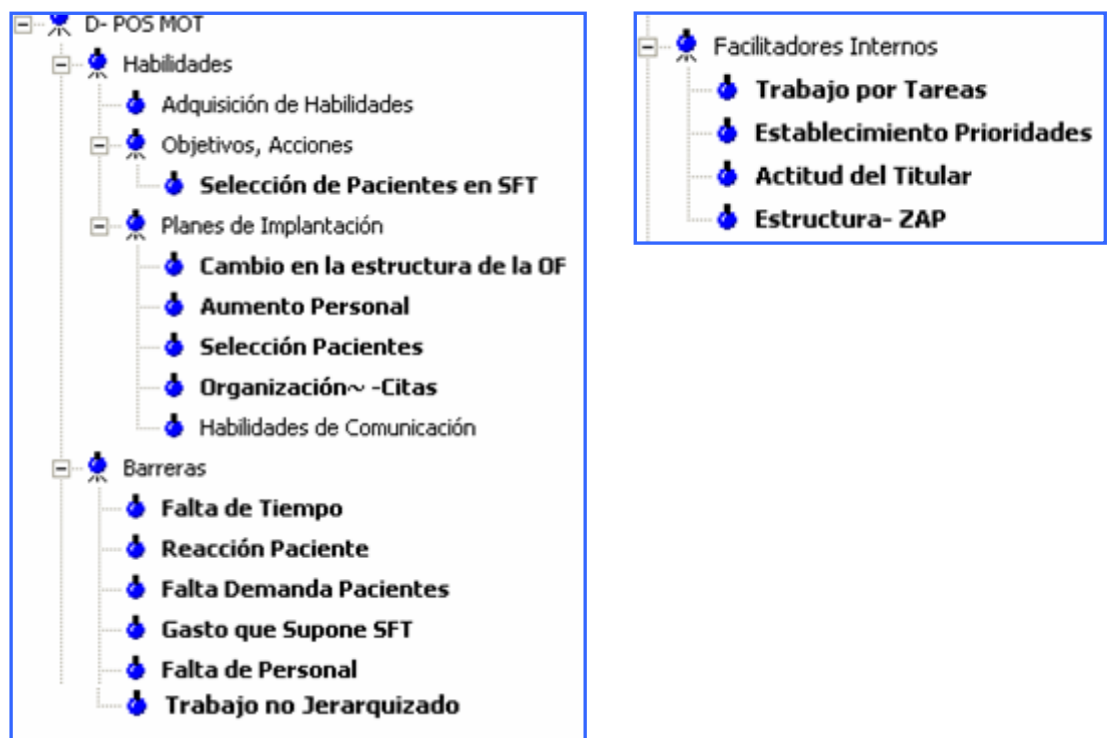
Y es que el paso de una actividad centrada en el producto a otra centrada en el paciente supone un cambio radical en el ejercicio profesional del farmacéutico. Esto, los farmacéuticos innovadores lo definen como una reorientación profesional.

Así, afirman que es necesaria una *“reorientación profesional para que todos los farmacéuticos cambien su forma de actuar”* (Apto. 48. GF Innovadores)

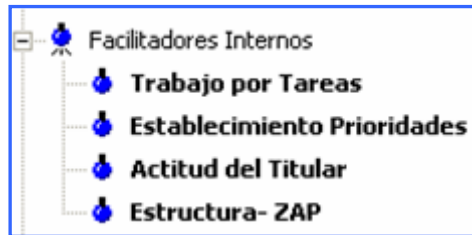
Acostumbrar a los pacientes a recibir información y preguntarles aspectos sobre su tratamiento para ver si hace un uso correcto del mismo. (Apto. 49. GF Innovadores).

Se proponen **“dotar de carácter asistencial”** sus farmacias, aunque para ello es necesario *“pelear contra el tiempo, la burocracia,... y a pesar de que este cambio no les lleve a alcanzar un beneficio ni que se pueda rentabilizar”*. (Apto. 37. GF Innovadores)

## E. POST-MOTIVACIONALES



### a) Facilitadores Internos



#### i. Trabajo por Tareas

El establecimiento de unas rutinas o tareas diarias parece ser interesante para una correcta organización interna de la oficina de farmacia. (Apto. 27,28 GF Adjuntos y GF Congreso).

#### ii. Establecimiento de Prioridades

Probablemente la barrera para la implantación de los servicios no consista en el tamaño de la farmacia, sino en las prioridades del titular de la misma y en la consiguiente organización interna de la farmacia para poder ofrecer el servicio, siempre que esto sea lo que realmente desean el titular y el resto del equipo de la farmacia.<sup>260</sup> Un reciente estudio muestra que la posición estratégica que elige el titular en cuanto a la provisión de servicios farmacéuticos es un elemento decisivo para dicha implantación.<sup>172</sup> No se trata tanto de si la farmacia es grande o pequeña, siempre que cumpla con unos mínimos (existencia de ZAP y medios humanos suficientes), sino de si existe determinación en el equipo de la farmacia de desarrollar una cartera de servicios.<sup>230,261</sup>

Las principales prioridades que se plantean en nuestro estudio son:

- La atención al paciente
- La recepción y colocaron de los pedidos
- Las recetas
- Los trámites burocráticos.

(Apto. 29. GF Adjuntos) (Apto. 22. GF Urbanas) (Apto. 64 GF Rurales)

### iii. Actitud del Titular

Parece ser que la principal preocupación que se establece en el grupo de innovadores llega a la hora de pensar en la implantación de la AF, ya que ese momento se desconoce y por lo tanto no se sabe si, para entonces, la persona que en su día se había formado en AF, lo podrá hacer correctamente. (Apto.64 GF Innovadores)

Se manifiesta que es común escuchar entre los compañeros de profesión que no tienen previsto implantar los servicios de AF;

*¿Esto a mí que me reporta? ... tener otra persona dedicada a esto...¿vale la pena? No vale la pena. Fuera. El día que la ministra me diga: hay que hacerlo (golpea la mesa), está obligado, esto hay que hacerlo todo el mundo, vale, pero hasta entonces...*(Apto.59 GF Innovadores)

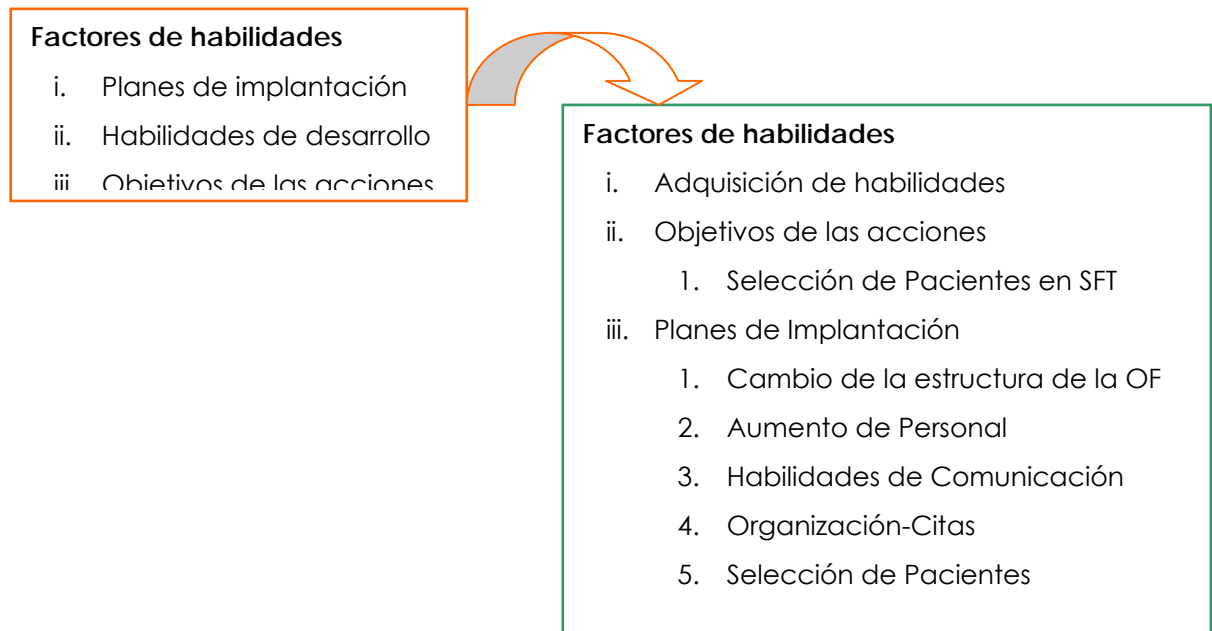
### iv. Estructura ZAP

A lo largo de esta discusión se ha comentado la necesidad de realizar unas inversiones previas durante la provisión del SFT. Entre ellas destacan las herramientas informáticas necesarias, los recursos humanos o la adecuación de una zona semiprivada para la atención a los pacientes con la intimidad suficiente para garantizar la confidencialidad farmacéutico-paciente.<sup>63</sup> Esta zona semiprivada es lo que se denomina Zona de Atención Personalizada (ZAP).<sup>216,217</sup>

*"Tampoco cuesta muchas veces trabajo a alguna persona que quiera hacer ese seguimiento farmacoterapéutico, citarlo una tarde y meterla".*(Apto.65 GF Rurales)

Para proveer servicios profesionales en las farmacias éstas deben de tener un tamaño mayor que el actual, Se relaciona tamaño de farmacia, existencia de ZAP y número de profesionales que en ella trabajan, con la posibilidad de éxito en la implantación de servicios. (GF Congreso)

## b) Habilidades



### i. Adquisición de Habilidades

En conjunto se habla de la cantidad de trabajo que les rodea. Se menciona lo que *"la burocratización"*, a la que están sometidos, supone en su día a día. En diversos estudios se pone de manifiesto como el exceso de cargas burocráticas restan tiempo al profesional farmacéutico para llevar a cabo servicios más clínicos<sup>58,119,172,218,241,262</sup>. Además también se habla de la *"sobrecarga de trabajo"*.<sup>218,241</sup>

Mostrar cual es la finalidad de la profesión. La farmacia es el lugar encargado de la farmacoterapia, es un lugar preparado para la dispensación de los medicamentos y de los productos destinados a la mejora de la salud. (Apto. 51. GF Innovadores) (Apto. 52. GF Innovadores)

Existe la *"necesidad de dignificar el trabajo que diariamente realizan"*. (Apto. 53. GF Innovadores)

*"Es necesario comenzar a ver pacientes, el requisito inicial es promover una dispensación activa ofreciendo información desde el mostrador"* (Apto. 54. GF Innovadores)

No solo las cargas de trabajo son excesivas, a veces su formación humana hace que ejerzan diferentes labores:

*"Hay que llegar muchas veces a psicólogo, confesor espiritual...asesor matrimonial..."* (Apto. 49. GF Rurales) (Apto. 23 GF Comerciales)

Opinan que el seguimiento (SFT) es muy complicado pero que **"el oral es factible y, de hecho, se hace"**. Muestran cierto temor a que la **"AF se utilice como un elemento discriminatorio"** entre los farmacéuticos. Para su generalización debe ser simplificada al máximo, **"para no transformarnos en burócratas, administrativos"**. En cuanto al SFT no es factible tal como está planteado hoy; **"debería transformarse en un servicio más dinámico, viable y simple"**.

## ii. Objetivos de las Acciones

Se habla de varios retos que deberían afrontar como: mostrar a los compañeros de profesión las ventajas del SFT, acostumbrar al paciente a que se le pregunte sobre su medicación o salud. (Apto. 57. GF Innovadores)

Además se manifiesta la importancia de que tanto la población en general como la administración considere al farmacéutico comunitario como un profesional cualificado y necesario para los pacientes.

*"Hay que ser optimistas con la profesión y hacerse imprescindible."* (Apto. 55. GF Innovadores) *"Estamos súper formados y no damos lo que tenemos que dar"* (Apto. 56. GF Innovadores)

## 1. Selección de Pacientes en SFT

Seleccionar las personas a las que les vas a hacer SFT parece ser la alternativa que se plantea en el grupo focal de adjuntos.

*"Personas mayores y mujeres solas" "Alguien que tenga confianza contigo que sepa que le conoces bien"* (Apto. 16,20. GF Adjuntos)

### iii. Planes de Implantación

Los participantes del grupo focal del congreso piensan que es complicado implantar la AF en las OF.

#### 1. Cambio de la estructura de la OF

Se manifiesta la importancia de que la farmacia tenga un buen aspecto físico (Apto. 54. GF Rurales), O de la necesidad de un área específica puesto que el mostrador te ven los demás y en el despacho se asustan. (Apto. 17. GF Adjuntos)

Además parece ser que un cambio en el funcionamiento y un cambio de la propia farmacia es también importante para realizar SFT. (Apto. 18. GF Adjuntos)

#### 2. Aumento de Personal

Plaza y Herrera analizan las barreras en función del grado de experiencia de los farmacéuticos en la práctica de implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. Ambos plantean que: a) los farmacéuticos que ya han implantado servicios, están preocupados por los temas de formación y comunicación con los médicos; b) los que se iniciarán en breve, por la falta de tiempo, formación y remuneración; c) los que han abandonado esta práctica lo han hecho por falta de tiempo, de espacio en la farmacia, de remuneración, falta de consenso en los procedimientos de trabajo y falta de colaboración del equipo de la farmacia, de los pacientes y de los médicos; además, señalan problemas en la formación; y d) los que ven inviable la Atención Farmacéutica aducen problemas estructurales (falta de personal, de formación, de dinero, de espacio, de tiempo), falta de reconocimiento por parte de la Administración y falta de apoyo de las estructuras colegiales.<sup>59</sup>

Según nuestro estudio parece ser necesario un aumento de la plantilla con dedicación exclusiva al SFT. (Apto. 19,26. GF Adjuntos)



### 3. Selección de Pacientes

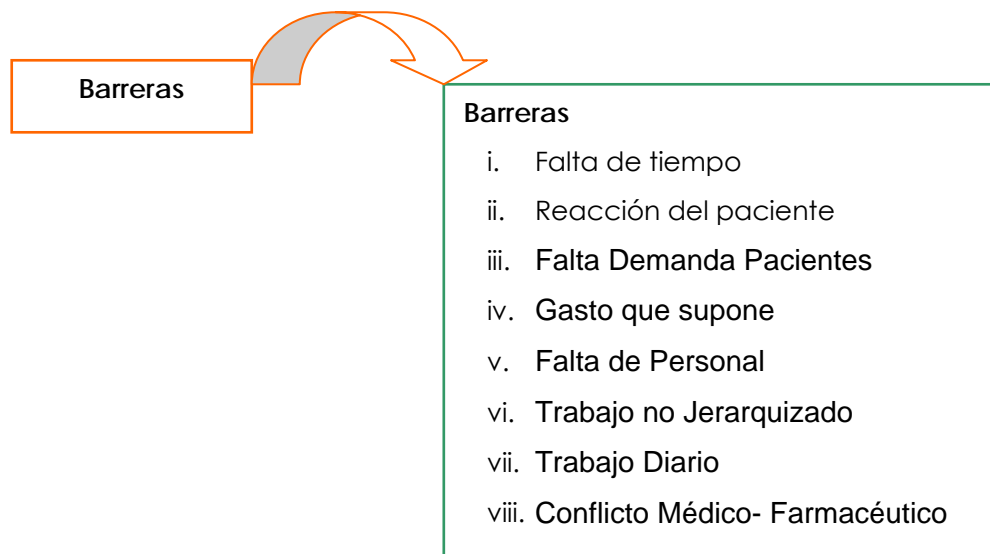
Selección de pacientes que estén motivados y dispuestos. (Apto. 55. GF Rurales)

### 4. Organización-Citas

Tanto en el grupo de los adjuntos como en el de los rurales se llegó a la conclusión de que para realizar SFT sería necesario organizar un calendario de citas (Apto. 21. GF Adjuntos) (Apto. 56. GF Rurales).

### 5. Habilidades de Comunicación

#### c) Barreras



#### i. Falta de Tiempo

Entre las barreras más destacadas se encuentra la de la falta de tiempo, ésta no solo es reiterativa en nuestro estudio si no que hay muchos estudios donde también se refleja la falta de tiempo<sup>58,59,119,202,256,263</sup> como un impedimento. Este es un factor importante que en un negocio debe ser contabilizado para sacarle un rendimiento económico.<sup>220</sup>

Hay que tener un tiempo determinado para realizar SFT. (Apto. 14. GF Adjuntos). No hay tiempo para SFT. (Apto. 22. GF Adjuntos). Con la labor que se realiza habitualmente es suficiente, no disponen de tiempo para más. (Apto. 30. GF Adjuntos).

Los farmacéuticos opinan que el ejercicio profesional en el medio rural es muy difícil por lo *“esclavo del trabajo”, “De lunes a sábado sin fiestas, sin vacaciones”*

## ii. Reacción del Paciente

En las acciones de difusión del SFT de las que se hablan 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 farmacia.<sup>150,238</sup>

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.

Para muchos de nuestros participantes la idea de coger notas *“protocolizar”*, es motivo suficiente para que el paciente mienta (Apto. 59,60. GF Rurales). Además de esto se manifiesta una fuerte reacción a que el farmacéutico haga preguntas a los pacientes. *“A mí un señor me dijo como que para qué estoy haciendo esas preguntas”*(Apto. 13,24. GF Adjuntos). Sin embargo para otros participantes el hecho de hacer preguntas conlleva a que los pacientes se sientan seguros por el hecho de tener información suya anotada. (Apto. 35. GF Semiurbanos).

No obstante se piensa que el desconocimiento del servicio por parte de los pacientes supone su rechazo. Lo que manifiestan que se valora

positivamente por la población es la rapidez con la que se efectúa la dispensación.

*“Está acostumbrado a llegar a la farmacia... pone la receta encima... espera que le corta el cartoncillo y como mucho, ¿cómo se toma esto? que se lo apuntes, que se lo expliques y punto”*(Apto. 62 GF Rurales).

### iii. Falta Demanda Pacientes

Hoy en día los servicios en los que una farmacia se puede involucrar son muchos. Se ve necesario un cambio en la farmacia actual y se plantea la posibilidad de implantar el servicio de SFT, aun así en muchos casos es habitual escuchar que los pacientes no demandan el servicio y es motivo para no llevarlo a cabo, sin embargo no me parece objetivo este planteamiento cuando a la vez se habla del desconocimiento que los pacientes tienen sobre el servicio en cuestión. Motivo por el cual cuando una cosa se desconoce pienso que no se puede demandar, tal vez si se ofrece el servicio algún día pueda ser demandado.

### iv. Gasto que supone

Los farmacéuticos del grupo focal de adjuntos junto con el de los comerciales manifiestan que la realización de SFT supone un gasto no amortizable a corto plazo. Además se manifiesta que tal vez sea más sencillo y tenga un menor coste realizar estos servicios en farmacias grandes. (Apto. 25 GF Adjuntos) (Apto. 42,43 GF Comerciales).

### v. Falta de Personal

Son diversos estudios en los que se afirma la necesidad de ampliar el personal para realizar servicios nuevos en las farmacias. En nuestro estudio se reitera colectivamente la necesidad de personal cualificado, y por tanto se habla constantemente de que la falta de personal es indispensable para el SFT **“protocolizado”**. (Apto. 20,59 GF Innovadores) (Apto. 20 GF Urbanas) (Apto. 48,49,50,53 GF Semirurbanas). (Apto. 63 GF Rurales).

## vi. Trabajo no Jerarquizado

## vii. Trabajo Diario

Los trabajos que engloban el día a día en las farmacias son numerosos. Es por ello que parece interesante que las tareas de cada persona estén delimitadas. Se ve como una barrera el gran número de actividad que se llevan a cabo como; la atención a los pacientes, la recepción de los pedidos, el cuadro de caja, control de existencias, sellar y comprobar recetas, etc,...

*"- Yo pienso que es el auténtico trabajo del farmacéutico en la farmacia. El único, auténtico, no firmar las recetas... sellarlas... comprobar las facturas...El resto de las cosas nos come el tiempo y podíamos ampliar y hacer mejor la atención farmacéutica."* (Apto. 45 GF Semiurbanas)

## viii. Conflicto Médico- Farmacéutico

En general, hay ocasiones en las que el médico y el farmacéutico tienen ciertas diferencias en sus actuaciones, lo que puede generar en algunos casos desmotivación en el farmacéutico para implantar servicios. Estas diferencias no deberían tener tanta importancia porque lo que realmente le debería importar al farmacéutico es el paciente. *"lo importante es el paciente y que el médico se enfade es algo que por ahora no nos afecta"*.

Con respecto al contexto en el que ejercen su actuación profesional los médicos parece ser determinante a la hora de predisponerlos al cambio o a rechazarlo. Casos que influyen y no motivan son que el médico recomiende a los pacientes que viajen con su medicación. (Apto. 8. GF Semiurbanas). Si embargo en contraposición se habla de las veces que al salir de la consulta del médico, los pacientes acuden a la farmacia para que el profesional les expliquen mejor como tomar la medicación. (Apto. 19 GF Semiurbanas)

La falta de colaboración con el médico es algo que está a la orden del día y que afecta a muchas farmacias en diferentes países<sup>58</sup>. (Apto. 32 GF Adjuntos y Apto. 45,46 GF Comerciales).

Es en muchos casos miedo a que el médico perciba como intrusismo profesional del farmacéutico la implantación del SFT. Aunque hay casos en los que el médico se decide a colaborar y es entonces cuando ambos se sienten motivados y continúan con su labor asistencial al paciente.

### Farmacias Rurales

La cercanía existente entre farmacéutico y *"paciente"* en determinados ámbitos, hace que los farmacéuticos se planteen la posibilidad de implantar servicios de AF. Sin embargo esta cercanía no parece suficiente, ya que se afirma que es necesario más tiempo, personal ó algún tipo de retribución. *"El oral es factible y, de hecho, se hace", "pero con fichas, por patologías,... alguien lo tendrá que pagar", "falta tiempo y "falta personal"*.

Muy unido al aspecto exterior está el tamaño de la farmacia. También en este asunto había divergencia de opiniones entre los participantes. Algunos pensaban que en farmacias pequeñas en cuanto a espacio y recursos humanos, como por ejemplo muchas farmacias rurales, no es posible ofrecer estos nuevos servicios. Sin embargo, otros no eran de la misma opinión. Si bien es cierto que es posible realizar SFT en farmacias pequeñas,<sup>264</sup> también ha sido citado como un facilitador para la implantación de servicios profesionales la existencia de farmacias más grandes.<sup>58,253</sup> En este sentido, un trabajo reciente, aún no publicado, ha concluido que las farmacias más adecuadas para la realización de servicios cognitivos son las más pequeñas y las más grandes; las pequeñas (rurales), porque en ellas hay tiempo para realizar estos servicios y se conoce bien a los pacientes, mientras que en las más grandes hay suficiente personal y posibilidades de organización interna.

*"Los que estamos rurales y pobres al final somos la gente que más se mueve"*

GF Rurales (Apto.46 GF Innovadores)

Se opina que en las farmacias grandes el seguimiento posiblemente esté registrado, las fichas actualizadas, supone un menor coste, es más fácil realizarlo y se dispone de más personal. (Apto.42 GF Innovadores) (Apto.65 GF Rurales) (Apto.43 GF Comerciales)

En definitiva y para concluir, en la actualidad cada vez hay más experiencia y se puede afirmar que para llevar acabo la implantación de los servicios cognitivos en AF en las farmacias comunitarias, o en cualquier otro sector, es necesario percibir el cambio como un proceso de mucha envergadura y complejidad.<sup>13,243</sup>

Son muchas las actividades que se contemplan en las rutinas diarias de las Farmacias Comunitarias y la posibilidad de hacer una gestión por tareas se ve posible para facilitar su labor. En estas labores diarias es el titular quien juega un papel esencial, al igual que en la toma de decisión de la implantación o no de los servicios de AF. De hecho dentro de la AF hay dos servicios (dispensación y SFT) cualitativamente diferentes que se complementan bien ya que el primero contribuye a mejorar el proceso de uso de los medicamentos mientras que el segundo permite evaluar los resultados que se obtienen y mejorarlos<sup>59</sup>. Seguramente las farmacias que apuesten por la implantación y provisión de servicios serán farmacias con una cartera de servicios amplia en la que coexistirán diferentes servicios farmacéuticos.

## 6.2.- Discusión. Estudio Cuantitativo.

El presente trabajo es el primero que analiza la situación de las farmacias comunitarias españolas a nivel nacional, teniendo en cuenta las Comunidades Autónomas y utilizando el modelo de implantación de innovaciones de Rogers. Los autores tan sólo conocíamos un intento de catalogar las farmacias a nivel estatal utilizando otro modelo, el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClementi.<sup>119</sup> Dado que el SFT se considera una innovación,<sup>112</sup> tal como se ha comentado en la introducción, parece interesante utilizar el marco teórico de la "difusión de las innovaciones" de Rogers, que por otra parte es un marco teórico muy utilizado.<sup>121</sup> Esto permite conocer las fases en las que se encuentran las farmacias lo que a su vez puede permitir la identificación de espacios no cubiertos tanto en el sistema como en la estructura de la formación y programas de apoyo.

En cuanto a las características demográficas de los encuestados, el perfil de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (67,7%) lo que coincide con los datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos que recoge que el 70,4% de los colegiados son mujeres.<sup>265</sup>

Aunque puede parecer sorprendente, un 31 % de los farmacéuticos comunitarios desconoce en qué consiste el SFT. Resulta extraño que en un momento en que toda la prensa profesional hace referencia continuamente al SFT, a sus beneficios, a diferentes proyectos, etc., uno de cada tres farmacéuticos siga desconociendo de qué se está hablando. Sin embargo, es un dato que coincide con los resultados de Aguas en los que el 27,9% de los farmacéuticos no conocía el significado del concepto de SFT, a pesar de la gran actividad divulgadora del servicio por parte del CIM en su provincia<sup>47</sup>. Ambos resultados están lejos de los encontrados por Hidalgo, que constató que el 87,9% de los farmacéuticos de la ciudad de Granada

desconocían el significado real del concepto de SFT, aun cuando muchos de ellos afirmaban realizarlo en sus farmacias.<sup>90</sup>

Es también sorprendente que en el grupo de farmacéuticos que no conocen el servicio, un 16,6% afirmaron estar formados en el mismo (tabla 35). Aguas también había identificado un 8% de farmacéuticos que aun asegurando que sabían en qué consiste el seguimiento, se pudo poner de manifiesto que no era así y que no habían entendido en qué consiste esta práctica profesional.<sup>47</sup> Esta contradicción puede deberse a la ambigüedad de la pregunta o a una mala interpretación de la misma en relación al significado o definición del SFT por parte de los farmacéuticos. A pesar de la amplia publicidad y de la multitud de cursos sobre el SFT muchos farmacéuticos siguen sin ser capaces de identificar los elementos clave del servicio, esto sugiere que los programas de formación así como los métodos de implantación existentes, deberían ser replanteados.

Otro aspecto que llama la atención, muy relacionado con el anterior, es que un 5,18% de los farmacéuticos en F-I y F-M manifestaron no haber recibido formación en SFT. Probablemente este asunto no entra dentro del alcance de esta investigación y este resultado insólito tenga que ver también con problemas en la interpretación de las preguntas.

Probablemente sea necesario modificar los sistemas formativos, actualmente dirigidos a aportar conocimiento teórico, sin tener en cuenta que lo realmente importante es la adquisición de habilidades y competencias, es decir, el cambio de la práctica, del comportamiento, del alumno. En este sentido se debe recordar que Duhalde no encontró relación entre recibir cursos de formación específicos para hacer AF y estar en la F-I o F-M. En su estudio, sólo el 8,4% de los encuestados figuraban en dichas fases, y de éstos, el 50% tenían incluidos en SFT a 10 pacientes o menos, el 25% a más de 20 pacientes y sólo uno a 50 pacientes. Sin embargo sí demostró que recibir formación influye de forma estadísticamente significativa en el paso de las fases de "anterior al conocimiento" y "conocimiento" a etapas de "persuasión" y "decisión",



con una probabilidad de 0,92 si se había asistido a dos o más cursos.<sup>113</sup> Por todo ello, y dada la dificultad de pasar de la F-D a la de F-I<sup>114</sup> probablemente sea necesario, además de esa formación teórica, diseñar estrategias que permitan favorecer, primero el conocimiento del servicio, y después su implantación así como la de otros servicios para ir creando una cartera variada de servicios en la FC.<sup>172</sup> Para ello probablemente sea necesario utilizar métodos de formación más específicos (in situ), junto a otras herramientas motivadoras como el reconocimiento del tipo que sea, etc.

Por otra parte, tan sólo un 5% de los farmacéuticos, los que se encuentran en la fase de mantenimiento, están realizando SFT a, al menos, 2 pacientes. Esto contrasta con otros resultados que obtienen cifras más elevadas que rondan el 10%.<sup>47,119,120</sup> Estas cifras del 10% que son comúnmente aceptadas<sup>11</sup> parecen excesivamente optimistas de acuerdo con nuestros resultados y con otros obtenidos en estudios exploratorios previos.<sup>81,82,83,115, 116, 117, 118</sup> que ya apuntaban la existencia de un nivel alto de desconocimiento del significado del servicio de SFT y a tasas de implantación real del servicio muy bajas. Como ya se ha dicho, la decisión de establecer el corte entre F-I y F-M en dos pacientes fue totalmente arbitraria y puede considerarse una limitación del trabajo. Si bien la suma de porcentajes de F-I y F-M no varía (13,8%), a medida que se aumenta la exigencia en el número de pacientes, disminuyen los que están en mantenimiento hasta el punto de que si el corte se establece en 50 pacientes, los farmacéuticos en F-M sólo supondrían el 0,9% y si se hace en 100, nos encontraríamos con tasas tan bajas como del 0,5% de farmacias en F-M.

No se ha encontrado ninguna relación entre el ámbito de ubicación de la farmacia (rural o urbana) y la práctica del SFT, mientras que sí parece que el tener una clientela habitual favorece la realización del SFT frente a las farmacias con clientes de paso, lo que, por otra parte, parece lógico.

En las farmacias que realizan el SFT y se encuentran en F-M es muy frecuente la existencia de un responsable del servicio de SFT (93%), aunque en las F-I tan sólo el 4% contaban con un responsable. Probablemente esto puede significar que la existencia de dicho responsable se puede considerar como un facilitador para la sostenibilidad del servicio.

Son pocas las farmacias que realizan SFT sin contar con una ZAP. Aunque 12 de las 100 farmacias en F-I afirman no tener ZAP, sólo hay 2 sin ZAP en F-M. Esto parece lógico porque en muchos estudios, la existencia de una ZAP se considera un facilitador.<sup>213,266,267</sup> La ZAP es un elemento que ayuda a conseguir los niveles de confidencialidad necesarios a la vez que genera una imagen de farmacia que presta servicios.<sup>268,269</sup> Por los resultados obtenidos en los que se observan diferencias significativas entre las farmacias que tienen una ZAP y las que no, en relación a la práctica del servicio, parece posible afirmar que la ZAP es un elemento casi indispensable para poder realizar el SFT de una manera sostenible, tal como recomiendan las diferentes guías y consensos.<sup>11,12,269</sup>

Los farmacéuticos que en este estudio se encuentran en la F-I, no son farmacéuticos que estaban realizando el servicio de SFT en el momento de la encuesta, sino que son farmacéuticos que en el pasado lo habían implantado, no habiendo conseguido que el servicio fuera sostenible en el tiempo. Ya ha sido descrito el efecto cansancio que puede deberse a diferentes causas entre las que probablemente las más importantes sean la falta de tiempo y la falta de pago por el servicio.<sup>41,222,270</sup> Resulta difícil mantener en el tiempo un servicio complejo, que supone la asunción de nuevas responsabilidades, que genera costos adicionales y tiempo de dedicación como el SFT, sin obtener una rentabilidad del mismo.

Sin embargo, estos farmacéuticos que en su día lograron implantar el servicio de SFT lo conocen, han sido capaces de implantarlo en la práctica y parece que son farmacéuticos que podrían estar dispuestos a mantener el servicio en el tiempo si hubiera programas de apoyo y algún tipo de reconocimiento.<sup>218</sup> El 13,8% de las F-I + F-M supone un porcentaje cercano al

de los valores críticos que suelen utilizarse por los distintos autores. Estos valores fluctúan entre el 10%<sup>66,67</sup> y el 25%.<sup>53,65</sup> Nuestro dato del 5,0% (o inferior en función al punto de corte que se establezca entre F-I y F-M) muestra que todavía se deben realizar grandes esfuerzos encaminados a la implantación del SFT. Probablemente primero sea necesario evaluar el impacto del servicio<sup>271</sup> para posteriormente plantear otras acciones específicas orientadas a integrar los diferentes facilitadores.

El mayor desconocimiento se da en Cantabria con valores del 50%. Curiosamente está rodeada de provincias con el menor grado de desconocimiento (País Vasco, La Rioja, Asturias y Castilla-León). Además, en Cantabria la F-M supone un 0%, al igual que La Rioja, Asturias y Canarias. Las mayores tasas de sostenibilidad se dan en Aragón (13,5%), Castilla-León (12,05% y Extremadura (10,81%) sin que podamos aportar ninguna explicación a estas diferencias.



## Conclusiones del Estudio

---



## 0.7- Conclusiones del Estudio

### 7.1- Conclusiones del Estudio Cualitativo

La opinión generalizada entre los participantes de los diferentes grupos focales realizados es que el servicio de Seguimiento farmacoterapéutico no se encuentra implantado en España y ello por diferentes **motivos**.

1. Existe un desconocimiento conceptual sobre aspectos generales como el término Atención Farmacéutica y aspectos más concretos como en qué consiste el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.
2. La actual farmacia como organización, incluyendo su estructura, se encuentra centrada en la venta de productos y debe evolucionar hacia un establecimiento sanitario basado en el paciente que utiliza medicamentos.
3. En el momento actual al colectivo de farmacéuticos comunitarios le falta una actitud decidida para dar el paso de una orientación al producto hacia otra centrada en el paciente que utiliza medicamentos. De hecho, hay quienes piensan que el futuro de la farmacia se encuentra precisamente en la profundización de la gestión y venta de productos, relacionados de alguna manera con la salud, mientras que otros, sobre todo los pertenecientes al grupo focal de farmacéuticos innovadores, están convencidos de que el único futuro posible de la Farmacia Comunitaria es la evolución hacia la venta y provisión de nuevos servicios profesionales remunerados.
4. En este sentido se pone de manifiesto la importancia de la actitud de los farmacéuticos titulares a la hora de marcar la decisión estratégica de la farmacia hacia la venta de producto o hacia la provisión de servicios profesionales farmacéuticos.

5. También, y muy relacionado con la actitud del titular, se refiere la falta de tiempo como una de las barreras más importantes para la implantación de servicios cognitivos como el SFT.
6. Existe la opinión generalizada de que, en cualquier caso, no será posible la implantación y posterior sostenibilidad de los servicios profesionales farmacéuticos en la Farmacia Comunitaria si éstos no son rentables, para lo que es preciso conseguir que sean remunerados por quien corresponda.
7. Además de la remuneración de los servicios a la Farmacia, se afirma que es muy importante el establecimiento de incentivos, del tipo que sean, a los proveedores del servicio.
8. No parece que la implantación de servicios en la farmacia tenga relación con el tamaño de las mismas. Para algunos sólo las farmacias grandes pueden ofrecer este tipo de servicios mientras que para otros las farmacias pequeñas son más adecuadas para proveer servicios cognitivos porque tienen más tiempo y mejor conocimiento de los pacientes.
9. La Universidad española debe actualizar sus currículos haciendo que los egresados adquieran las competencias que figuran en la legislación española. Además, se manifiesta la importancia, se hablada e la necesidad, de la creación y desarrollo de áreas o estructuras de conocimiento específicas de la Atención Farmacéutica tipo Departamento o Área de conocimiento.

Como conclusión de este trabajo de investigación exploratoria se puede afirmar que parece que por los motivos expuestos, actualmente los Servicios Profesionales Farmacéuticos no están suficientemente implantados en España por lo que no tienen visibilidad. De ello se infiere que resulta importante cuantificar el grado de implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, en el caso de que se entienda como interesante su potenciación y desarrollo, a través del abordaje de los motivos citados.



## 7.2- Conclusiones del Estudio Cuantitativo

1. 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, hasta el punto de que son menos del 3% de las farmacias comunitarias españolas las que tienen al menos 10 pacientes en seguimiento.
2. Casi un tercio de las farmacias desconoce en qué consiste el Seguimiento Farmacoterapéutico y casi otro tercio se encuentra en la fase de conocimiento, lo que significa que más del 60% de las Farmacias no tienen ninguna intención de implantar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en el corto-medio plazo.
3. El hecho de que en la farmacia exista una zona de atención personalizada (ZAP) se muestra como un elemento que facilita la implantación del SFT. Por otra parte, la existencia de un farmacéutico responsable del servicio permite la sostenibilidad del mismo una vez implantado.
4. Es necesario modificar los objetivos de la formación de grado de los estudiantes de Farmacia. Esta, debe estar menos orientada a aumentar el conocimiento sobre ciencias básicas y más orientada a que los estudiantes adquieran las competencias (actitudes, conocimientos y habilidades) que les permitan realizar la práctica asistencial que las organizaciones farmacéuticas, tanto nacionales como internacionales, están impulsando.
5. a mejorar las habilidades y competencias, es decir, deben estar encaminadas al cambio de comportamiento.



## **Bibliografía del Estudio**

---



## 0.8.- Bibliografía

- 1 Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Current Pharmaceutical Design* 2004; 10: 3969-3985
- 2 Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188
- 3 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543
- 4 Somma McGivney M, Meyer SM, Duncan-Hewitt W, Hall DL, Goode J-VR, Smith RB. Medication therapy management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 2007;47:620-628
- 5 Informe de la Reunión de la OMS. Tokio. Japón, 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm* 1995; 36:285-292
- 6 Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook – 2006. The Hague: Edition WHO and FIP; 2006
- 7 Kielgast, P J Pharmaceutical Care. Leading articles. *Int J Pharm Practice* 1993. November
- 8 Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Madrid. 2002
- 9 Bonal J. ¿Por qué se ha creado una fundación de Pharmaceutical Care? (Editorial) *Pharm Care Esp* 1999; 1: 1 - 2
- 10 Grupo de Expertos. Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- 11 Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
- 12 Foro de atención farmacéutica en farmacia comunitaria, panel de expertos. Guía práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. Mayo de 2010. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN-13: 978-84-693-1717-4.
- 13 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
- 14 Manifiesto Abarán: El farmacéutico comunitario en la atención domiciliaria y sociosanitaria. SEFAC. Abarán (Murcia), 6 de marzo de 2015 <https://www.sefac.org/documentos/34> (acceso Junio 2015)
- 15 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

- 16 Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: Short-Term Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:149-59
- 17 Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: Factors Associated With Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program *J Am Pharm Assoc* 2003;43:160-72
- 18 Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: Long-Term Clinical and Economic Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:173-84
- 19 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
- 20 Roughhead EE, Semple SJ, Vitry AI. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. *IJPP* 2005; 13: 53-70
- 21 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: 65-72
- 22 Gastelurrutia P, Benrimoj SI, Espejo J, Tuneu L, Mangués MA, Bayes-Genis M. Negative clinical outcomes associated with drug-related problems in Heart failure (HF) outpatients: impact of a pharmacist in a multidisciplinary HF clinic. *Journal of Cardiac Failure* 2011; 17 (3):217-223
- 23 Ocampo CC, García-Cardenas V, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes. *Int J Clin Pharm*. 2015 Jun 4. [Epub ahead of print] DOI 10.1007/s11096-015-0145-9
- 24 Gastelurrutia MA, Fernández-Llímós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004;marzo:10-26
- 25 Foro de Atención Farmacéutica. Dispensación. *Farmacéuticos* 2007; 321:47-50
- 26 Faus MJ, Amariles P, Martínez F. Dispensación Pág. 43-62 En: *Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos*. ISBN: 978-84-8473-609-7 Ed. Ergon. Madrid. 2008
- 27 Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical Care Practice Standards. *J Am Pharm Assoc* 1997; NS37: 529-534
- 28 Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health- Syst Pharm* 1999; 56:1758 - 1764
- 29 Canaday BR. Taking the fork in the road...and changing the world. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46 (5):546-548
- 30 Calderón N. La oficina de farmacia desde la psicología organizacional: elementos y estructura comunicativa. *AULAdeFarmacia* 2007; Diciembre:37-42
- 31 Ferrando W. Matices desde una buena dispensación activa. *E-farmacéutico comunitario* 2007;2 (4): 22
- 32 Aguiló MC. Atenció Farmacèutica? Món apotecari 2007;117:12-13
- 33 Real decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de racionalización del Uso de los Medicamentos.

34 Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico.

35 Real Decreto 1193/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento de aplicación de la escala conjunta de deducciones a la facturación mensual de cada oficina de farmacia. BOE 205. (Viernes 26 de agosto de 2011) Pág: 93645-93648

36 Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. BOE 126 (Lunes 24 de mayo de 2010) Pág. 45070 – 45128

37 Ribera Guixé C. La comunicación en la farmacia. Pharm 2007;1: 20-21

38 Gastelurrutia MA. A propósito de los servicios farmacéuticos. Offarm 2007;26(8):25

39 Valencia V. El futuro inmediato de la farmacia. Farmacia Profesional 2007;21:14-16

40 Foro de Atención Farmacéutica Informa: Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacéuticos 2007; 329:45-48

41 Gastelurrutia MA, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. Aten Primaria 2007;39(9):465-472

42 Roberts A. The constant crossroads – change management in community pharmacy. Australian pharmacist 2007; 26(3): 200 – 206

43 Hopp TR, Sorensen EW, Herborg H, Roberts AS. Implementation of cognitive pharmaceutical services (CPS) in professionally active pharmacies. International Journal of Pharmacy Practice 2005;13:1–11

44 Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. J Soc Admin Pharm 1998; 15:284-295

45 Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. J Soc Admin Pharm 1996; 13:74-88

46 Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. Int J Pharm Pract 2001; 9: 163-168

47 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

48 Fité B. ¿Qué modelo profesional queremos para los próximos 10 años?: los cambios necesarios. (Editorial) Pharmaceutical care España 2008; 10(4): 155-156

49 Eriksson K, Kerem K, Nilsson D. The adoption of commercial innovations in the former Central and Eastern European markets The case of internet banking in Estonia. International Journal of Bank Marketing. 2008; 26 (3) : 154-169

50 Valente TW, Davis RL. Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders. The Annals of the American academy of political and social sciences.1999;566:55-58

- 51 Rogers EM. Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors* 2002; 24:989-993
- 52 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
- 53 Rogers E. EM. Diffusion of Innovations. Fifth edition. New York: Free Press; 2003. ISBN: 0-7432-2209-1
- 54 Mossialos E, Courfin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, Noyce P, Sketris I, from "retailers" to health care providers: transforming the role of community pharmacists in chronic disease management, *Health Policy* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.007>
- 55 Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la Farmacia comunitaria española. *Aten Primaria* 2007; 39:465-472
- 56 Roberts AS, Hopp T, Sørensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H, Williams K, Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organizational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227-234
- 57 Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother* 2008;42(6):861-868. doi: 10.1345/aph.1K617
- 58 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
- 59 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 Granada.2005
- 60 Fernandez-Llimos 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) 4-7 March 2009. Vimeiro. Portugal.
- 61 Castrillón CC, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil 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
- 62 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. [poster] e-Farmacéutico COMUNITARIO. 2008;extra-comunicaciones poster: 19-45
- 63 Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la farmacia comunitaria para la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. [poster] *Pharmacy Practice* 2007; 5 (Suple 1): 25-41
- 64 Farris KB, Schopflocher DP. Between intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of Pharmaceutical care. *Social science & medicine* 1999; 19:55-66
- 65 Bonal J. Toda profesión tiene románticos como los que creamos la AF. *Correo Farmacéutico*. Semana del 14 al 20 de febrero de 2005
- 66 Plaza F, Díez MV. Implantación de la Atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 193-200



- 67 Lladós R. Hay que ofertar incansablemente el seguimiento farmacoterapéutico y por supuesto llevarlo a cabo. *El Farmacéutico*. 2002; 281: 48-58
- 68 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): 1360-1366
- 69 de Vries H, Willems K, Mesters I, Reubsaet A. Skin cancer prevention behaviours during summer holidays in 14 and 18-year-old Belgian adolescents. *European Journal of Cancer Prevention* 2006, 15:431-438
- 70 de Vries H, Lezwijn J, Hol M, Honing C. Skin cancer prevention: behaviour and motives of Dutch adolescents. *European Journal of Cancer Prevention* 2005, 14:39-50
- 71 Zardain Tamargo 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):216-25
- 72 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
- 73 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
- 74 Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Ed. W.H. Freeman and Company. New York. 1997.
- 75 Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Proc* 1991; 50:179-211
- 76 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.
- 77 Janz NK, Becker MH. The Health belief model: a decade later. *Health Educ Q* 1984;11-1-47
- 78 Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. *Ars Pharmaceutica* 1995; 36(2): 285-292.
- 79 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
- 80 Canady BR. Taking the Fork in the Road...and Changing the World! *Journal of the American Pharmacists Association*. 2006; 46(5): 546-48
- 81 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
- 82 Casado de Amezúa MJ, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica. [poster] *Ars Pharmaceutica*. 2008; 49 (supl. 1): 35-46
- 83 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. [Poster]. *Pharm World Sci* 2009; 31 (4): 494-508 DOI 10.1007/s11096-009-9298-8.

- 84 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
- 85 Zardain E. Factores psicosociales y proceso de cambio en farmacéuticos comunitarios españoles. [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo Oviedo.2007
- 86 Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. Ed. Quill – Harper Collins Publishers. 2002. New York. ISBN 0-380-72572-X
- 87 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
- 88 Berger BA, Grimley D. Pharmacists' readiness for rendering pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 1997;NS37:535-542.
- 89 Ficke DL, Farris K. Use of the transtheoretical model in the medication use process. *Ann Pharmacother.* 2005;39(7-8):1325-30
- 90 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
- 91 Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290
- 92 Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la farmacia comunitaria para la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharmacy Practice* 2007;5 (Suple 1):25-41.
- 93 Arroyo L, Ramos R, Puche M, March JC. Análisis de la implantación de Atención Farmacéutica en farmacias comunitarias. [poster] *Ars Pharmaceutica.* 2008; 49 (supl. 1): 35-46
- 94 van Mil JWF, De Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001;9:163-8.
- 95 Chapman C. Herzberg's Motivators and Hygiene Factors. <http://www.businessballs.com/herzbergdiagram.pdf> (acceso Julio, 2015)
- 96 Herzberg F. One more time. How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 2003; January: 2-13
- 97 Catherine Pope, Nick Mays. Como llegar adonde otros métodos no llega: una introducción a los métodos cualitativos en la investigación de la sanidad y de los servicios sanitarios. *Curso de investigación cualitativa.* Granada 2008. EASP
- 98 Stewart DW, Shamdasani 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
- 99 Gibbs GR. *Analyzing qualitative data.* Sage publications ltd. London 2010 ISBN 978-0-7619-4980

- 100 Siccama CJ, Penna S. Enhancing Validity of a Qualitative Dissertation Research Study by Using NVIVO. *Qualitative Research Journal* 2008; 8(2): 91-103
- 101 Gil García E, Pinzón Pulido S, Conti Cuesta F. Utilización del Nudist (N-Vivo®) para el análisis de datos cualitativos. *EASP* 2000 1-18
- 102 García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *EASP. Atención primaria* Vol 25 Num 3. 28 febrero 2000
- 103 Britten N. Técnicas cualitativas de entrevistas de la investigación médica. *Curso de investigación cualitativa. Granada* 2008. *EASP*
- 104 Conde F. Una reflexión sobre la investigación cualitativa en los 80. Los grupos triangulares. (CD) *Bibliografía sobre investigación cualitativa. Granada* 2002. *EASP*
- 105 Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJ. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm*, 2010, 51 (2); 69-88.
- 106 Hughes CM, Hawwa AF, 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 DOI 10.1007/s11096-010-9393-x
- 107 Hepler C. A dream deferred. *Am J Health-Syst Pharm*. 2010; 67:1319-25
- 108 Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llímós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother*. 2005;39(12):2105-10.
- 109 Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5.ª ed. Nueva York: Free Press; 2003.
- 110 Eriksson K, Kerem K, Nilsson D. The adoption of commercial innovations in the former Central and Eastern European markets. The case of internet banking in Estonia. *Int J Bank Marketing*. 2008;26(3): 154-169.
- 111 Valente TW, Davis RL. Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders. *Ann Am Acad Polit Soc Sci*. 1999; 566: 55-58.
- 112 Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llímós F. Pharmacotherapy follow-up as an innovation in community pharmacies of Badajoz (Spain). *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2004; 3(1): 10-16.
- 113 Dualde E, Faus MJ, Santonja FJ, Fernández-Llímós F. Effectiveness of a videoconference training course on implementing pharmacy services. *Pharm World Sci* 2009; 31(6): 638-42 DOI 10.1007/s11096-009-9317-9
- 114 Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M, Noain MA, Castrillon CC. Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2009; 11: 52 – 62
- 115 Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Casado MJ. Influencia de factores organizativos internos en la Farmacia Comunitaria, para la implantación de Seguimiento Farmacoterapéutico. La opinión de los farmacéuticos adjuntos. *Ars Pharmaceutica* 2008;49supl1:48-49
- 116 Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos innovadores sobre el proceso de implantación del seguimiento Farmacoterapéutico en España. *Ars Pharmaceutica* 2009;50supl1:48-49

117 Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Conocimiento de farmacéuticos sobre Atención Farmacéutica y barreras para la implantar el Seguimiento. VI Congreso Nacional de AF. Sevilla, octubre de 2009.

118 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

119 Zardain E, del Valle MO, Loza MI, García E, Lana A, Markham WA, et al. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. *Pharm World Sci* (2009) 31:174–182. DOI 10.1007/s11096-008-9275-7

120 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

121 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. *Implementation Science* 2010, 5:14-19

122 Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 2009; 119: 1442–1452 DOI: 10.1161/circulationaha.107.742775

123 Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-45

124 McDaniel C, Gates RH. Investigación de mercados. Cengage Learning Editores, 6 ed, 2005

125 Benassini M. Introducción a la investigación de mercados. Pearson Educación, 2001

126 Martínez-Martínez F, Farragher T, Faus M, García-Cardenas V, Gastelurrutia MA, Jodar F, Martín Martín JJ, Noain MA, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Varas R, Benrimoj SJ. conSIGUE Impacto. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. ISBN: 9788487276835. <http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/992/V2-Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>. (acceso Feb 2015)

127 Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorilla B. Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. *Gac sanit* v.18 n.2 Barcelona mar./abr. 2004

128 Silva Ayçaguer LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1995

129 Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. Ed. John Wiley. New York 1989

130 Abraira Santos V, Pérez de Vargas Luque A. Métodos multivariantes en bioestadística Ed. Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid 1996

131 Sánchez-Cantalejo Ramírez E. Regresión logística en Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 2000

132 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

133 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

134 García Delgado P, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Dispensación de medicamentos. Ed. Ergon SA. Madrid. 2009. ISBN 978-84-608-0851-0

135 Buenas prácticas en Farmacia Comunitaria en España. 03. Servicio de Seguimiento farmacoterapéutico en Farmacia Comunitaria. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013;03:1-14

136 Roberts A, Benrimoj SJ, 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

137 Herborg H, Sorensen EW, Frokjaer B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark. *Ann pharmacother* 2007; 41(4): 681-689

138 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

139 Alvarez-Risco A, Van Mil JWF. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Peru. *Ann Pharmacother* 2007; 41(12): 2032-2037

140 Doucette WR, Koch YD. An exploratory study of community pharmacy practice change. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40: 384-391

141 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

142 Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 93-94

143 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

144 Gil MI, Benrimoj SJ, 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

145 Tiesca 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

146 RESPECT Trial Team. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract* 2010; 60(570): e10-e19

147 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

- 148 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
- 149 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
- 150 Gil García, Modesta I. Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. [Tesis doctoral] Universidad de Granada 2013
- 151 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. "Dispensar y seguir al paciente". *AULA de la Farmacia* 2009; Noviembre: 61-62
- 152 Meneu R. La distribución y dispensación de medicamentos. *Gac Sanit* 2006; 20(Supl 1): 154-159
- 153 Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. (Editorial) *Pharm Care Esp* 1999; 1: 229-230
- 154 Gastelurrutia MA. Reflexiones sobre el término Atención Farmacéutica. Hacia un uso correcto del mismo. *Aula de la Farmacia* 2009; marzo: 43-50
- 155 Pintor-Marmol A, baena M A, Fajardo P, Sabater-Hernandez D, Sáez-Benito L, et al. Terms used in patient safety related to medication: a literature review. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2012;21:799-809
- 156 López Guzmán J. La Atención Farmacéutica desde la perspectiva ética. *El Farmacéutico* 1998; 214: 56-61
- 157 Escavias M. El seguimiento farmacoterapéutico supone una obligación moral y ética del farmacéutico. *Correo farmacéutico* 2009. Semana del 12 al 18 de octubre: 20
- 158 Castrillón C. Implantación generalizada del servicio de Seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia Comunitaria y evaluación de sus resultados en salud Evaluación clínica, económica y humanística del Servicio. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2013
- 159 Rupp MT. Value of community pharmacists' interventions to correct prescribing errors. *Ann Pharmacother* 1992; 26 (12): 1580-1584
- 160 Grabenstein JD, Hartzema AG, Guess HA, Johnston WP, Rittenhouse BE. Community pharmacists as immunization advocates: cosyt-effectiveness of a cure to influenza vaccination. *Med Care* 1992; 30(6): 503-513
- 161 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
- 162 Bluml BM, McKenney JM, Cziraky MJ. Pharmaceutical care services and results in Project ImPACT: Hyperlipidemia. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40(2): 157-165
- 163 Bond C, Raehl C. Clinical Pharmacy Services, Hospital Pharmacy Staffing, and medication errors in the United States Hospitals. *Pharmacotherapy* 2002; 22(2): 134-147
- 164 Fernández-Llimós F, Faus MJ. Resultados del programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico del paciente en España. *El Farmacéutico* 2002; 290: 83-88

- 165 APhA. Evidence of the value of the pharmacist.  
<http://www.aphanet.org/AM/Template.cfm?Section=Search&section=Payment&template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=373>. [acceso 12 de febrero de 2010]
- 166 Fernández-Llimós F. Resultados del programa Dáder: 5 años. *Seguim Farmacoter* 2005; 3 (Supl. 1): 12-13
- 167 Sabater M, Feletto E, Martínez-Martínez F, Gil MI, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI. Percepción del paciente mayor polimedicado sobre el rol del farmacéutico comunitario. *Pharm Care Esp* 2011; 13(6): 271-279
- 168 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
- 169 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
- 170 Foro de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. "Dispensar y seguir al paciente". *Pharm Care Esp* 2009; 11 (Supl 1): 3-4
- 171 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
- 172 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
- 173 Roberts AS, Benrimoj SI, Dunphy DC, Palmer IC. *Community pharmacy: Strategic change management*. Sydney: McGraw-Hill Medical; 2007
- 174 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]
- 175 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
- 176 Van Mil JWF, Fernández-Llimós F. What is "pharmaceutical care" in 2013?. [editorial] *Int J Clin Pharm* 2013; 35:1-2
- 177 Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ. Situación de la farmacia comunitaria: una reflexión personal. *Aula de la Farmacia* 2008; abril: 52-57
- 178 Cobian B. Reflexiones sobre la imagen que ofrecemos en las farmacias. (Carta al director) *Farmacéuticos Comunitarios* 2009; 1:130
- 179 McGivney MS, Meyer SM, Duncan-Hewitt W, Hall DL, Goode JR, Smith RB. Medication therapy management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc.* 2007; 47: 620-628. Doi: 10.1331/JAPhA.2007.06129
- 180 Nishtala PS, McLachlan AJ, Bell JS, Chen TF. Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008; 16(8): 621-32.

- 181 Petty D, Rayner T, Zermansky A, Alldred D. Medication review by pharmacists — the evidence still suggests benefit. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 274: 618-619
- 182 Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Quinto comunicado de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Cartera de Servicios Farmacéuticos en la Farmacia Comunitaria. *Farmacéuticos*.2011; 371:42-43
- 183 Norwood GJ, Sleath BL, Caiola SM, Lien T. Costs of implementing Pharmaceutical Care in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 1998; 38:755-761
- 184 Carroll NV, Estimating the impact of Medicare Part D on the profitability of independent community pharmacies. *J Mang Care Pharm* 2008; 14: 768-79
- 185 McDonough RP, Harthan AA, McLeese KE, Doucette WR. Retrospective financial analysis of medication therapy management services from the pharmacy's perspective. *J Am Pharm Assoc*. 2010; 50: 62-66
- 186 Zellmer WA. *The conscience of a pharmacist*. Bethesda, MD (USA): ASHP; 2002.
- 187 FORO de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. *Farmacéuticos*. 2009; 346 : 51
- 188 FORO de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. *Panorama Actual Med* 2009; 33 (326): 749
- 189 FORO de AF, farmacia comunitaria. La Misión del farmacéutico. "Dispensar y seguir al paciente".(Editorial) *Farmacéuticos Comunitarios* 2009; 1(2): 45
- 190 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro Blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid: CGCOF; 1997
- 191 Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Sigma Dos, S.A. Ed. APROAFA. Madrid: Septiembre; 2001
- 192 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
- 193 Anónimo. Imagen Social y aspectos de actualidad sobre los farmacéuticos de Farmacia de la provincia de Alicante. Alicante: COF de Alicante; 2002
- 194 Estudio sobre la percepción de la población del País Vasco con los servicios farmacéuticos. Consejo de Colegios Farmacéuticos del País Vasco. Enero, 2007
- 195 Calidad de los servicios farmacéuticos. ASGECO. FEFE.Madrid.2008
- 196 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.
- 197 Kucucarlan S, Schommer JC. Patient's expectations and their satisfaction with pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42:495-496



- 198 Johnson KA, Farris KB. Managing patient outcome data. In: Hagel HP, Rovers JP, eds. *Managing the patient centered pharmacy*. Washington, DC: APHA; 2002.
- 199 Castrillón CC, Faus MJ, Santos P, Calvo B, García Delgado P, Gastelurrutia MA. Percepción de los pacientes sobre el servicio de SFT en una Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp* (aceptado para publicación, 2009)
- 200 Armando PD, Martínez SR, Martí M, Solá NH, Faus MJ. Development and validation of a Spanish language patient satisfaction questionnaire with drug dispensing. *Pharm World Sci*. 2008 Apr;30(2):169-74.
- 201 Armando PD, Martínez SR, Molina A, Martí M, Solá N, Faus MJ. Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción con el SFT. [Poster] [CD] *Pharm Care Esp* 2007; (Supl 1) En: V Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Oviedo: Fundación Pharmaceutical Care España; 2007.
- 202 Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci* 2008; 30 (3): 211-215
- 203 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
- 204 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
- 205 Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to Pharmaceutical Care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14: 208-19.
- 206 Bellingham C. Enhanced services: what is on offer. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 275: 341-342
- 207 Carter S. Pharmacy and the new GMS contract. *The Pharmaceutical Journal* 2004; 272: 247
- 208 Anónimo. Department of Health NHS.  
<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Independentpharmacistprescribing/index.htm> (Acceso Febrero 2008)
- 209 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>
- 210 Christensen DB, Farris KB. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in the US. *Ann Pharmacother* 2006; 40(7):1400-1406
- 211 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
- 212 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]
- 213 Carnes P, Koons K. Leading the next renovation: Redesigning a pharmacy structural workspace. *J Am Pharm Assoc* 2010; 50: 416-418. doi: 10.1331/JAPhA.2010.09090

- 214 Latif A, Boardman H. Community pharmacists' attitudes towards medicines use reviews and factors Afecting the numbers performed. *Pharm World Sci* 2008; 30(5): 536-543
- 215 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
- 216 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
- 217 Aguiló MC. Introducción a la calidad en farmacia comunitaria (II). La zona de atención personalizada (ZAP). *Pharm Care Esp* 2007; 9(2): 91-96
- 218 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]
- 219 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
- 220 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
- 221 Marín C. Los costes como herramienta en la toma de decisiones (I). *Farmacia Profesional* 2005; 19(4): 34-35
- 222 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
- 223 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
- 224 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
- 225 Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, Puerto M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Benrimoj SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. *PharmacoEconomics* 2015; DOI 10.1007/s40273-015-0270-2
- 226 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
- 227 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
- 228 Benrimoj SI, Roberts AS. Providing Patient Care in Community Pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother* 2005; 39(11): 1911-1917
- 229 Castrillon CC, Faus MJ, Gastelurrutia MA. Resultados clínicos de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. [Poster] *Pharm Care Esp* 2009; 11 (Supl 1): 32-44.

230 Gastelurrutia MA. Descripción de servicios. En: Del papel a la farmacia: servicios a fondo. Curso de implantación y gestión. Servicios profesionales en farmacia comunitaria. Ed. SEFAC. Madrid. 2009 ISBN. 978-84-613-2783-6

231 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 polimedificados. Madrid. Ed. Ergon. 2012 ISBN: 978-84-8473-931-9

232 Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services 1988-1995. *Pharmacotherapy* 1996; 16: 1188-1208

233 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

234 Gonzalbo M, Vidal A, Alehya A. Seguimiento farmacoterapéutico: ¿nuevo reto en la oficina de farmacia?. [póster] *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2(Supl 1): S23-S80

235 Larson RA. Patients' willingness to pay for pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40: 618-624

236 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

237 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

238 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

239 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

240 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

241 Andrews E, Besançon L, Riggins P. Increased responsibility, increased prominence. The changing role of pharmacist. *International Pharmacy Journal* 2010; 26(2): 14-19

242 Odedina FT, Hepler CD, Segal R, Miller D. The Pharmacists' implementation of pharmaceutical care (PIPC) model. *Pharmaceutical research* 1997; 14: 135-44.

243 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

244 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. Accesible en: <http://www.guild.org.au/public/researchdoca/2003-007finalreport.pdf>.

245 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 Fisfites). *Farmacéuticos Comunitarios* 2011; 3(2): 62-66

246 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

247 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

248 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

249 Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1949-1456 Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41 (2):192-199

250 Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001; 41(2):192-9.

251 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]

252 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 (Suppl.1): 77-131

253 Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Conocimiento de farmacéuticos sobre atención farmacéutica y barreras para implantar el seguimiento. [Poster] *Pharm Care Esp* 2009; 11 (Supl 1) En: VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla: Fundación Pharmaceutical Care España; 2009

254 Greene RJ, Cavell GF, Jackson SHD. Interprofessional clinical education of medical and pharmacy students. *Medical Education*. 1996 ; 30(2): 129-133

255 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

256 Montgomery A, Källemark- 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

257 Gutiérrez-Ríos 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. *Farmacéuticos Comunitarios* 2011; 3(3): 127-135

258 Consejo general de colegios oficiales de farmaceuticos de España. Declaracion de Córdoba. Madrid. Consejo general de colegios oficiales de farmaceuticos de España. 2014. <http://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-farmaceutico/Documents/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba.pdf> (acceso junio 2015)

- 259 Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. Changing for good. 1994. Ed.: HarperCollins Publishers. New York.
- 260 Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la Farmacia Comunitaria para la implantación del servicio de SFT. [Poster] *Pharmacy Practice* 2007; 5(Supl 1): 25-41
- 261 Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la Farmacia Comunitaria para la implantación del servicio de SFT. La opinión de los adjuntos. [Poster] *Ars Pharmaceutica* 2008; 49 (Supl 1): 35-46
- 262 Feletto E, Wilson LK, Benrimoj SI. The search for business viability. *Aust J Pharm* 2008; 89(11): 68-69
- 263 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
- 264 Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(4): 286-290.
- 265 Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Información estadística. En: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/BC90535B8D675284C12577440052FAEB/\\$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/BC90535B8D675284C12577440052FAEB/$File/Estadisticas+Colegiados+2009.pdf?OpenElement) (acceso marzo, 2011)
- 266 Buisson, J. Accrediting Community Pharmacies: A way of bringing in quality standards? *Pharm J* 2002; 269: 274-5.
- 267 Rapport , Doel MA, Jerzembek GS. "Convenient space" or "a tight squeeze" :Insider views on the community pharmacy. *Health&Place* 2009; 15:315-322
- 268 Willink DP, Isetts BJ. Becoming indispensable: Developing innovative Community Pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc* 2005; 45:376-389
- 269 Foro de AF en farmacia Comunitaria. La imagen de una farmacia orientada al paciente. *Panorama Actual Med* 2010;34:1012-1013
- 270 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.
- 271 Benrimoj S. I. (Charlie), Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez Martínez F, Faus MJ. Un enfoque holístico e integrado de la implantación de los servicios farmacéuticos cognitivos. *Ars Pharm*, 2010, 51-2; 69-88





## 09.- Anexos

### 9.1 Anexos Cualitativo

#### 9.1.1 Documentación presentada en los Grupos Focales:

##### Anexo A. G.F Adjuntos

##### Anexo A.1. Invitación para participar en el GF

San Sebastián

Invitación a participar en el Grupo Focal sobre:

**INFLUENCIA DE FACTORES ORGANIZATIVOS INTERNOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA,  
PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.  
LA OPINIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS ADJUNTOS.**

Estimado farmacéutico:

Mediante este escrito quisiera pedirte tu colaboración en un trabajo de investigación que estamos realizando Belén Larrañaga y yo mismo, en colaboración con M<sup>a</sup> José Casado de Amezúa, del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, y cuyos resultados se incorporarán a su Tesis Doctoral que lleva por título: "*Análisis de la opinión de Farmacéuticos Comunitarios sobre su futuro profesional*".

Te adjunto el proyecto de investigación abreviado de esta parte del estudio, donde se describe tanto la justificación, como el objetivo y el método. Doy por supuesto, que si tras la lectura del mismo te surge cualquier duda sobre el tema, estaré encantado de tratar de resolvértela.

Lo que te solicito es tu participación en un Grupo Focal que se desarrollará el próximo día 12 de marzo, en los locales del Colegio de Farmacéuticos de Guipúzcoa, a las 14:00 horas. Este Grupo Focal está previsto que tenga una duración de, aproximadamente, una hora y media. Consistirá en una reunión de un grupo de farmacéuticos adjuntos, inferior a doce, con el objetivo de analizar la percepción de los farmacéuticos adjuntos sobre asuntos relacionados con la organización interna de la farmacia. Como verás por el documento de consentimiento informado, toda la información se tratará confidencialmente.

Agradeciéndote de antemano tu colaboración, recibe un saludo.

Fdo.: Miguel Angel Gastelurrutia. Farmacéutico colegiado nº 690



## **Anexo A.2. Protocolo de Investigación**

Titulo

### **INFLUENCIA DE FACTORES ORGANIZATIVOS INTERNOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO. LA OPINIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS ADJUNTOS.**

Introducción

La Oficina de Farmacia es un establecimiento sanitario en el que además del medicamento y productos sanitarios, los usuarios pueden encontrar, aparte de consejo e información sobre medicamentos y salud en general, diferentes productos de parafarmacia.

El farmacéutico es el profesional encargado de facilitar el acceso de los medicamentos a los pacientes. Se trata de un agente sanitario cercano y accesible, con una formación universitaria.

La farmacia lleva años inmersa en un proceso de cambio.<sup>1</sup> Desde que en los años 60 comenzara su andadura la denominada farmacia clínica, se está desarrollando un proceso de evolución profesional que, fundamentalmente, se basa en que el farmacéutico pase de entender el medicamento como el centro y objetivo único de su profesión, a ocuparse de los pacientes que utilizan medicamentos.<sup>2</sup>

Como consecuencia de este cambio, los organismos e instituciones relacionadas con la farmacia, tanto nacionales como internacionales,<sup>3,4,5,6,7</sup> han manifestado públicamente que la práctica profesional de los farmacéuticos, ejerzan en el ámbito asistencial que ejerzan, debe basarse en la Atención Farmacéutica (AF), que consiste en una nueva filosofía de la práctica farmacéutica.<sup>8</sup> La puesta en práctica de la Atención Farmacéutica se debe hacer mediante la implantación progresiva de diferentes servicios cognitivos<sup>1</sup> (SC) del farmacéutico.<sup>9</sup>

En España acaba de finalizar sus trabajos el Foro de Atención Farmacéutica.<sup>10</sup> Foro ha definido y operativizado la Atención Farmacéutica como la práctica profesional del farmacéutico para atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación mediante la realización de la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico (SFT).<sup>11</sup> Por tanto, estos dos servicios cognitivos deberían adquirir una importancia fundamental y constituirse en componentes básicos y "obligatorios" de la actividad asistencial cotidiana de los farmacéuticos.

---

<sup>1</sup> Se definen como servicios cognitivos, aquellos servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar bien el proceso de uso de los medicamentos o bien los resultados de la farmacoterapia.

Se está trabajando mucho en la mejora de la dispensación. Sin embargo, la implantación del seguimiento farmacoterapéutico sigue sin conseguir su generalización y por tanto no existe visibilidad social del mismo.

Se han identificado diversos facilitadores que pueden contribuir a simplificar la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en la Farmacia Comunitaria (FC). Algunos son "externos" a la farmacia, como el sistema de remuneración, la formación universitaria o la demanda del servicio. Sin embargo, **existen otros, a nivel de la organización interna de la farmacia**, que los propios farmacéuticos podrían modular.

En un trabajo reciente se analizó la influencia de diversos factores organizativos internos de la farmacia en la implantación del servicio de SFT.<sup>12</sup> En dicho trabajo se discutió sobre varios facilitadores relacionados con la organización interna de la farmacia: el trabajo por tareas; trabajo en equipo (con la colaboración de todos los miembros); la necesidad de motivación del farmacéutico (titular y adjunto); la necesidad de un espacio físico adecuado (ZAP); la presencia del titular en la farmacia y la realización del SFT como una de las prioridades de la farmacia. En la situación actual, de falta de pago por el servicio y de un sobreesfuerzo estructural (reforma de la farmacia) e intelectual (tiempo de estudio y de dedicación al paciente), se definió como un elemento importante que el farmacéutico que realice el servicio posea la cualidad de ser "una persona altruista". Finalmente, quedó patente la importancia que tiene la motivación del titular frente al SFT, porque es él quién define los servicios que se ofrecen en su farmacia, así como el orden de prioridades ante las diversas actividades que se deben realizar en la farmacia.<sup>12</sup>

Sin embargo, también se manifestó que los adjuntos tenían, en general, una mejor actitud hacia la implantación de nuevos servicios, y más concretamente, del servicio de SFT. El problema surge a la hora de priorizar las actividades que se realizan en la farmacia y, fundamentalmente, a la hora de definir los servicios que en ella se prestarán.<sup>12</sup>

En este contexto, parece interesante conocer la situación de los farmacéuticos adjuntos, su relación con el titular, con los servicios que en la farmacia se prestan y, sobre todo, aspectos relacionados con la actitud, la influencia social y la autoeficacia<sup>2</sup>, de este grupo de profesionales.

### Objetivo

Obtener información sobre **la percepción que tienen los farmacéuticos adjuntos sobre la necesidad de implantar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y analizar aspectos relacionados con el cambio del comportamiento de farmacéutico**. Más concretamente, se pretende analizar la actitud, la influencia social y la autoeficacia de los farmacéuticos adjuntos, así como las barreras y facilitadores "internos" para la implantación del seguimiento, que identifiquen los mismos.

---

<sup>2</sup> Autoeficacia: se define como la apreciación subjetiva del individuo acerca de su propia capacidad para realizar una conducta concreta. (Lo capaz que uno se ve para hacer algo concreto.) (Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. Ed: W.H. Freeman and Company. 1997).

## 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.

### Anexo A.3. Guía de la entrevista

#### GUIA ENTREVISTA GRUPO FOCAL: ADJUNTOS

A) En la farmacia colaboran farmacéuticos (Titular/es y adjuntos) y auxiliares.

1. Si existe distribución de tareas en la farmacia, es decir, si cada profesional sabe que es lo que tiene que hacer y están definidos los roles de cada uno.

2. Cuales son las prioridades en la farmacia.

- *Dispensación*
- *Recogida del pedido.*
- *Atención al delegado del laboratorio.*
- *Facturación.*
- *Ó el Seguimiento Farmacoterapéutico, en su caso.*

B) Queremos conocer si se hace o no SFT

3. ¿Se realiza el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia?

- Si → {
- *Con qué prioridad.*
  - *¿Cuántos pacientes?*
  - *Cuales y como son las relaciones internas entre el personal*
- No → {
- *¿Por qué no se hace?*
  - *¿Quien decide que no se haga?*
  - *¿El titular? ó ¿es decisión conjunta?*

C) Concienciación (motivación del titular)

4. ¿Cómo creéis que se podría convencer ó motivar al titular para que lo implante, ó permita que se implante, el seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia?

5. ¿Creéis que los adjuntos están más motivados que los titulares para la implantación de este tipo de servicios?

6. Es lo mismo

“permitir que un adjunto haga SFT”

A decir que

“el titular considera prioritario el SFT en la farmacia e impulsar el servicio, dotando a la farmacia de la estructura necesaria y dando apoyo al/los farmacéutico/s adjunto/s proporcionándole tiempo, y otros medios necesarios”

D) ASEMDEL: vamos a abordar algunos aspectos psicosociales de los adjuntos sobre diferentes aspectos del I-Change model.

### Actitud

7. ¿Os parece que la realización del SFT aporta más ventajas a la farmacia que desventajas?

Ventajas { *Prestación farmacéutica de más calidad.*  
*Aumento del reconocimiento social.*  
*Aumenta el conocimiento.*  
*Proporciona una atención mas personalizada.* } ¿Son ventajas?

Desventajas { *Más tiempo dedicado a los pacientes.*  
*Más papeleo y carga de trabajo.*  
*No esta remunerado*  
*Opinión desfavorable de otros profesionales (Médicos)* } ¿Son desventajas?

¿Alguna otra ventaja o desventaja?

¿Superan las ventajas las desventajas ó no?

¿El resultado final os parece positivo o negativo? (Desventajas > Ventajas) → ¿Qué os parece?

### Influencia Social

Personal.

8. ¿Hasta que punto consideráis que los pacientes os requieren el servicio?. En caso de que no os lo pidan: ¿Creéis que lo necesitan?

9. Hasta que punto creéis que los farmacéuticos adjuntos podéis influir sobre el titular para motivarle y que cambie de actitud?

10. Hasta que punto creéis que el que haya otras farmacias colindantes, cercanas, donde se haga SFT puede influir en el que se implante el servicio en otra farmacia?

Organismos

11. ¿Hasta que punto creéis que puede influir en el titular, cierto tipo de acciones por parte del Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ó del Centro de Salud ó de la Conserjería y Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma?

### Autoeficacia

12. En vuestra situación actual, con la farmacia que tenéis y los recursos con los que contáis, como valoráis vuestra capacidad para realizar SFT (vuestra percepción de en que medida estáis "capacitados" para hacer SFT).

E) Motivación

13. ¿Hasta que punto pensáis que los siguientes aspectos pueden motivar a los titulares para que cambie su actitud y se planteen hacer SFT?

*Por Ejemplo: ¿Pensáis que “buscar el bienestar de los pacientes” (aspecto altruista) pueden motivar al titular?*

*Ó pensáis que “la necesidad de prestigiar la profesión” ó “la satisfacción personal” ó “demostrar que el farmacéutico es necesario”*

*¿Son elementos que pueden motivar a los titulares?*

¿Ó por ultimo pensáis que “la necesidad de la supervivencia de la farmacia, del actual modelo” puede motivar al farmacéutico?

## Anexo B. G.F Rurales

### *Anexo B.1. Invitación para participar en el GF*

Granada

**Invitación a participar en el trabajo de tesis doctoral, que lleva por título**

**ANÁLISIS DE LA OPINION DE FARMACEUTICOS COMUNITARIOS SOBRE SU FUTURO PROFESIONAL.**

Estimado farmacéutico:

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.

Le adjunto el proyecto de investigación abreviado del estudio, donde se describe tanto la justificación, como el objetivo y el método. Doy por supuesto, que si tras la lectura del mismo le surge cualquier duda sobre el tema, estaré encantada de tratar de resolvérsela.

Lo que le solicito es su participación en un grupo focal que se desarrollará el día 28 de abril, a la 17:00 horas. El lugar de la reunión tendrá lugar en la Facultad de Farmacia en la unidad de postgrado (planta -2). Un Grupo Focal tiene una duración de aproximadamente una hora y media y en este caso consistirá en una reunión de un grupo de farmacéuticos, nunca mayor a doce personas.

En breve me pondré en contacto con usted para, si acepta participar en el mismo, concretar los aspectos prácticos de su celebración.

Agradeciéndole de antemano su colaboración reciba un saludo.

Fdo.: María José Casado de Amezúa Sánchez.

Co-directores:

Fernando Martínez

Miguel Ángel Gastelurrutia

## Anexo C. G.F Semiurbanas, urbanas y Comerciales

### *Anexo C.1. Invitación Semiurbanas, urbanas, Comerciales, Innovadores y Congreso.*



Estimado amigo/a:

Mediante este escrito quisiera pedirte tu colaboración en el trabajo de investigación que estamos realizando el Grupo de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Con este proyecto de investigación tratamos de obtener la valiosa información sobre la percepción que tienen los farmacéuticos comunitarios sobre la situación actual de la asistencia farmacéutica y sobre el futuro de la misma.

Lo que le solicitamos es tu participación en un grupo focal, teniendo una duración de aproximadamente una hora y media y en este caso consistirá en una reunión de un grupo de farmacéuticos, nunca mayor a doce 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.

Espero que aceptes este ofrecimiento con el convencimiento de que la participación de los farmacéuticos comunitarios en proyectos de investigación supone una actualización y mejora profesional.

Agradeciéndote de antemano tu colaboración y a la espera de tus noticias recibe un cordial saludo.

Prof. Dr. Fernando Martínez Martínez.  
Coordinador del Grupo Investigación en Atención Farmacéutica.  
Universidad de Granada.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica CT5-131. Universidad de Granada  
Facultad de Farmacia, Campus Cartuja s/n 18071 Granada  
Telf: 958 243 840 Fax: 958 248 960  
gia-ugr@atencionfarmaceutica-ugr.es www.atencionfarmaceutica-ugr.es



## Anexo D. G.F Innovadores

### Anexo D.1. Guía Entrevista GF

#### Expertos en Seguimiento Farmacoterapéutico

<b>Situación de la Farmacia comunitaria: en general</b>	Se pretende adquirir información sobre la opinión de los participantes sobre el rumbo, general, de la farmacia (no de "sus" farmacias) : mercantilización progresiva vs. Reprofesionalización
<b>Situación de los servicios cognitivos (servicios de Atención Farmacéutica) en la farmacia española</b>	Información sobre los servicios concretos y su grado de implantación y profesionalidad: Ej. metadona, SPD, PIJ, dispensación, indicación, etc.... y registros
<b>Situación del SFT en la farmacia española y también en sus farmacias</b>	
<b>Dificultad por la implantación del SFT: su realización cotidiana y su sostenibilidad.</b>	
<b>El SFT como elemento de fidelización de usuarios o clientes de la farmacia</b>	
<b>ASE model:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ACTITUD</b> de los farmacéuticos</li><li>• <b>Influencia Social</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Colegios,</li><li>○ Administración sanitaria</li><li>○ Pacientes</li><li>○ Médicos</li><li>○ Otros...</li></ul></li><li>• <b>Autoeficacia</b> de los farmacéuticos en relación con la práctica del SFT</li></ul>	
<b>I-change model:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Factores</b> motivacionales:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Conocimiento</li><li>○ Cues for action</li><li>○ Percepción del riesgo</li></ul></li></ul>	
<b>Observaciones finales</b>	

## Anexo E. G.F Rurales, Semi-urbanas, Comerciales, Urbanas, Congreso, Innovadores. Innovadores

### Anexo E.1. Protocolo de investigación GF; Rurales, Semi-urbanas, Comerciales, Urbanas, Congreso, Innovadores.

Título

#### **ANÁLISIS DE LA OPINION DE FARMACEUTICOS COMUNITARIOS SOBRE SU FUTURO PROFESIONAL.**

Introducción

La Oficina de Farmacia es un establecimiento sanitario en el que además del medicamento y productos sanitarios, los usuarios pueden encontrar, aparte de consejo e información sobre medicamentos y salud en general, diferentes productos de parafarmacia.

El farmacéutico es el profesional encargado de facilitar el acceso de los medicamentos a los pacientes. Se trata de un agente sanitario cercano y accesible, con una formación universitaria.

La farmacia cumple una función social importante. Sin embargo, la continua disminución de la rentabilidad de los establecimientos farmacéuticos, por diferentes motivos (sistema de precios de referencia, aplicación de las sucesivas Ordenes Ministeriales de reducción de precios de los medicamentos, Real Decreto 5/2000, etc.) hace que el farmacéutico deba reaccionar y tratar de mejorar la gestión de los recursos con que cuenta.

Por eso, parece interesante, en un momento histórico en el que la farmacia aborda problemas estructurales ("Informe motivado" de la UE), el estudio y análisis de la percepción de los farmacéuticos titulares que ejercen su trabajo en la Oficina de Farmacia, sobre su actividad cotidiana y sobre su futuro profesional.

Objetivo

Obtener información sobre la percepción que tienen los farmacéuticos comunitarios sobre la situación actual de la asistencia farmacéutica y sobre el futuro de la misma.

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.

## Anexo E.2. Guía entrevista GF; Rurales, Semi-urbanas, Comerciales, Urbanas, Congreso, Innovadores.

### ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS ANTE SU FUTURO PROFESIONAL.

A) Idea general sobre la opinión de los participantes sobre su práctica cotidiana: que es lo que hacen. Describir con bastante detalle el día a día en su farmacia.

*Debemos conseguir que describan con detalle su día a día y que se sientan cómodos con la reunión y verifiquen si están "satisfechos" con su trabajo, (personas "convencidas" de que hacen un buen trabajo y además, que trabajan mucho).*

1. ¿Cómo veis la situación actual de la farmacia en general y de la vuestra en particular?

2. En vuestras farmacias ¿qué se hace? ¿Cual es la actividad cotidiana? ¿Cual es el día a día?

- Dispensación
- Venta de parafarmacia (¿Se vende bien?, ¿Va a más?, ¿Cual es el porcentaje sobre ventas totales de parafarmacia?, Pantallas de televisión, escaparates, merchandising,...).
- Trabajo burocrático, administrativo, facturación de recetas,...
- Educación para la Salud, dietas, colesterol, peso,...
- Otros Servicios

3. Grado de satisfacción con el trabajo que realizan. ¿Creéis que atendéis a las necesidades de vuestros usuarios?

*(si dan respuesta a lo que ellos(los usuarios) quieren)*

B) Una vez que los farmacéuticos han descrito su trabajo, vamos a tratar de relacionar ese trabajo con su percepción de las necesidades de los usuarios.

4. "Como consecuencia"..., entonces la gente está contenta (satisfecha) con la farmacia, ¿no?

5. ¿Que es lo que los usuarios (la gente) quieren?

C) Unido a las necesidades de los usuarios, queremos abordar, analizar, que es lo que los farmacéuticos pretenden: (preocupación de los farmacéuticos sobre su negocio.)

6. ¿Que es lo que a la farmacia le interesa hacer para aumentar las ventas?

- Más parafarmacia.
- Más escaparates.
- Usan zonas calientes.
- Traen esteticistas.
- Merchandising.
- Marketing de producto.

D) Prioridades en la farmacia

*Dan prioridad:*

- *Al pedido*
- *A los pacientes*
- *Comerciales*
- *etc.*

E) Ahora, pretendemos analizar el papel, si lo tiene, de la Atención Farmacéutica en estas farmacias. Si se trata de algo útil, ó es una invención de un grupo de iluminados para sacar dinero con cosas y "vender humo".

6. ¿Como veis la Atención Farmacéutica?, ¿Qué es para vosotros? ¿Tiene cabida en vuestra farmacia?, ¿Cómo encaja?, ¿Es algo útil ó es una invención de un grupo de iluminados?

7. Tiene algún futuro la Atención Farmacéutica, en vuestras farmacias ó es algo inventado por alguna Universidad, gente que quiere ganar dineros,...

8. Cómo veis todo ese bombardeo en la prensa profesional (Correo Farmacéutico, Global...) e incluso el Consejo (con un plan estratégico de la Atención Farmacéutica).

¿Por que se habla tanto de ella?

¿Tiene alguna viabilidad?

F) Para finalizar:

9. ¿Creéis que puede ser interesante el SFT?

*En función de la respuesta se continuará con: ASEMOMDEL: vamos a abordar algunos aspectos psicosociales de los farmacéuticos sobre diferentes aspectos del I-Change model.*

### Actitud

10. ¿Os parece que la realización del SFT aporta más ventajas a la farmacia que desventajas?

Ventajas { *Prestación farmacéutica de más calidad.*  
*Aumento del reconocimiento social.*  
*Aumenta el conocimiento.*  
*Proporciona una atención mas personalizada.* } ¿Son ventajas?

Desventajas { *Más tiempo dedicado a los pacientes.*  
*Más papeleo y carga de trabajo.*  
*No esta remunerado*  
*Opinión desfavorable de otros profesionales*  
*(médicos)* } ¿Son desventajas?

¿Alguna otra ventaja o desventaja?

¿Superan las ventajas las desventajas ó no? —————> ¿Qué os parece?

¿El resultado final os parece positivo o negativo? (*Desventajas > Ventajas*)

### Influencia Social

Personal.

11. ¿Hasta que punto consideráis que los pacientes os requieren el servicio? En caso de que no os lo pidan: ¿Creéis que lo necesitan?

12. ¿Hasta que punto creéis que el que haya otras farmacias colindantes, cercanas, donde se haga SFT puede influir en el que se implante el servicio en otra farmacia?

Organismos

13. ¿Hasta que punto creéis que puede influir en vosotros, cierto tipo de acciones por parte del Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ó del Centro de Salud ó de la Conserjería y Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma?

### Autoeficacia

14. En vuestra situación actual, con la farmacia que tenéis y los recursos con los que contáis, como valoráis vuestra capacidad para realizar SFT (*vuestra percepción de en que medida estáis "capacitados" para hacer SFT*).

### Motivación

15. ¿Hasta que punto pensáis que los siguientes aspectos pueden motivaros para que cambie vuestra actitud y os planteéis hacer SFT?

*Por Ejemplo: ¿Pensáis que “buscar el bienestar de los pacientes” (aspecto altruista) puede motivar al farmacéutico?*

*Ó pensáis que “la necesidad de prestigiar la profesión” ó “la satisfacción personal” ó “demostrar que el farmacéutico es necesario”  
¿Son elementos que pueden motivar a los titulares?*

¿Ó por ultimo pensáis que “la necesidad de la supervivencia de la farmacia, del actual modelo” puede motivar al farmacéutico?

### Anexo E.3. Documento de Consentimiento Informado común para todos los grupos.

#### Documento de consentimiento informado

Proyecto de investigación

ANÁLISIS DE LA OPINION DE FARMACEUTICOS COMUNITARIOS SOBRE SU FUTURO PROFESIONAL.

Yo, Dña/D.....  
(Nombre y dos apellidos)

con DNI....., declaro que he leído y comprendido el proyecto de investigación titulado "*Análisis de la opinión de farmacéuticos comunitarios sobre su futuro profesional*", que esta realizando Dña. María José Casado de Amezúa Sánchez, dirigida por la profesora María José Faus de la Universidad de Granada y 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.:

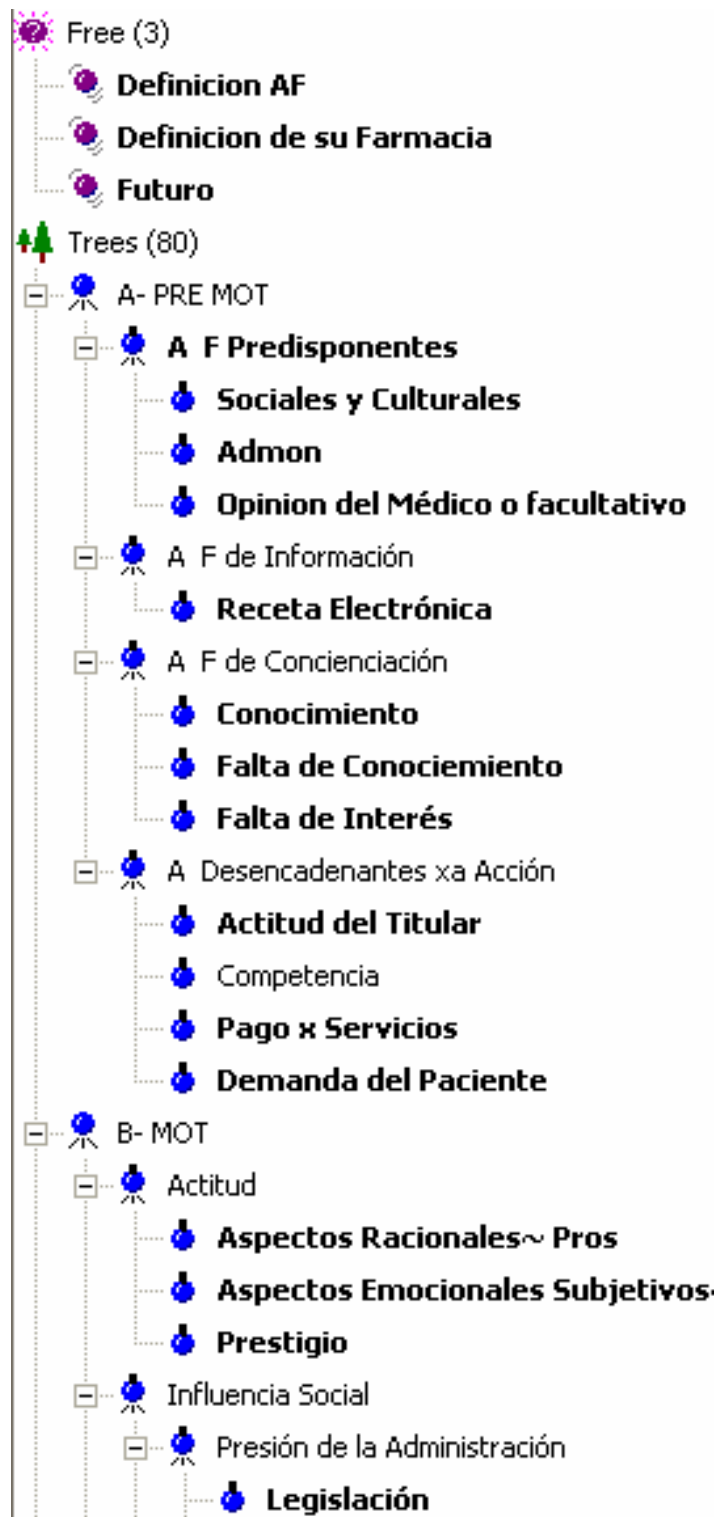
Fecha .....

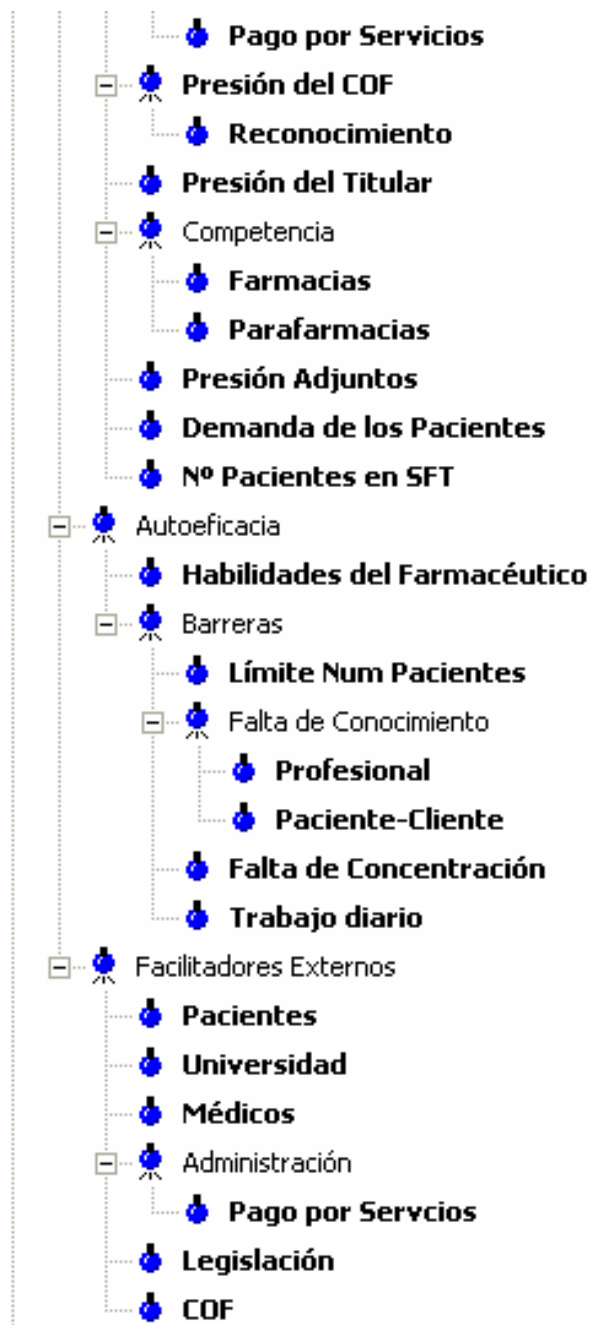


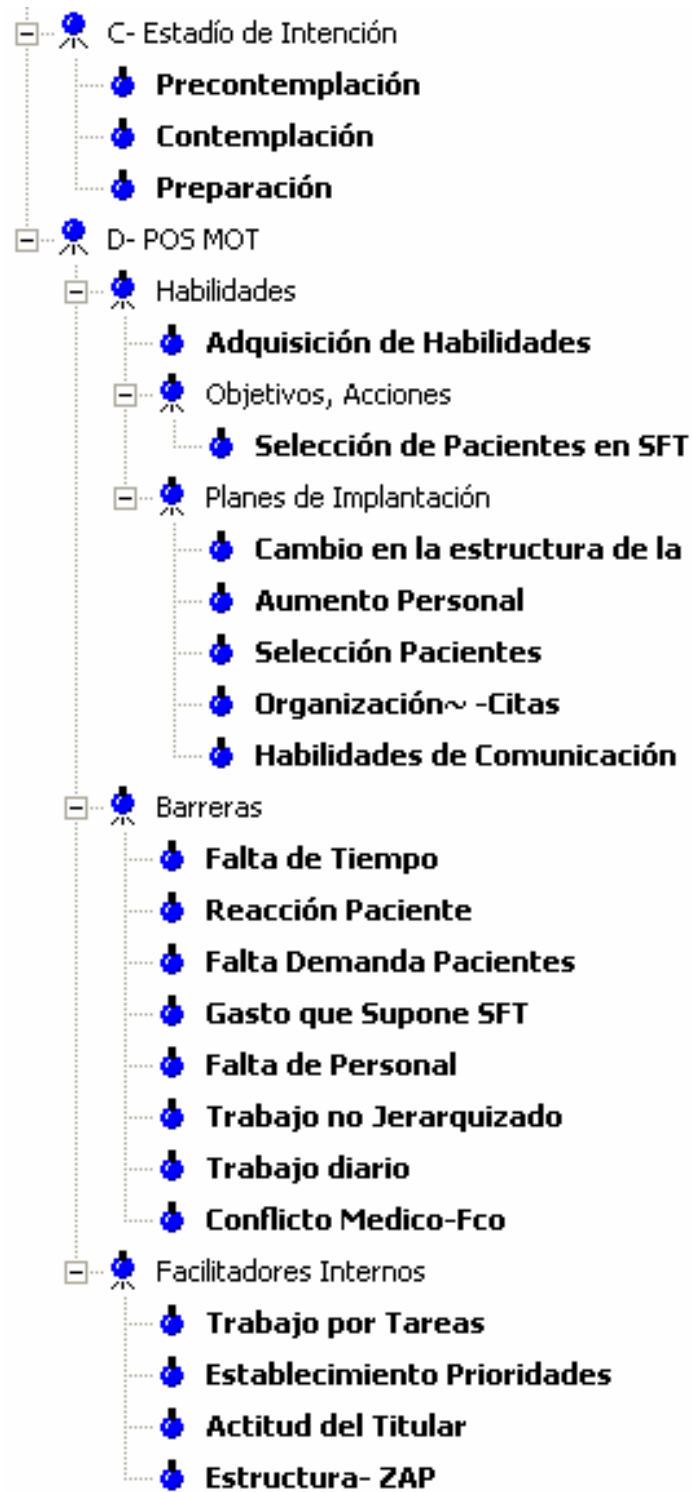
### 9.1.2 Categorías establecidas según el Marco Teórico.:

#### Anexo F. Categorías/Nodos N-Vivo General.

##### Anexo F.1. Categorías Seleccionadas

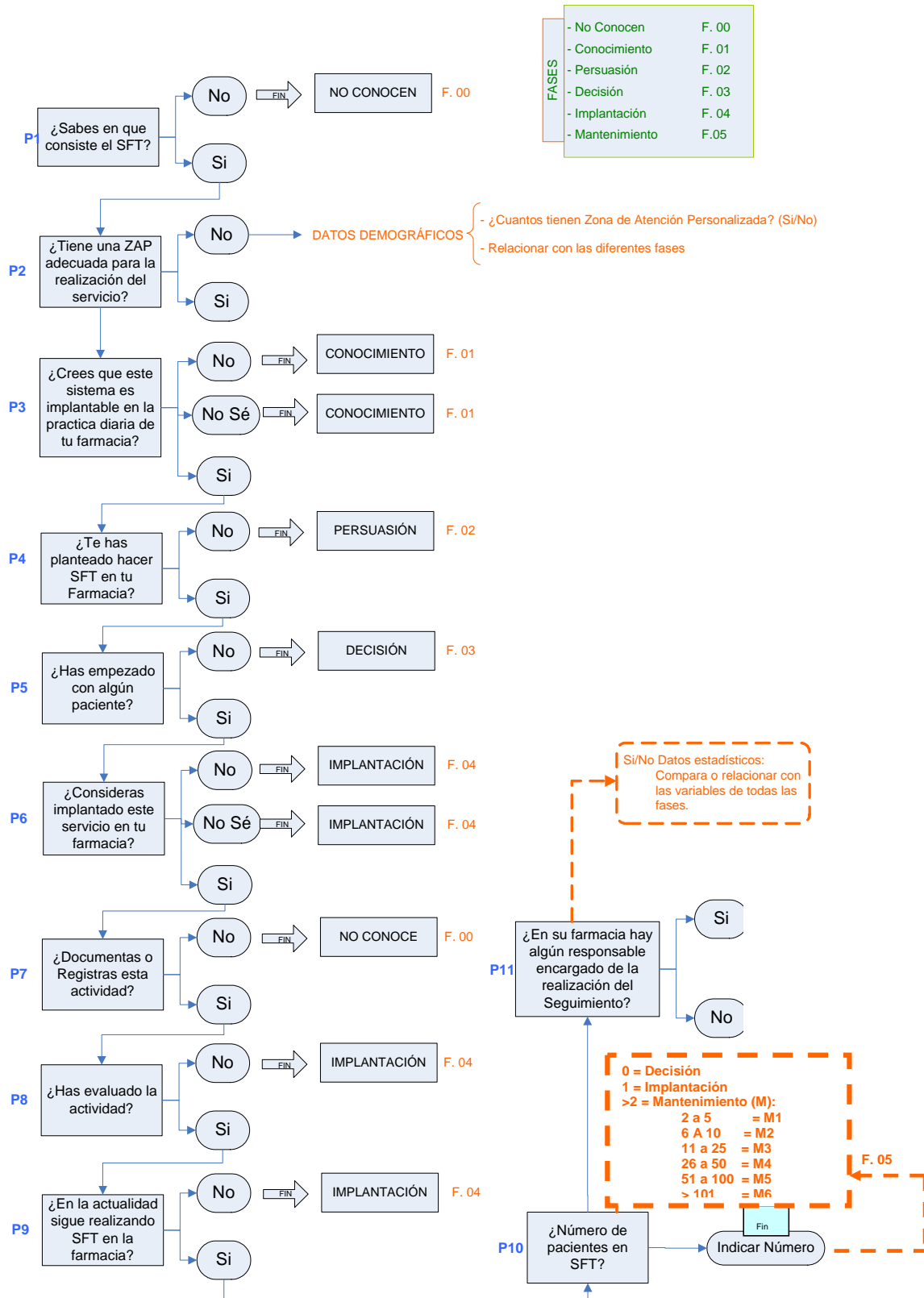






## 9.2 Anexos Cuantitativo

### Anexo G.1. Cuestionario. Categorización en función de las respuestas



## Anexo G.2. Cuestionario. Cuestionario: Datos demográficos.

### **Datos Demográficos**

**Sexo**

**Edad**

**Años de ejercicio en la farmacia (experiencia profesional)**

**Categoría profesional:**

Titular

Adjunto

**Formación en SFT**

Si

No

**Habitantes (Población):**

< 1.000

2.000-2.500

2.501-100.000

>100.000

**Situación informática en la farmacia.**

**Hay adjuntos o auxiliares: Si/No**

Si: N° Auxiliar

N° Adjuntos

N° Titulares

**Tipo Clientela predominante: (estimelo en %)**

Estacional

Habitual

Esporádicos

**Anexo G.3. Población total y muestra seleccionada por comunidades autónómicas. Fracción de muestreo por comunidades para un muestreo aleatorizado simple estratificado.**

Autónoma	n	%	N	Fracción de muestreo
Andalucía	196	17,27	3555	5,51%
Aragón	37	3,26	678	5,46%
Asturias	26	2,29	465	5,59%
Cantabria	14	1,23	254	5,51%
Castilla y León	83	7,31	1493	5,56%
Castilla-La Mancha	61	5,37	1110	5,50%
Cataluña	165	14,54	2982	5,53%
Extremadura	37	3,26	661	5,60%
Galicia	69	6,08	1257	5,49%
Islas Baleares	22	1,94	392	5,61%
Islas Canarias	38	3,35	694	5,48%
La Rioja	8	0,70	142	5,63%
Madrid	153	13,48	2774	5,52%
Murcia	31	2,73	554	5,60%
Navarra	31	2,73	555	5,59%
País Vasco	45	3,96	813	5,54%
Valencia	119	10,48	2158	5,51%
<b>Total</b>	<b>1135</b>	<b>100,00</b>	<b>20537</b>	<b>5,53%</b>

**Anexo G.4. Análisis Bivariante. Los valores máximos y mínimos por cada fase están señalados en ella. Comunidad Autónoma y Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers.**

	F-noC		F-C; F-P; F-D		F-I		F-M		
ANDALUCIA	75	38,27	100	51,02	18	9,18	3	1,53	
ARAGON	10	27,03	15	40,54	7	18,92	5	13,51	
CANARIAS	11	28,95	22	57,89	5	13,16	0	0,00	
CANTABRIA	7	50,00	7	50,00	0	0,00	0	0,00	
CASTILLA LA MANCHA	21	34,43	32	52,46	5	8,20	3	4,92	
CASTILLA LEON	17	20,48	49	59,04	7	8,43	10	12,05	
CATALUÑA	47	28,48	98	59,39	10	6,06	10	6,06	
COMUNIDAD DE MADRID	53	34,64	84	54,90	11	7,19	5	3,27	
COMUNIDAD NAVARRA	12	38,71	16	51,61	2	6,45	1	3,23	
COMUNIDAD VALENCIANA	42	35,29	58	48,74	13	10,92	6	5,04	
EXTREMADURA	11	29,73	20	54,05	2	5,41	4	10,81	
GALICIA	19	27,54	39	56,52	8	11,59	3	4,35	
ISLAS BALEARES	5	22,73	15	68,18	0	0,00	2	9,09	
LA RIOJA	1	12,50	6	75,00	1	12,50	0	0,00	
MURCIA	12	38,71	12	38,71	4	12,90	3	9,68	
PAIS VASCO	5	11,11	33	73,33	5	11,11	2	4,44	
PRINCIPADO DE ASTURIAS	5	19,23	19	73,08	2	7,69	0	0,00	
<b>total</b>	<b>353</b>	<b>31,10</b>	<b>625</b>	<b>55,07</b>	<b>100</b>	<b>8,81</b>	<b>57</b>	<b>5,02</b>	

F-noC=No conocen; F-C= Conocimiento; F-P= Persuasión; F-D= Decisión; F-I=Implantación; F-M=Mantenimiento

### 9.3 Artículos

#### Anexo H.1 Informe del Taller sobre Investigación Cualitativa.



Taller sobre investigación cualitativa. Práctica de un grupo focal realizado durante VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica (Sevilla, 2009):



Printed in Spain

Impreso en España



## Anexo H.2. Pharmacy World & Science

Pharm World Sci (2009) 31:32–39  
DOI 10.1007/s11096-008-9261-0

RESEARCH ARTICLE

### Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy

Miguel A. Gastelurrutia · S. I. Charlie Benrimoj ·  
Carla C. Castrillon · María J. Casado de Amezua ·  
Fernando Fernandez-Llimos · María J. Faus

Received: 21 November 2007 / Accepted: 11 October 2008 / Published online: 8 November 2008  
© Springer Science+Business Media B.V. 2008

**Abstract** *Objective* To identify and prioritise facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Setting* Spanish community pharmacies. *Method* Qualitative study. Thirty-three semi-structured interviews were conducted with community pharmacists ( $n = 15$ ) and pharmacy strategists ( $n = 18$ ), and the results were examined using the content analysis method. In addition, two nominal groups (seven community pharmacists and seven strategists) were formed to identify and prioritise facilitators. Results of both techniques were then triangulated. *Main outcome measures* Facilitators for practice change. *Results* Twelve facilitators were identified and grouped into four domains (D1: Pharmacist; D2: Pharmacy as an organisation; D3: Pharmaceutical profession; D4: Miscellaneous). Facilitators identified in D1 include: the need for more clinical education at both pre- and post-graduate levels; the need for clearer and unequivocal messages from professional leaders about the future of the

professional practice; and the need for a change in pharmacists' attitudes. Facilitators in D2 are: the need to change the reimbursement system to accommodate cognitive service delivery as well as dispensing; and the need to change the front office of pharmacies. Facilitators identified in D3 are: the need for the Spanish National Professional Association to take a leadership role in the implementation of cognitive services; the need to reduce administrative workload; and the need for universities to reduce the gap between education and research. Other facilitators identified in this study include: the need to increase patients' demand for cognitive services at pharmacies; the need to improve pharmacist-physician relationships; the need for support from health care authorities; and the need for improved marketing of cognitive services and their benefits to society, including physicians and health care authorities. *Conclusion* Twelve facilitators were identified. Strategists considered clinical education and pharmacists' attitude as the most important, and remuneration of little importance. Community pharmacists, in contrast, considered remuneration as the most important facilitator for practice change.

M. A. Gastelurrutia (✉) · C. C. Castrillon  
Community Pharmacist, Paseo de Larratxo, 98,  
20017 San Sebastian, Spain  
e-mail: magastelu@farmanorte.org

M. A. Gastelurrutia · M. J. C. de Amezua ·  
F. Fernandez-Llimos · M. J. Faus  
Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada,  
Granada, Spain

S. I. C. Benrimoj  
Department of Pharmacy Practice, University of Sydney,  
Sydney, Australia

F. Fernandez-Llimos  
Department of Social Pharmacy, University of Lisbon,  
Lisbon, Portugal

**Keywords** Change management · Change strategy ·  
Cognitive pharmacy services · Community pharmacy ·  
Pharmacists · Qualitative analysis · Spain

#### Impact of findings on practice

- Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy are similar to those found in other countries.
- Strategists and pharmacist practitioners rank the importance of facilitators differently, notably change in

 Springer



## Anexo H.3. Aula de la farmacia

# OPINIÓN

## Situación de la farmacia comunitaria: una reflexión personal

**Miguel Ángel Gastelurrutia**

Farmacéutico comunitario en San Sebastián.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

**María José Casado de Amezúa**

BAIB - MBA. Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica  
de la Universidad de Granada

Cuando el director de esta publicación nos pidió una reflexión personal sobre la situación de la farmacia comunitaria y su futuro, no dudamos en aceptar ya que se trata de un asunto sobre el que actualmente estamos trabajando, nos apasiona y ya lo adelantamos, nos preocupa mucho. Si quisiéramos manifestar que las opiniones vertidas en este artículo son exclusivamente nuestras, y no deben afectar a las instituciones u organizaciones de cuyos equipos directivos podemos formar parte actualmente cualquiera de los dos firmantes.

### Introducción y justificación

La farmacia lleva años inmersa en un proceso de cambio<sup>1</sup>. Desde que en los años 60 comenzara su andadura la denominada farmacia clínica, se está desarrollando un proceso de evolución profesional que, fundamentalmente, se basa en que el farmacéutico pase,

de entender el medicamento como el centro y objetivo único de su profesión, a ocuparse de los pacientes que utilizan medicamentos<sup>2</sup>.

Un hito importante en este caminar fue la publicación hace ya casi veinte años del artículo *"Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care"* firmado por los profesores Hepler y Strand<sup>3</sup>. En dicho artículo se definía una nueva filosofía de la práctica<sup>4</sup>. Desde entonces, todos los organismos e instituciones relacionadas con la farmacia, tanto nacionales como internacionales<sup>5,6</sup>, han manifestado que la práctica profesional de los farmacéuticos, ejerzan en el entorno asistencial que ejerzan, debe basarse en dicha filosofía. La puesta en práctica de la Atención Farmacéutica (AF) se debe hacer mediante la implantación progresiva de diferentes servicios cognitivos (SC) del farmacéutico<sup>10</sup>.

En España acaba de finalizar sus trabajos el Foro de Atención Farmacéutica, que ha definido y operativizado la Atención Farmacéutica como la práctica profesional del farmacéu-

tico para atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación mediante la realización de la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico<sup>11</sup>. Por tanto, estos dos servicios cognitivos deberían adquirir una importancia fundamental y constituirse en componentes básicos y "obligatorios" de la actividad asistencial cotidiana de los farmacéuticos.

### Realidad actual. Tendencias de futuro

Pero, ¿es esto cierto? La realidad de la práctica profesional farmacéutica, ¿pasa, además de por el desarrollo de la dispensación, por la implantación del seguimiento farmacoterapéutico? Una simple visita a cualquier farmacia nos indica que la respuesta a esta pregunta sigue siendo, en general, negativa.

En la farmacia se atiende bien a los clientes, y cuando afirmamos que se les atiende bien, queremos decir que se hace con amabilidad,

## Anexo H.4. Pharmaceutical care

### 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 Gastelurrutia<sup>1</sup>, M.J. Casado de Amezúa<sup>2</sup>,  
M. Gil<sup>3</sup>, M. Aránzazu Noain<sup>3</sup>, C. Cristina Castrillón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

<sup>2</sup>BAIB-MBA. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

<sup>3</sup>Licenciada 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 medicación 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 multifacética.

### Correspondencia:

M. Ángel Gastelurrutia  
Paseo de Larrata, 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 debe 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 promotivacionales.

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-

## 9.3 Póster a Congresos

### Anexo I.1. Póster Adjuntos

Presentado en el Simpodader. Málaga

# Influencia de factores organizativos internos en la Farmacia Comunitaria, para la implantación de Seguimiento Farmacoterapéutico. La opinión de los farmacéuticos adjuntos.

Gastelurrutia MA,<sup>1</sup> Larrañaga B<sup>2</sup>, Faus MJ<sup>1</sup>, Martínez-Martínez F<sup>1</sup>, Casado MJ<sup>1</sup>.

1. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2. Centro de Información del Medicamento (CIM). Colégio Oficial de Farmacéuticos de Guipuzkoa

## Introducción

En un reciente trabajo se puso de manifiesto que los farmacéuticos adjuntos tienen una actitud más propensa que los titulares para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Parece interesante estudiar en profundidad qué opinan los adjuntos sobre los facilitadores internos de la farmacia.

## Objetivos

Se analizó la opinión de los adjuntos sobre diversos factores organizativos internos de la farmacia en la implantación del servicio de SFT con atención especial a los aspectos relacionados con la motivación de esos profesionales.

## Método

Se organizó un grupo focal, (hora y media), con 10 farmacéuticos adjuntos.

## Resultados

“que el paciente no espere”

“a mí me gustaría hacer seguimiento”

“no queda tiempo para hacer seguimiento”

“a mí me gustaría hacer seguimiento”

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.

Quedó claro que actualmente la prioridad en la farmacia es la dispensación (“que el paciente no espere”), seguido de la colocación de los pedidos y atender a los delegados, en aquellos casos en que esta visita no se realiza mediante cita previa. Lo que sí se manifestó es que “no queda tiempo para hacer seguimiento”.

Para el equipo investigador quedó patente que los adjuntos no tienen claros los conceptos de SFT, dispensación, indicación, paciente y cliente.

Por último, se manifestó el interés por el SFT (“a mí me gustaría hacer seguimiento”), aún sin tener clara la idea del servicio. Y se insistió en que éste se hará cuando se pague el servicio o se note una disminución en la afluencia de clientes debido a “que la farmacia vecina ha comenzado a realizarlo y me quita clientes”.

## Anexo I.2. Póster Rurales

Presentado en el Simpodader. Málaga

# Opiniones de farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica

Casado MJ<sup>1</sup>, Faus MJ<sup>1</sup>, Martínez-Martínez F<sup>1</sup>, Gastelurrutia MA<sup>1,2</sup>.

1. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2. Farmacia Comunitaria de San Sebastian

## Objetivos

En el contexto de una investigación general sobre la percepción de los farmacéuticos comunitarios sobre el futuro de la farmacia española se exploran las opiniones sobre la atención farmacéutica de farmacéuticos que ejercen en el medio rural.

## Método

Se realizó un grupo focal de 2h de duración con farmacéuticos rurales (n=9). Todos ellos ejercen en el medio rural, en municipios con farmacia única, en pueblos con 250 hab. de media (200 – 1200 hab.)

## Resultados

Los farmacéuticos manifiestan que el ejercicio profesional en el medio rural es muy difícil por lo "esclavo" del trabajo. "De lunes a sábado sin fiestas, sin vacaciones..."

Consideran que hay mucha cercanía entre el farmacéutico y sus pacientes, aunque algunos manifiestan que la aplicación de medidas como la prescripción DOE, que en principio defendían, ha originado un cierto distanciamiento y pérdida de confianza por la cantidad de cambios de medicamentos que deben realizar.

Hay discrepancias a la hora de explicar en que consiste la atención farmacéutica (AF) y utilizan mucho el termino "AF protocolizada". Opinan que la "protocolización" que conlleva protocolos y registros, deshumaniza la profesión como a su entender, esta ocurriendo con los médicos y enfermeras que ejercen en el medio rural.

Opinan que el seguimiento (SFT) es muy complicado pero que "el oral es factible y, de hecho, se hace". Muestran cierto temor a que la "AF se utilice como un elemento discriminatorio" entre los farmacéuticos. Para su generalización debe ser simplificada al máximo, "para no transformarnos en burócratas, administrativos". En cuanto al SFT no es factible tal como esta planteado hoy; "debería transformarse en un servicio mas dinámico, viable y simple". Necesitan formación; "somos autodidactas".

"De lunes a sábado sin fiestas, sin vacaciones..."


"Somos autodidactas".

"No me gusta la AF protocolizada,...  
Creo que deshumaniza la profesión.."

"Debería transformarse en un servicio mas dinámico, viable y simple"


### Anexo I.3. Póster Semi-urbanas

Presentado en III SEFAC. Madrid



EDS

## ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE FARMACÉUTICOS TITULARES DE FARMACIAS SEMI-URBANAS SOBRE LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.



Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica  
Universidad de Granada

Casado MJ<sup>1</sup>, Martínez-Martínez F<sup>1</sup>, Gastelurrutia MA<sup>1,2</sup>.  
(1) Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada  
(2) Farmacéuticos comunitarios en San Sebastián. Farmacia Gastelurrutia. Magastelu@medynet.com

**Introducción**

La implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) está siendo muy lenta. Parece interesante analizar los motivos por los que los farmacéuticos no se deciden a dar el paso hacia este cambio.

**Objetivo**

Explorar los motivos que explican la falta de implantación generalizada del SFT con Farmacéuticos Titulares de Farmacias Semi-Urbanas de costa.

**Método**

Un grupo focal con 6 farmacéuticos titulares de farmacias semi-urbanas de costa en la provincia de Murcia. (Hora y media de duración)

**Resultados**

“Lo importante es el paciente y que el médico se enfade es algo que por ahora no nos afecta”

“Existe gran cercanía entre el farmacéutico y los pacientes de invierno”

“montañas de papeleo”

“Se hace *Seguimiento* sin documentación, *de cabeza*”

“El SFT es *necesario* para la sociedad”.

Se discutió sobre el conflicto existente entre médicos-farmacéuticos, que tiene como consecuencia la desmotivación profesional de los farmacéuticos.

Realizar SFT en el medio semi-urbano es complicado por la **“diversidad de gente”**, sobre todo en los meses estivales, en los que los clientes que visitan la farmacia son más numerosos, provienen de lugares diferentes y tienen otro idioma.

Se sienten satisfechos cuando sienten que ayudan a sus pacientes con algún problema o simplemente dándoles consejo y escuchando qué les ocurre.

La farmacia aporta un valor añadido por lo que debe buscarse su diferenciación con los supermercados, lo que se puede hacer a través de la implantación de la Atención Farmacéutica (AF).

Se utiliza mucho el término **“AF protocolizada”**. Los participantes opinan que con la **“protocolización”** que conlleva la utilización de protocolos y registros, necesita tiempo, pero manifiestan que si se contratasen más farmacéuticos y con más organización en la farmacia se podría hacer AF de una manera más **“metodológica”**.

**Conclusiones**

Se constata el desconocimiento existente sobre los conceptos y procedimientos de los servicios que conforman la Atención Farmacéutica. A pesar de ello también manifiestan que la Atención Farmacéutica es necesaria para la sociedad.

Opinan que es necesario un acuerdo entre los médicos y los farmacéuticos, y que se deben buscar formulas de remuneración económica o beneficios profesionales.

**Agradecimiento:** A los Farmacéuticos participantes del Grupo Focal

## Anexo I.4. Póster Innovadores

Presentado en the 6th PCNE Working Conference

# Pharmacists' opinions regarding the lack of implementation of Advanced Cognitive Services in Spain

Casado de Amezúa MJ<sup>(1)</sup>, Martínez-Martínez F<sup>(1)</sup>, Gastelurrutia MA<sup>(1)</sup>  
(1) Pharmaceutical Care Research Group of the University of Granada.

## Introduction

In the general context of exploring the perceptions of Spanish community pharmacists regarding the future of Spanish Pharmacies, the opinions of those who have successfully implemented an advanced Cognitive Service (CS) and are practicing it on a daily basis are valuable. Their opinions about why many of their colleagues do not practice CSs may provide insight into the behaviour of common community pharmacists.

## Aim

This work examined Spanish community pharmacists' reasons for not implementing CSs. The opinions of ordinary pharmacists who have successfully implemented CSs were solicited. We further sought to determine the perceived rewards to be derived from the routine implementation of a CS in the minds of pharmacists delivering an advanced CS, the Medicine Management Service (MMS), including follow-up.

## Methods

A focus group was performed with 10 innovator pharmacists (5 men, 5 women) who deliver MMS as a routine service in their pharmacies. For practical reasons, the focus group participants are defined as innovators, while the great majority of pharmacists who have not implemented MMS are described as ordinary pharmacists. Content analysis was carried out using N-vivo software.

## Results and Discussion

The focus group meeting lasted 1h.25 min.

The innovator pharmacist participants (CS implementers) expressed the sentiment that ordinary pharmacists (non-CS implementers) may lack knowledge and understanding about the meaning of Pharmaceutical Care (PC) and the different services involved, including MMS. Some feel that the concept of PC has been tainted. Innovators offered examples of such distortions, such as pharmacies offering promotions like the following: "Pharmaceutical care sun protection: buy two sunblock creams for the price of one".

Innovators thought that ordinary pharmacists may lack a clear definition of their profession and even that they may not have a clear understanding of the functions that a community pharmacist should develop. Hence, it was said that this profession lacks a clear "identity", perhaps due to an "apparent deprofessionalism of modern community pharmacists". For example, pharmacies can become purely places of commercial transactions, where there is no additional service provided beyond the products sold. Ordinary pharmacists may not have an idea of their role in the future.

Indeed, the innovators had the impression that for most patients visiting a Spanish pharmacy, the word "pharmacy is not related with an "establishment in which someone can be advised on health", but rather it is strongly associated with commercial aspects.

Innovators attributed non-implementation of MMS by ordinary pharmacist to economic and professional factors. The lack of explicit payment for these kind of services in the margin of medicine sales was cited as predominant among economic factors. Among professional factors, identified barriers were the lack of professional rewards and concerns about being burdened with more work for less financial compensation. A lack of self-efficacy in performing CS was also identified. Major barriers described during the focus group are summarized in Table 1.

Table 1. BARRIERS TO BROAD IMPLEMENTATION OF MMS BY SPANISH COMMUNITY PHARMACISTS ACCORDING TO SPANISH PHARMACISTS WHO ARE FULLY IMPLEMENTING MMS.

• BENEFITS FROM DISPENSING DECREASING
• ADMINISTRATIVE TASKS ARE INCREASING, CAUSING AN OVERBURDEN OF DAILY WORK
• LACK OF CLINICAL EDUCATION
• PATIENTS DO NOT KNOW WHAT PHARMACISTS CAN DO TO HELP THEM, SO THERE IS A LACK OF EXPECTATIONS AND A RESULTANT LACK OF DEMAND.
• LACK OF KNOWLEDGE ABOUT THE MEANING OF PHARMACEUTICAL CARE AND HOW IT SHOULD BE PRACTICED.
• LACK OF MOTIVATION ON THE PART OF OWNERS (BY LAW, IN SPAIN ALL ARE PHARMACISTS)
• FEAR OF ASSUMING NEW RESPONSIBILITIES, ESPECIALLY WITHOUT RECEIVING ANY ADDITIONAL INCOME.
• LACK OF SELF-EFFICACY.
• LACK OF REAL COMPETITION AMONG PHARMACIES. "WHEN THE PHARMACY NEARBY DOES IT (MMS), THEN I'LL START PRACTICING"
• NO BENEFITS ARE ANTICIPATED IN THE SHORT TERM, BUT MORE IMPORTANTLY, THE EXPECTATION OF NO ECONOMIC BENEFITS IN CONJUNCTION WITH ADDED EXPENSES.
• LACK OF TIME.
• LACK OF PERSONNEL.
• IT IS NOT COMPULSORY. (THERE ARE NO NEGATIVE INCENTIVES)

Reasons why innovators were practicing this new advance service in their pharmacies were also discussed in the focus group:

- They are motivated pharmacists.
  - They view their profession as a health care profession
  - They believe that MMS is good for the patients because it meets an existing need.
  - Practicing this service brings the pharmacist "personal satisfaction"; such a desire may be innate. One innovator said "[i]f it's genetic, it must be located on our chromosomes".
  - They believe this service fosters customer loyalty.
- To sum up, innovators believe that they have implemented MMS mostly due to altruism.

Actions that could be taken to increase MMS implementation among ordinary pharmacists were also discussed:

- Increase MMS visibility in order to increase familiarity with the service and how it works. This would generate new expectations among users who, in the end, would then demand the service.
- Improve university education, making it more clinical.
- Facilitate collaboration with physicians.
- Establish non-economic incentives as a first step (i.e., accrual of professional points enabling implementers to achieve governmental permission to expand their pharmacy businesses)
- Establishment of some type of award or recognition.
- Make it compulsory by law.

Finally, it was said that pharmacists may experience CS implantation fatigue if no award/recognition is established. If this happens, many innovators who are currently practicing MMS may gradually stop providing the service.

## Acknowledgement:

The authors thank all of the pharmacists who participated in the focus group.



## Anexo I.5. Póster Innovadores

Presentado en el Simpodader. Ciudad Real

# Opiniones de los farmacéuticos innovadores sobre el proceso de implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en España.

Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

## Introducción

En el contexto de una investigación general sobre la percepción de los farmacéuticos comunitarios sobre el futuro de la farmacia española se exploran las opiniones sobre la atención farmacéutica de farmacéuticos que han implantado el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en sus farmacias.

## Objetivos

- O. **General:** Analizar los motivos que explican la falta de implantación generalizada del SFT en España.
- O. **Específico:** Explorar la opinión de farmacéuticos que han implantado e integrado en su rutina y con éxito dicho servicio, sobre las ventajas obtenidas y sobre los motivos que ellos ven para que otros farmacéuticos no lo implanten.

## Método

Se realizó un grupo focal formado por farmacéuticos que realizan el SFT en diferentes puntos de España (5 hombres y 5 mujeres).

## Resultados

El grupo focal tuvo una duración de 1 hora y 25 minutos. Se discutió sobre la visión global que tienen los farmacéuticos comunitarios que no tienen implantados servicios de SFT en sus farmacias.

Los participantes opinan que por parte de los farmacéuticos que hasta el momento no han implantado el servicio, en general existe desconocimiento sobre el significado del propio término Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y en qué consiste el servicio. Además, no solo se habla del desconocimiento de SFT sino también de la "mala utilización que se está haciendo actualmente del término A.F.". Exponen ejemplos publicitarios como: "AF fotoprotección, dos bronceadores por uno". En este sentido, los farmacéuticos que realizan SFT afirman que "la expresión A.F. está prostituida" y que "la palabra está desvirtuada".

Además, para ellos no existe una definición clara de la profesión e incluso no se conocen cuales son las funciones reales a las que un farmacéutico comunitario se debería dedicar. Por todo ello se afirma que esta profesión carece de "identidad", quizás debido a la manifiesta "desprofesionalización" del farmacéutico comunitario. Incluso se habla de que en la farmacia sólo se producen "transacciones comerciales" en las que no se ofrece ningún valor añadido al producto.

Se manifiesta que para la inmensa mayoría de los pacientes que visitan una oficina de farmacia la palabra Farmacia no está relacionada con la definición "de establecimiento donde se pueden asesorar de salud" sino que tienen una percepción sobre este establecimiento muy ligado a lo puramente comercial.

Junto a todo ello, los farmacéuticos que han implantado el servicio piensan que sus compañeros no lo realizan debido a diferentes motivos (Barriers) Tabla 1

Tabla 1: BARRERAS QUE EXPLICAN POR QUÉ EL SFT NO ESTÁ SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO EN LA FC ESPAÑA DE ACUERDO CON LA OPINIÓN DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES QUE SE LO HAN IMPLANTADO CON ÉXITO

• Disminución de los beneficios que se obtienen de la dispensación
• Aumento de las tareas administrativas
• Falta de formación clínica
• Desconocimiento de los pacientes y por tanto falta de expectativas que se traducen en una falta de demanda del servicio por los pacientes.
• Desconocimiento de qué significa y qué se espera de ellos
• Falta de motivación de los titulares
• Miedo a asumir nuevas responsabilidades, además, sin ingresos económicos adicionales
• Falta de competencia "cuando lo haga el de enfrente lo haré yo"
• No se aprecia ningún tipo de beneficio a corto plazo, pero sobre todo, no se ve beneficio económico y sí, gastos añadidos.
• Falta de tiempo
• Falta de personal
• No es obligatorio (no existen incentivos negativos)

Durante el grupo focal se abordaron también los motivos por los que los farmacéuticos expertos realizan SFT en sus farmacias

- Son farmacéuticos motivados
  - Creen en la profesión
  - Creen que el SFT es bueno para los pacientes, porque dan respuesta a una necesidad existente
  - Este servicio les aporta una "satisfacción personal", incluso creen que es genético "debe estar en los cromosomas"
  - Creen que el SFT fideliza pacientes
- En resumen, creen que lo hacen porque son altruistas

Se discutieron posibles acciones a desarrollar para aumentar la tasa de implantación del SFT:

- Que se consiga visibilidad del servicio y que, por tanto, se conozca. Así se originarán nuevas expectativas en los pacientes que acabarán demandando el servicio.
- Mejora de la formación universitaria de manera que sea más clínica
- Facilitar el trabajo conjunto entre médicos y farmacéuticos.
- Establecimiento de incentivos, no económicos en un primer estadio (por ejemplo, obtención de créditos o puntos que faciliten el acceso a nuevas o mejores farmacias)
- Establecimiento de algún tipo de reconocimiento
- Obligatoriedad legal

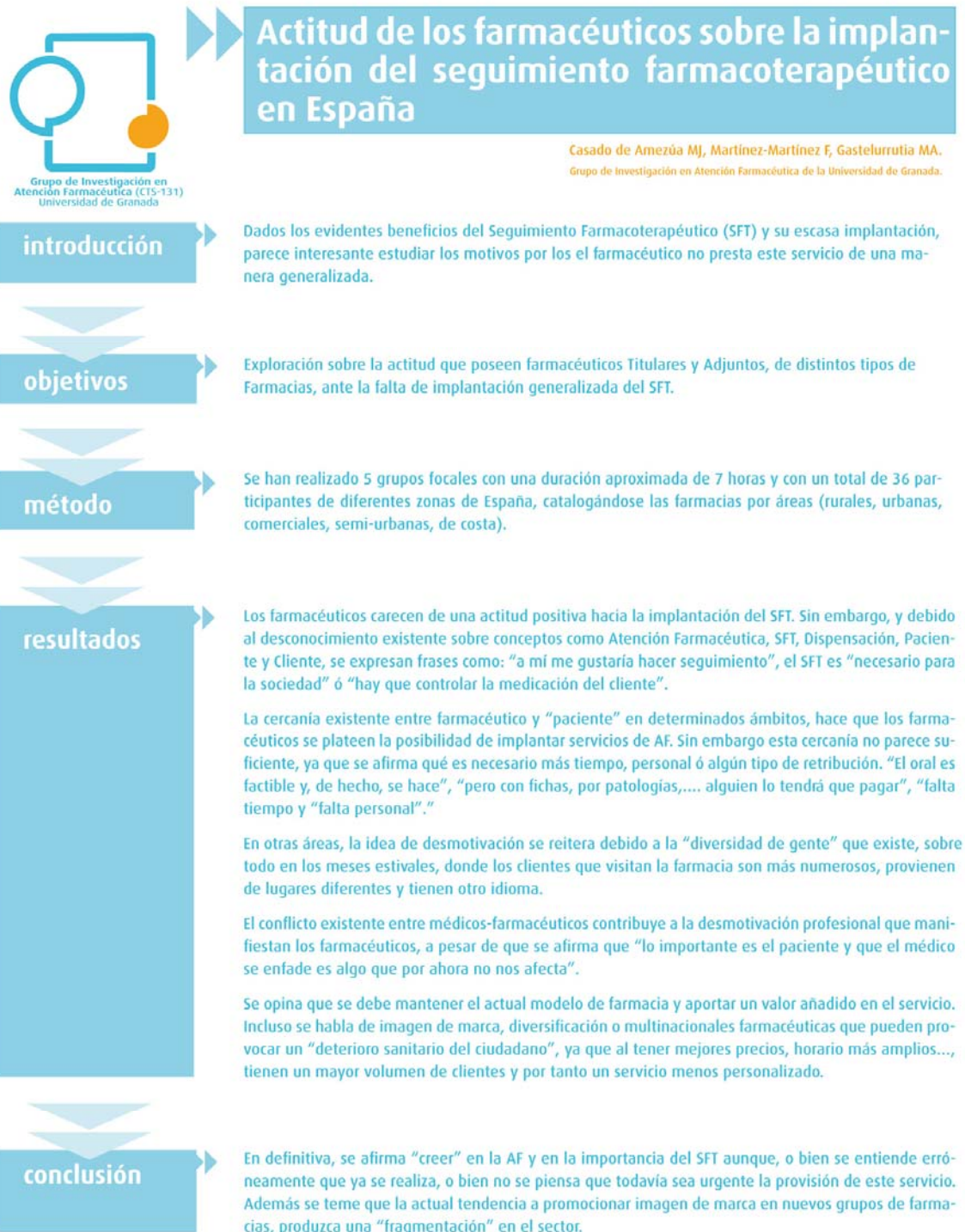
Además se opina que si no se establece algún tipo de reconocimiento se puede llegar a una situación de cansancio con lo que los profesionales que hoy realizan SFT podrían ir paulatinamente dejando de realizar el servicio.

**Agradecimientos:** Agradecimiento a los participantes del grupo focal de expertos, realizado en Málaga.



## Anexo I.6. Póster 7 Grupos Focales

Presentado en el VI Congreso Nacional de AF. Sevilla



**"Innova, espabila, y haz algo pero no te quedes quieto"**

[www.atencionfarmaceutica-ugr.es](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es)





## Anexo I.7. Póster 7 Grupos Focales



Grupo de Investigación en  
Atención Farmacéutica (CIS-131)  
Universidad de Granada

### Conocimiento de farmacéuticos sobre atención farmacéutica y barreras para implantar el seguimiento farmacoterapéutico.

Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA.  
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

#### introducción

En España, a día de hoy se ignora el nivel de conocimiento que los farmacéuticos poseen sobre los diferentes aspectos de la Atención Farmacéutica (AF) y sobre las barreras que les impiden implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en sus farmacias.

#### objetivos

Explorar los conocimientos sobre el concepto de AF y las barreras que explican la falta de implantación generalizada del SFT entre Farmacéuticos Titulares y Adjuntos de todo tipo de Farmacias.

#### método

Se han realizado 5 grupos focales con una duración aproximada de 7 horas y con un total de 36 participantes de diferentes zonas de España, catalogándose las farmacias por áreas (rurales, urbanas, comerciales, semi-urbanas y de costa).

#### resultados

Se manifiesta desconocimiento sobre el concepto y los diferentes servicios relacionados con la AF. Se utiliza mucho el término "AF protocolizada" que conlleva la utilización de protocolos y registros, necesitando tiempo y más personal, en contraposición con lo que se entiende "la AF que ya se realiza". No obstante se opina que con más organización en la farmacia se podría llegar a hacer AF de una manera más "metodológica". Incluso se expresa la satisfacción que sienten al ayudar a pacientes con algún problema, dándoles consejo ó escuchándoles. Aun así se mantiene que se hace "Seguimiento" sin documentación, "de cabeza".

Los farmacéuticos opinan que el ejercicio profesional en el medio rural es muy difícil por lo "esclavo" del trabajo. "De lunes a sábado sin fiestas, sin vacaciones"

Se comenta que si se viese negocio en la AF todos participarían, pero por ahora es algo puntual, que sólo las farmacias muy grandes pueden hacer de manera generalizada.

Se argumenta que "hay que avanzar, aunque sea necesario; robotizar, dar servicios de esteticien, tienda on-line, reparto a domicilio, tarjeta de puntos, ortopedia, óptica.... de este modo cubres el mayor abanico posible y estás preparado para lo que llegue, pero sin dejar lo profesional y lo farmacéutico". Se afirma que "hay que vender pero con servicios profesionales; ser profesional y comercial van casados".

#### conclusión

En definitiva se discutió sobre facilitadores relacionados con la organización interna de la farmacia: trabajo por tareas; trabajo en equipo; cambio en la formación universitaria; necesidad de un espacio físico adecuado (ZAP) y presencia del titular en la farmacia.

Se constata el desconocimiento existente sobre los conceptos y la metodología. relacionados con la AF. Llama la atención que se afirme que "se hace SFT sin documentar".

Se teme que la "AF se utilice como un elemento discriminatorio" entre los farmacéuticos.

Se opina que es necesario un acuerdo entre médicos y farmacéuticos, y que se deben buscar fórmulas de recompensa (remuneración económica o beneficios profesionales). Además falta tiempo y recursos humanos.

Aunque se opina que "El farmacéutico es una suma de profesional + gestor + empresario", lo que se transmite es una dedicación enfocada hacia aspectos puramente económicos.

[www.atencionfarmaceutica-ugr.es](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es)



## Anexo I.8. Póster Cuantitativo

Presentado en el Simpodader. Girona



### categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers.

Casado de Amezúa MJ<sup>1</sup>, Martínez-Martínez F<sup>1</sup>, Cardero M<sup>2</sup>, Gastelurrutia MA<sup>1</sup>.

1. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica  
4. Estadístico. Servicio Andaluz de Salud.

#### introducción

Aunque hay muchos estudios que demuestran la necesidad de implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), hasta el momento no se ha realizado ninguna evaluación a nivel del Estado que analice la situación en que se encuentran los farmacéuticos respecto a la implantación del servicio, utilizando el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers\*.

El SFT se considera una innovación y Rogers describió las fases por las que debe transcurrir toda la implantación de una innovación.



#### objetivo

Este trabajo pretende categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers.

#### método

Se empleó un cuestionario previamente utilizado<sup>2,3</sup> con el que se realizó una encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI, a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentran trabajando en farmacias comunitarias españolas. Se realizó un Muestreo Aleatorio simple estratificado por comunidad autónoma (CCAA) con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra calculó de manera independiente, considerando un error permisible del 8% y un nivel de significación  $\alpha=0.05\%$ .

Se obtuvo un tamaño de la muestra total de 1135 farmacias distribuidas por CCAA.

Como variables independientes únicamente se consideraron la comunidad autónoma de la farmacia, sexo del encuestado y su categoría profesional (Titular/Adjunto).

#### resultados

El perfil sociodemográfico de la muestra se caracteriza por ser mayoritariamente de sexo femenino (67,67%).

En cuanto al perfil profesional, la mayoría de los entrevistados son titulares de la farmacia, 68,19%, frente a un 31,81% de adjuntos.

Según se obtiene del cuestionario más del 60% de las farmacias encuestadas se encuentran en las fase 0 y 1, mientras que solo un 2,7 % esta en fase de mantenimiento.

Fases	N	%
F.0. No Conocen (NC)	353	31,10
F.1. Conocimiento (C)	351	30,93
F.2. Persuasión (P)	145	12,78
F.3. Decisión (D)	129	11,37
F.4. Implantación (I)	126	11,10
F.5. Mantenimiento (M)	31	2,73

Comunidad	F0. NC %	F1. C %	F2. P %	F3. D %	F4. I %	F5. M %
Andalucía	0,38	0,29	0,11	0,12	0,10	0,01
Aragón	0,27	0,22	0,16	0,03	0,24	0,08
Canarias	0,29	0,29	0,18	0,11	0,13	
Cantabria	0,50	0,29	0,14	0,07		
Castilla La Mancha	0,34	0,25	0,13	0,15	0,10	0,03
Castilla León	0,20	0,31	0,17	0,11	0,17	0,04
Cataluña	0,28	0,32	0,13	0,15	0,10	0,02
Comunidad De Madrid	0,35	0,31	0,13	0,10	0,08	0,03
Comunidad Navarra	0,39	0,29	0,16	0,06	0,10	
Comunidad Valenciana	0,35	0,29	0,09	0,10	0,13	0,03
Extremadura	0,30	0,32	0,11	0,11	0,05	0,11
Galicia	0,28	0,33	0,10	0,13	0,12	0,04
Islas Baleares	0,23	0,55	0,05	0,09	0,05	0,05
La Rioja	0,13	0,38	0,25	0,13	0,13	
Murcia	0,39	0,13	0,16	0,10	0,16	0,06
País Vasco	0,11	0,42	0,20	0,11	0,13	0,02
Principado De Asturias	0,19	0,54	0,04	0,15	0,08	
<b>España</b>	<b>0,31</b>	<b>0,31</b>	<b>0,13</b>	<b>0,11</b>	<b>0,11</b>	<b>0,03</b>



#### conclusión

Aunque habitualmente se afirma que un 10% de los farmacéuticos realizan servicios como el SFT, los resultados obtenidos muestran que la cifra de los que "mantienen pacientes en SFT" es mucho más baja.

#### bibliografía

1. Rogers Everett M. Diffusion of innovations, 5th ed., New York: Free Press.
2. Aguas Y. Tesis doctoral. 2005.
3. Dualde E. Tesis doctoral. 2008.

## 9.3 Comunicaciones a Congresos

### Publicaciones en Revistas

- Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers. X Simpodader. Gerona, mayo de 2010. *Ars Pharm.* 2010; 50 (Supl. 1): 51-83.
- 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 comunitaria españolas. *Pharm Care Esp.* 2009; 11(2): 52-62.
- 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.
- 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. *Pham World Sci.* 2009; 31:494–508.
- Gastelurrutia MA, Benrimoj S.I, Castrillón C, Casado de Amezúa MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facillitators for practice change in Spain community pharmacy. *Pharm World Sci.* 2009; 31:32-39.
- Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ. Situación de la farmacia comunitaria: Una reflexión personal. *AULA de la Farmacia.* 2008; 47(4):52-57.
- Gastelurrutia Garralda MA, Casado de Amezúa Sánchez MJ, Martínez-Martínez F. Análisis de la opinión de farmacéuticos titulares de farmacias semi-urbanas sobre la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *e-farmacéutico COMUNITARIO.* 2008 (Extra, Congreso Madrid):19:45.
- Casado MJ, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de los farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica. *Ars Pharm.* 2008; 49 (Supl 1):43.
- 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 (Supl 1):42.

### Comunicaciones y Ponencias Presentadas A Congresos

- Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers. X Simpodader. Gerona, Mayo 2010.
- Casado MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de farmacéuticos innovadores sobre el proceso de implantación del seguimiento farmacoterapéutico en España. IX Simpodader. Ciudad Real 2009.
- Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Actitud de los farmacéuticos sobre la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en España. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla, Octubre 2009.
- Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Conocimiento de farmacéuticos sobre Atención Farmacéutica y barreras para la implantar el Seguimiento. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla, Octubre 2009.
- Casado MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Análisis de la opinión de farmacéuticos titulares de farmacias semi-urbanas sobre la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC). Octubre 2008.
- Casado MJ, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Opiniones de los farmacéuticos que ejercen en el medio rural sobre la Atención Farmacéutica. VIII Simpodader. Málaga. Mayo 2008.
- 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. VIII Simpodader. Málaga. Mayo 2008.

- <sup>1</sup> Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Current Pharmaceutical Design* 2004; 10: 3969-3985
- <sup>2</sup> Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188
- <sup>3</sup> Informe de la Reunión de la OMS. Tokio. Japón, 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm* 1995; 36:285-292
- <sup>4</sup> Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook – 2006 Edition. FIP – HWO, 2006
- <sup>5</sup> Kielgast, P J Pharmaceutical Care. Leading articles. *Int J Pharm Practice* 1993. November
- <sup>6</sup> Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Madrid. 2002
- <sup>7</sup> Bonal J. ¿Por qué se ha creado una fundación de Pharmaceutical Care? (Editorial) *Pharm Care Esp* 1999; 1: 1 - 2
- <sup>8</sup> Somma McGivney M, Meyer SM, Duncan-Hewitt W, Hall DL, Goode J-VR, Smith RB. Medication therapy management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 2007;47:620-628
- <sup>9</sup> Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la disseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 65-77
- <sup>10</sup> Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso. Madrid. Enero – 2008.
- <sup>11</sup> Foro de Atención Farmacéutica Informa: Seguimiento Farmacoterapéutico. *Farmacéuticos* 2007; 329:45-48
- <sup>12</sup> Larrañaga B, Gastelurrutia MA. Influencia de factores organizativos internos dentro de la farmacia comunitaria para la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharmacy Practice* 2007;5 (Suple 1):25-41.