



VNIVERSITATĪ VALÈNCIA

Doctorado en Biomedicina y Farmacia

**Estudio cualitativo sobre las barreras  
y los factores facilitadores en la demanda  
de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales  
en las farmacias comunitarias españolas**

TESIS DOCTORAL

Iván Qart Fernández

DIRECTORAS

Ana Melero Zaera

Marival Bermejo Sanz

Marta González Álvarez

Valencia, enero de 2023





Doctorado en Biomedicina y Farmacia

Dña. Ana Melero, Profesora Titular de la Universidad de Valencia, Dña. Marival Bermejo, Catedrática de la Universidad Miguel Hernández y Dña. Marta González Profesora Titular de la Universidad Miguel Hernández

**CERTIFICAN:**

Que el trabajo presentado por el Ldo. **IVÁN QART FERNÁNDEZ** titulado *“Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas”*, para obtener el grado de Doctor, ha sido realizado bajo nuestra dirección y asesoramiento.

Concluido el trabajo experimental y bibliográfico, autorizamos la presentación de la Tesis, para que sea juzgado por el tribunal correspondiente.

Lo que firmamos en Valencia, a 2 de Enero de 2023

ANA|  
MELER|  
O|  
ZAERA|  
Firmado digitalmente por ANA| MELERO|ZAERA  
Fecha: 2023.01.13 10:42:48 +01'00'  
Ana Melero

BERMEJO|  
SANZ|  
MARIA DEL VAL -  
VAL -  
Firmado digitalmente por BERMEJO SANZ MARIA DEL VAL - 25389871X  
Fecha: 2023.01.13 10:46:49 +01'00'  
Marival Bermejo

MARTA|  
GONZAL|  
EZ|  
ALVAREZ|  
Firmado digitalmente por MARTA| GONZALEZ| ALVAREZ  
Fecha: 2023.01.02 10:09:26 +01'00'  
Marta González



## **FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LA TESIS**

Esta tesis ha recibido financiación a través de la VII Beca STADA-SEFAC para investigación en atención farmacéutica, en el que se obtuvo el primer lugar, y fue entregada en el VIII congreso nacional de farmacéuticos comunitarios, celebrado en Alicante (España), 2018. Financiación: 5.000€.

## **ARTÍCULO PUBLICADO DE LA TESIS**

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Álvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ. Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas. *Farm Comunitarios*. 21 de julio de 2022;14(3):5-14.

## **COMUNICACIÓN ORAL Y DIVULGACIÓN CIENTÍFICA DE LA TESIS DOCTORAL**

Presentación de resultados del estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas en IX Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, Iván Qart; Bilbao, 2020.



*A mi hija, que con su amor y apoyo incondicional  
ha sido mi mayor motivación para seguir  
adelante y alcanzar este logro. Esta tesis es  
tanto mía como suya, y espero que en el futuro  
también encuentre su propia pasión y la persiga  
con tanta determinación como lo he hecho yo.  
Te quiero con todo mi corazón, “Puchi”*



*“El cambio es la ley de la vida.  
Aquellos que sólo miran hacia el pasado  
o el presente se perderán el futuro”*

*John F. Kennedy*



# AGRADECIMIENTOS

Y llegué al final de este viaje. Un viaje que ha estado lleno de momentos desafiantes, pero también de muchas experiencias maravillosas. Esto no habría sido posible sin el apoyo de todas las personas que quiero agradecer. Comenzó como parte de mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), y seguí adelante con mucho entusiasmo dada mi firme convicción de la necesaria evolución de la farmacia actual hacia una farmacia más clínica y asistencial.

Gracias a mis directoras de tesis, Marival, Marta y Ana, que me convencieron para llevar a cabo este proyecto, cuando yo apenas acababa de graduarme, y me han estado apoyando en todo momento, tanto a nivel académico como a nivel emocional, sobre todo en los momentos más duros.

A mis “madrinas”, Rosa Prats y Maydel Corcoles a las que tanta admiración y cariño les tengo y que han sido mi piedra angular en este estudio. Aún recuerdo aquella primera reunión en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante (COFA) cuando, aún sin acabar la carrera, les explique entusiasmado mi proyecto para que me dieran su experta opinión. Desde entonces hemos compartido muchísimos buenos momentos en congresos, reuniones y cursos de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) y el COFA, las carpas “El farmacéutico que necesitas”, entre otros muchos eventos, que han sido fundamentales para el desarrollo de esta tesis y mi desarrollo profesional y personal.

Y precisamente gracias a ellas, tuve el enorme placer de conocer a Montse Gil. La “reina” de los estudios cualitativos y de la que tanto he aprendido y sin la cual este proyecto hubiera sido prácticamente imposible. Una fabulosa profesional y mejor persona, que me ha dado su ayuda incondicional desde el principio, en el que apenas nos conocíamos, y con la que tuve también el privilegio de colaborar en el desarrollo de parte del curso “Nivel avanzado en investigación en farmacia comunitaria” de SEFAC con el que precisamente buscamos alentar a otros compañeros farmacéuticos a realizar estudios cualitativos.

A mis grandísimos compañeros de batalla, Vicente Baixuali y Fernando Mud, con los que he tenido el placer de trabajar codo con codo en el desarrollo de este estudio. Recuerdo de forma entrañable aquella edición del curso de SEFAC en Valencia “Actualización en Farmacoterapia para la prestación de Atención Farmacéutica” en el cual nos conocimos. ¿Quién me iba a decir a mí que años después tendría el honor de trabajar con estos referentes del sector farmacéutico y que además obtendríamos la VII Beca STADA-SEFAC?

A toda la organización SEFAC en general, por transmitirme su pasión por la farmacia clínica, familiar y comunitaria, por darme la oportunidad de coordinar y participar en las carpas “El farmacéutico que necesitas”, por tener el privilegio de participar como vocal en la organización del VIII congreso nacional de farmacéuticos comunitarios y por enseñarme tanto sobre esta maravillosa profesión. Y en concreto a Jesús Gómez, José Ibáñez, Maite Climent, Luis Salar, Eduardo Trives, Pedro Molina, Alicia Martínez y Mario Vaillo, compañeros y amigos de los cuales he aprendido tanto y compartido grandes experiencias.

Al laboratorio STADA por ofrecerme, junto a SEFAC, financiación para llevar a cabo este estudio.

A todos mis compañeros del COFA por su apoyo y en especial a Fe Ballesteros y Andrés García por ofrecerme la oportunidad de vivir la enriquecedora experiencia de ser vocal del Colegio y poder contribuir así al desarrollo de la profesión.

A la Comisión académica del Programa de Doctorado en Biomedicina y Farmacia, en especial a M<sup>a</sup> Carmen Arce por haber soportado y solucionado todas mis dudas administrativas. Sin Mamen creo que no hubiera sido capaz ni de matricularme. Siempre con una sonrisa en la boca, es una de las personas más eficientes que conozco.

A todas las personas y organizaciones que han participado como porteros y de forma especial a SEFAC y a Acción Psoriasis. Pero, sobre todo, a mi queridísima Verónica por todo el apoyo y cariño incondicional que me ha dado durante el proyecto y por hacer posible la inestimable participación de enfermería en este proyecto, demostrando así que la colaboración entre profesionales sanitarios,

en este caso concreto entre farmacéuticos y enfermería, no solo es posible sino necesaria para alcanzar los mejores resultados en el cuidado de la salud de los pacientes.

Por supuesto, a todos los participantes del estudio, que generosamente donaron horas de su tiempo para ayudarnos en esta investigación.

A todos mis amigos por aguantarme en los momentos más complicados, en especial, a David mi gran compañero de aventuras, siempre listo para “rescatarme” de mi rutina y echarnos unas risas.

Y para lo último me dejo lo mejor, mi familia. A mis padres Omran y M<sup>a</sup> Carmen, a mis hermanas Vanessa y Tamara y a mi preciosa hija, Celeste. Gracias de corazón por todo, por quererme tanto, por apoyarme siempre en todos los sentidos y por hacerme feliz cada día. ¡Os quiero!



# ÍNDICE GENERAL

|   |            |
|---|------------|
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....  | <b>13</b>  |
| <b>LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS</b> .....                   | <b>28</b>  |
| <b>RESUMEN</b> .....  | <b>35</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | <b>37</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....   | <b>41</b>  |
| Evolución de la farmacia comunitaria .....                              | 43         |
| Definición de los SPFA .....  | 44         |
| El bajo nivel de implantación de SPFA en las farmacias españolas .....  | 46         |
| Estudios previos .....  | 46         |
| Uso del marketing relacional para expandir los SPFA .....               | 48         |
| Contexto político y legislativo de la farmacia comunitaria en España .. | 49         |
| Origen de los SPFA en España .....                                      | 56         |
| Financiación de SPFA en España .....                                    | 59         |
| Modelos de SPFA en el mundo .....                                       | 62         |
| Europa .....  | 62         |
| Norteamérica .....  | 80         |
| Latinoamérica .....   | 94         |
| Asia .....  | 98         |
| Australia y Nueva Zelanda .....   | 106        |
| <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>113</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....   | <b>117</b> |
| Contexto .....  | 122        |
| Equipo de investigación .....   | 124        |
| Muestreo y reclutamiento .....  | 124        |
| Recopilación de datos .....   | 126        |
| Análisis .....  | 129        |
| Validación y rigor .....  | 130        |
| Consentimientos y comité ético .....  | 131        |
| <b>RESULTADOS</b> .....   | <b>133</b> |
| Producto .....  | 142        |
| Factores relacionados con la farmacia .....   | 142        |
| Factores basados en la relación con el profesional .....  | 143        |
| Factores relacionados al usuario (intrapersonales) .....  | 148        |
| Factores externos (interpersonales e influencias externas) .....  | 160        |
| Precio .....  | 164        |
| Factores basados en la relación con el profesional .....  | 164        |
| Factores relacionados con el usuario (intrapersonales) .....  | 165        |
| Punto de venta .....  | 172        |
| Factores relacionados con la farmacia .....   | 172        |
| Promoción .....   | 173        |
| Factores relacionados con la farmacia .....   | 173        |
| Factores basados en la relación con el profesional .....  | 177        |
| Factores relacionados con el usuario (intrapersonales) .....  | 178        |
| Factores externos (interpersonales e influencias externas) .....  | 179        |
| Modelo teórico sobre las barreras y los factores facilitadores en la<br>demanda de los SPFA en las farmacias comunitarias ..... | 180        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>DISCUSIÓN.....</b>  | <b>185</b> |
| Comparación con literatura previa.....   | 187        |
| Variable producto.....   | 189        |
| Modelos colaborativos.....   | 189        |
| Nombres de los servicios.....  | 190        |
| Garantías de éxito.....  | 191        |
| Configuración flexible.....  | 192        |
| Variable precio.....   | 193        |
| Variable punto de venta.....   | 194        |
| Variable promoción.....  | 195        |
| Limitaciones.....  | 196        |
| Fortalezas.....  | 197        |
| Futuras líneas de investigación.....   | 199        |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>   | <b>201</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>   | <b>207</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>229</b> |
| Anexo 1. Consentimiento informado.....   | 231        |
| Anexo 2. Encuesta datos sociodemográficos.....   | 233        |
| Anexo 3. Hojas informativas de cada SPFA.....  | 234        |
| Anexo 4. Concesión de VII beca STADA-SEFAC para la investigación en<br>atención farmacéutica.....                                    | 244        |
| Anexo 5. Documentación presentada a SEFAC para el cumplimiento de<br>la normativa interna sobre uso de datos generados por SEFAC.... | 245        |
| Anexo 6. Hoja informativa para participantes seleccionados.....  | 247        |
| Anexo 7. Artículo en revista Farmacéuticos Comunitarios.....   | 249        |



## LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| AB     | Alberta  |
| ACO    | Organización de atención responsable (en inglés, Accountable Care Organization)                            |
| AP     | Asociación de pacientes  |
| APC    | Consejo australiano de farmacia (en inglés, Australian Pharmacy Council)                                   |
| ASHP   | Sociedad Americana de Farmacéuticos de Hospital (en inglés, American Society of Health-System Pharmacists) |
| AT     | Austria  |
| BC     | Columbia Británica   |
| BE     | Bélgica  |
| BG     | Bulgaria   |
| BN     | Bola de nieve  |
| CAE    | Servicio de cribado y abordaje de la EPOC  |
| CBO    | Oficina de Presupuesto del Congreso (en inglés, Congressional Budget Office)                               |
| CC.AA. | Comunidades Autónomas  |
| CCOO   | Comisiones Obreras   |
| CDTM   | Gestión colaborativa de la terapia con medicamentos (en inglés, Collaborative Drug Therapy Management)     |
| CGCOF  | Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España   |
| CHSP   | Sociedad Canadiense de Farmacéuticos Hospitalarios (en inglés, Canadian Society of Hospital Pharmacists)   |
| CLIA   | Enmiendas para la mejora del laboratorio clínico (en inglés, Clinical Laboratory Improvement Amendments)   |
| CMS    | Centros de servicios de Medicare y Medicaid (en inglés, Centers for Medicare & Medicaid Services)          |
| CP     | Farmacia comunitaria (en inglés, community pharmacy)   |
| CPhS   | Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, (en inglés, Community Pharmacy Services)              |

|            |   |
|------------|---|
| CPD        | Desarrollo Profesional Continuo (en inglés, Continuing Professional Development)  |
| COREQ      | Criterios Consolidados para Reportar Investigaciones Cualitativas (en inglés, Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) |
| CPA        | Acuerdo de Farmacia Comunitaria (en inglés, Community Pharmacy Agreement)   |
| CPPS       | Servicios profesionales farmacéuticos clínicos (en inglés, Clinical Professional Pharmacy Services)                                     |
| CT         | Servicio de cesación tabáquica  |
| CZ         | Republica Checa   |
| CY         | Chipre  |
| DK         | Dinamarca   |
| DE         | Alemania  |
| DHB        | Juntas de Salud del Distrito (en inglés, District Health Boards)  |
| EE         | Estonia   |
| EESS       | Entidades sociales  |
| EL         | Grecia  |
| EN         | Enfermeras  |
| EPOC       | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica   |
| ES         | España  |
| EE. UU.    | Estados Unidos  |
| FEFE       | Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles   |
| FC         | Farmacia Comunitaria  |
| FCO        | Farmacéutico comunitario  |
| FI         | Finlandia   |
| FIP        | Federación Internacional Farmacéutica (en inglés, International Pharmaceutical Federation)  |
| FoCo       | Formador Colegial   |
| Foro AF-FC | Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria   |
| FP         | Formación profesional   |
| FR         | Francia   |
| GD         | Grupo de discusión  |

|        |  |
|--------|--|
| GF     | Grupo focal  |
| HMC    | Corporación Médica Hamad (en inglés, Hamad Medical Corporation)  |
| HR     | Croacia  |
| HU     | Hungría  |
| IE     | Irlanda  |
| IN     | Individual   |
| INGESA | Instituto Nacional de Gestión Sanitaria  |
| ISFAS  | Instituto Social de las Fuerzas Armadas  |
| IT     | Italia   |
| ISBE   | Instituto de Salud Basada en la Evidencia  |
| LU     | Luxemburgo   |
| LV     | Letonia  |
| MB     | Manitoba   |
| MCEAP  | Miembro del comité ejecutivo de una asociación de pacientes  |
| MCRV   | servicio de medición y control del riesgo vascular   |
| MECES  | Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior  |
| MECU   | Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente  |
| MICOF  | Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia   |
| MK     | Macedonia de Norte   |
| MT     | Malta  |
| MTF    | Monitorización terapéutica de fármacos (en inglés, therapeutic drug monitoring)  |
| MTM    | Manejo de Terapia de Medicamentos (en inglés, Medication Therapy Management)   |
| MUGEJU | Mutualidad General Judicial  |
| MUFACE | Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado  |
| NAPRA  | Asociación Nacional de Autoridades Reguladoras de Farmacias de Canadá (en inglés, National Association of Pharmacy Regulatory Authorities) |
| NB     | Nuevo Brunswick  |
| NE     | Nivel de estudios  |

|         |   |
|---------|---|
| NL      | Países Bajos  |
| NL      | Terranova y Labrador (provincia de Canadá)  |
| NO      | Noruega   |
| NOAC    | AntiCoagulantes no antivitamina K (en inglés, non-antivitamin K anticoagulants)   |
| NS      | Nueva Escocia   |
| NU      | Nunavut   |
| NWT     | Territorios del Noroeste  |
| NZMA    | Asociación Médica de Nueva Zelanda (en inglés, New Zealand Medical Association)   |
| ON      | Ontario   |
| OPS     | Organización Panamericana de la Salud   |
| PCORI   | Instituto de investigación de resultados centrados en el paciente (en inglés, Patient-Centered Outcomes Research Institute) |
| PCMH    | Hogar Médico Centrado en el Paciente (en inglés, patient-centered medical home)   |
| PCNZ    | Consejo de Farmacia de Nueva Zelanda (en inglés, Pharmacy Council of New Zealand)   |
| PD      | Producto o servicio   |
| PE      | Isla del Príncipe Eduardo   |
| PGEU    | Agrupación Farmacéutica Europea   |
| PGA     | Gremio de Farmacéuticos de Australia (en inglés, Pharmacy Guild of Australia)   |
| PGNZ    | Gremio de Farmacéuticos de Nueva Zelanda (en inglés, Pharmacy Guild of New Zealand)   |
| PHARMAC | Agencia de Gestión Farmacéutica (en inglés, Pharmaceutical Management Agency)   |
| PIB     | Producto Interior Bruto   |
| PL      | Polonia   |
| PM      | Promoción   |
| PR      | Precio  |
| PM      | Primarios   |
| PSA     | Sociedad Farmacéutica de Australia, en inglés, Pharmaceutical Society of Australia  |

|       |  |
|-------|--|
| PSNZ  | Sociedad Farmacéutica de Nueva Zelanda, en inglés, Pharmaceutical Society of New Zealand |
| PT    | Portugal   |
| PV    | Punto de venta   |
| QC    | Quebec   |
| RO    | Rumania  |
| RS    | Serbia   |
| RUM   | servicio de revisión del uso de medicamentos   |
| SC    | Sociedad científica (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria)      |
| SC    | Secundarios  |
| SE    | Suecia   |
| SEFAC | Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria                            |
| SI    | Eslovenia  |
| SK    | Eslovaquia   |
| SK    | Saskatchewan (provincia de Canadá)   |
| SMS   | Servicio de mensajes cortos (en inglés, Short Message Service)                           |
| SNS   | Sistema Nacional de Salud  |
| SPFA  | Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales                                      |
| SUS   | Sistema Único de Salud (en portugués, Sistema Único de Saúde)                            |
| TE    | Tipo de entrevista   |
| TR    | Turquía  |
| UGT   | Unión General de Trabajadores  |
| UE    | Unión Europea  |
| UN    | Universitarios   |
| UK    | Reino Unido  |
| UTF   | Unión de Trabajadores de Farmacia  |
| XK    | Kosovo   |
| YT    | Yukón  |



# ÍNDICE DE TABLAS

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1. Competencias en Materia Sanitaria del SNS. . . . .   | 52  |
| Tabla 2. Ejemplo de SPFA financiados en España . . . . .  | 60  |
| Tabla 3. Glosario de Servicios Farmacéuticos según estudio del ISBE. . . . .  | 66  |
| Tabla 4. Servicios farmacéuticos prestados actualmente en Europa,<br>resumen por país. . . . .                                      | 76  |
| Tabla 5. Las 25 principales cadenas de farmacias en los Estados Unidos<br>clasificadas por número total de farmacéuticos. . . . .   | 82  |
| Tabla 6. Evolución del MTM en las farmacias independientes de EE. UU. . . . .   | 85  |
| Tabla 7. Servicios incluidos en la sincronización de la medicación en<br>farmacias independientes de EE. UU. . . . .                | 86  |
| Tabla 8. Servicios de atención preventiva en farmacias independientes de<br>EE. UU. . . . .   | 87  |
| Tabla 9. Servicios de Educación y asesoramiento conductual en EE.UU. . . . .  | 88  |
| Tabla 10. Alcance de los servicios profesionales en las farmacias de<br>Canadá. . . . .   | 92  |
| Tabla 11. Ejemplos de servicios profesionales farmacéuticos en Australia<br>del 6 <sup>a</sup> CPA . . . . .                        | 108 |
| Tabla 12. Lista de chequeo del método COREQ. . . . .  | 120 |
| Tabla 13. Programas de capacitación de SEFAC seleccionados para este<br>estudio. . . . .  | 125 |
| Tabla 14. Guion temático . . . . .  | 128 |
| Tabla 15. Características de los participantes. . . . .   | 136 |
| Tabla 16. Codificación de barreras y facilitadores según Teoría<br>Fundamentada, variable Producto del enfoque 4Ps de Marketing Mix | 140 |
| Tabla 17. Nombres propuestos por cada SPFA . . . . .  | 152 |
| Tabla 18. Servicios percibidos como similares a los SPFA analizados . . . . .   | 154 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 19. Valoración de precios de los SPFA Cesación tabáquica y Cribado y abordaje de la EPOC . . . . .                       | 168 |
| Tabla 20. Valoración de precios de los SPFA Revisión del uso de medicamentos y Revisión y control del riesgo vascular. . . . . | 170 |
| Tabla 21. Canales de difusión y puntos de venta de los SPFA sugeridos por los participantes . . . . .                          | 176 |

# ÍNDICE DE IMÁGENES

|  |     |
|--|-----|
| Imagen 1. Ejemplo de grupo focal realizado en Benidorm (Alicante). En la imagen aparecen el moderador y los dos observadores . . . . .                   | 127 |
| Imagen 2. Grupo de discusión realizado en Barcelona con presidentes y directivos de las principales asociaciones de pacientes a nivel nacional . . . . . | 127 |
| Imagen 3. Software ATLAS.ti v8.4.24.0 empleado en el análisis de los datos recopilados . . . . .   | 129 |
| Imagen 4. Microsoft Excel 365 versión 2007 utilizado para completar el análisis de los datos recopilados. . . . .  | 130 |



# ÍNDICE DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1. Clasificación de Servicios Profesionales Farmacéuticos   |     |
| Asistenciales de la Farmacia .....   | 45  |
| Figura 2. Distribución del gasto sanitario público gestionado por las<br>Comunidades Autónomas, según informe anual de SNS, 2020-<br>2021, clasificación económica.. ..  | 51  |
| Figura 3. Distribución del gasto sanitario público gestionado por las<br>Comunidades Autónomas, según informe anual de SNS, 2020-<br>2021, clasificación funcional. .... | 51  |
| Figura 4. Esquema de organización de los resultados .....  | 142 |
| Figura 5. Modelo teórico .....   | 183 |



# RESUMEN/ ABSTRACT

---



# RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

Según estudios recientes, los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) demostraron sus beneficios en la calidad de vida de pacientes y sistemas de salud. Los SPFA son actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria (FC), para la prevención de enfermedades y la mejora de la salud mediante la optimización del uso y del resultado de los tratamientos. Sin embargo, en España existe un bajo porcentaje de farmacias comunitarias que ofrecen SPFA, a excepción de la dispensación, indicación farmacéutica, medida de parámetros clínicos, la educación/información sanitaria y la formulación magistral ya arraigados en la profesión desde hace tiempo.

## OBJETIVO

Analizar los factores facilitadores y barreras en la demanda de determinados SPFA por parte de usuarios potenciales de las farmacias comunitarias españolas, desde el enfoque de las 4Ps del Marketing Mix: Producto, Precio, Punto de Venta y Promoción.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de tipo explicativo-interpretativo y exploratorio basado en la Teoría Fundamentada, mediante análisis inductivo aplicado a entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales.

## RESULTADOS

Las barreras y facilitadores son similares en todos los SPFA analizados, salvo algunas excepciones. Estas barreras y facilitadores son multifactoriales, porque están vinculados con la farmacia, el usuario, factores externos y el farmacéutico.

## CONCLUSIONES

Las barreras en la demanda de los SPFA son la baja adaptación a las necesidades del usuario, los nombres poco entendibles, la falta de integración de la FC en el sistema sanitario, el desconocimiento sobre los SPFA, su escasa difusión y lugares donde se recomienden, las insuficientes evidencias de éxito, la satisfacción en servicios percibidos como similares realizados fuera de la FC y la habituación a la gratuidad de los servicios sanitarios. Por el contrario, los facilitadores que ayudan al aumento de la demanda de los SPFA son la actitud y aptitud del farmacéutico, el buen trato al paciente, la accesibilidad, cercanía y confortabilidad de la FC, la necesidad del paciente por mejorar su estado de salud y la certificación en el SPFA respaldada por una entidad sanitaria que genere confianza.

## PALABRAS CLAVE

Farmacia Comunitaria; Servicios Profesionales Asistenciales en Farmacia Comunitaria; Marketing de Servicios de Salud; Atención Primaria de la Salud; Investigación Cualitativa.

# ABSTRACT

## INTRODUCTION

Recent studies have revealed the benefits of Community Pharmacy Services (CPhS) on patients' quality of life and health systems. These services are health activities provided by the community pharmacy (CP), to prevent disease and improve the health by playing an active role in optimising the use and outcome of treatments. However, in Spain there is a low percentage of community pharmacies that offer these services, except for dispensing, minor ailment service, measurements of clinical parameters, health education/information and compounding, which have been established in the profession for a long time.

## AIM

Assess facilitators and barriers in the demand for CPhS by potential users of CP in Spain, from the product approach according to the Marketing Mix 4Ps: product, price, place and promotion.

## MATERIAL AND METHODS

Exploratory, explanatory qualitative study based on grounded theory, by means of inductive analysis applied to semi-structured, individual and group interviews.

## RESULTS

Barriers and facilitators are similar for all the CPhS analyzed, with some exceptions. These barriers and facilitators are multifactorial, because they are linked to the pharmacy, the user, external factors and the pharmacist.

## CONCLUSIONS

Barriers in the demand for CPhS are poor adaptation to user needs, unintelligible names, lack of integration of CP in the health system, lack of knowledge about CPhS, its lack of dissemination and places where they are recommended, insufficient evidence of success and satisfaction in services perceived as similar performed outside the CP and habituation to free healthcare services. However, the facilitators that help increase the demand for CPhS are the attitude and aptitude of the pharmacist, the fair treatment of the patient, accessibility, closeness, comfort of the CP and the patient's need to improve his health status and certification in the CPhS backed by a trusted healthcare entity.

## KEYWORDS

Clinical Pharmaceutical Services; Community Pharmacy Services; Community Pharmacy; Marketing of Health Services; Primary Health Care; Qualitative Research.





# INTRODUCCIÓN

---



# INTRODUCCIÓN

## EVOLUCIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA

Se pueden distinguir tres grandes etapas en las que la función social del farmacéutico ha variado a largo de la historia. Una etapa tradicional en la que el boticario procuraba, preparaba y evaluaba productos medicinales. Dicha preparación no se basaba en protocolos sino más bien en arte, de ahí la frase en latín *fiat secundum artem* (F.S.A.) que ponían los médicos en sus recetas desde antiguo. Dicho arte se transmitía de maestro a aprendices. A continuación, llegó una etapa de transición, entre los años 1940 y 1970, que coincidió con el desarrollo de la industria farmacéutica. Durante este periodo el farmacéutico se limitaba a dispensar fármacos prefabricados a pesar de la aparición y evolución de nuevas disciplinas en la formación del farmacéutico como la biofarmacia, la farmacocinética, la fisiología y la farmacognosia. Por lo tanto, el farmacéutico estaba sobre-educado e infrautilizado. Por último, aparece la etapa de orientación al paciente, en la cual nos encontramos. Surge a partir de los años 60 coincidiendo con el desarrollo de la farmacia clínica. En esta etapa el farmacéutico adquiere una responsabilidad social de atención al paciente (1).

Por lo tanto, en la actualidad, el farmacéutico ha dejado de ser un mero dispensador de medicamentos para pasar a ofrecer también servicios relacionados con la salud, aprovechando así de manera eficiente los conocimientos que exige su profesión y atendiendo de manera oportuna a los actuales problemas de salud como, por ejemplo, el envejecimiento de la población (2), la falta de adherencia al tratamiento, el aumento de la polimedicación y de los problemas relacionados con medicamentos que atañen a la sociedad de hoy en día (3–7). En concreto, los problemas relacionados con medicamentos (PRM) pueden llegar a causar más del 33% de los ingresos en un servicio español de urgencias hospitalarias (8). A lo que

se le suma un dato destacable, y es que más del 73% de esos son evitables. Cifras similares se pueden encontrar en estudios de otros países, como Estados Unidos (9). Por lo que parece que el problema es común en muchos países desarrollados. Todo esto pone de relieve el importante papel que juega el farmacéutico al respecto. Durante esta etapa surge el concepto de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA). Y como cualquier nuevo producto o servicio que aparece en el mercado, los SPFA requieren de estrategias y técnicas para llegar de forma más eficaz a la población y que de esta manera sean más demandados, es decir, es pertinente el uso del marketing para un amplio despliegue de los SPFA en las farmacias comunitarias españolas.

Más en detalle, este estudio se ha enfocado en el uso del Marketing Mix, en concreto, el modelo de las 4Ps: Producto, Precio, Punto de Venta y Promoción (10) debido a que es una estrategia de marketing ampliamente utilizada en multitud de sectores desde su definición en 1960 por Jerome McCarthy para influir y captar nuevos usuarios, que se ha ido introduciendo en el sector farmacéutico en las últimas décadas (11).

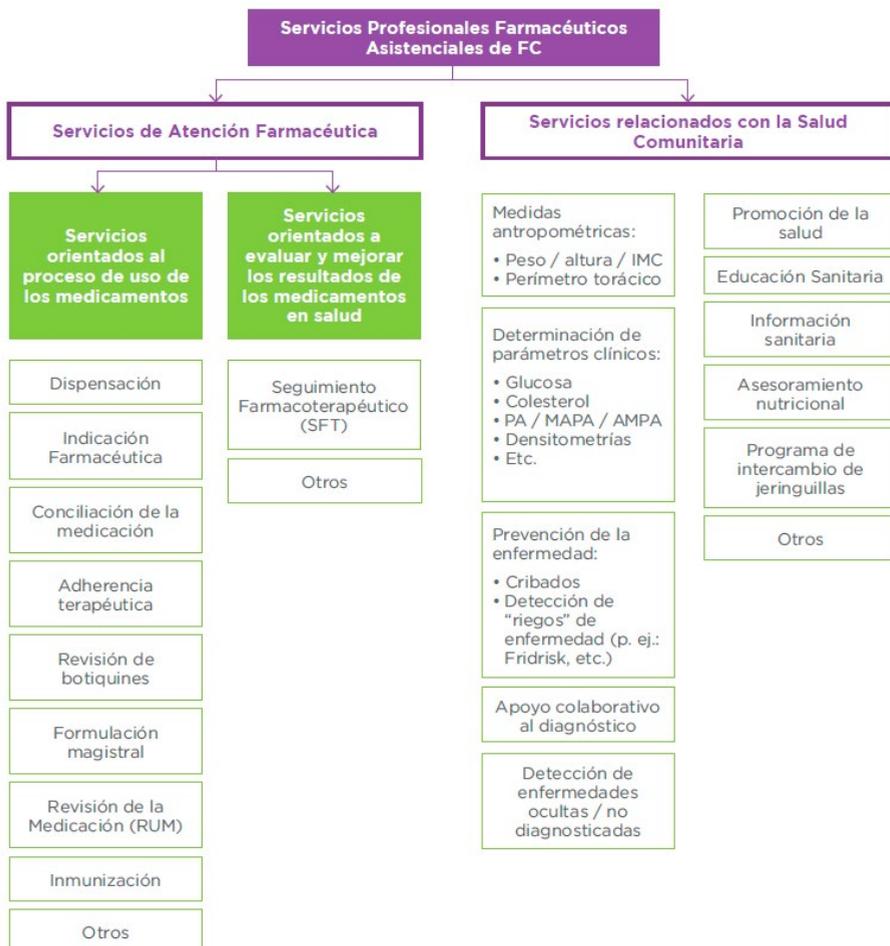
En la etapa actual de la farmacia comunitaria estas variables están cambiando, principalmente el Producto, donde la tendencia es ofrecer servicios junto al producto (fármaco), siendo el farmacéutico un aliado clave para la fidelización del paciente (12). En otras palabras, el farmacéutico ha pasado de centrarse exclusivamente en el medicamento a orientar sus actividades en el paciente.

## DEFINICIÓN DE LOS SPFA

Aquí surge, como se ha mencionado, el concepto de SPFA, definido según Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) como *aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines,*

procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad (13). Foro AF-FC los clasifica como se indica en la Figura 1.

**Figura 1. Clasificación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de la Farmacia**



## EL BAJO NIVEL DE IMPLANTACIÓN DE SPFA EN LAS FARMACIAS ESPAÑOLAS

Si bien existen farmacias comunitarias que ofrecen SPFA, es escaso el porcentaje que brindan esos servicios, exceptuando la dispensación, indicación, medida de parámetros clínicos, la educación/información sanitaria y la formulación magistral, propios en la profesión desde hace tiempo (4).

Existen diversos factores que lo dificultan. En primer lugar, es necesario un cambio de paradigma en la profesión. De hecho, ya en el año 1975 el informe Millis (14) sugería que los farmacéuticos se encontraban poco preparados para el trato con el paciente y la comunicación con otros profesionales sanitarios. No obstante, se ha avanzado mucho desde entonces en este aspecto, tanto a nivel de aptitudes (por ejemplo, en muchos países europeos, atención farmacéutica, farmacia clínica, farmacia social, comunicación, ética y promoción de la salud, forman parte del currículo universitario del farmacéutico) como de actitudes dentro del sector farmacéutico.

Otro aspecto que dificulta la rápida implantación de los SPFA en la red de farmacias y que está siendo objeto de estudio y debate es la, en ocasiones, difícil relación entre el farmacéutico y otros profesionales sanitarios (15). Por otro lado, un obstáculo importante en el desarrollo de los SPFA es el factor económico (16). En este sentido, más del 90% de los farmacéuticos implantarían SPFA en sus farmacias si estos fueran remunerados (4). Por último y no por ello menos importante, la disposición a utilizar los servicios ofertados desde la farmacia comunitaria por parte de la ciudadanía oscila entre el 40 y el 45% (4) y en muchos casos incluso se desconoce la existencia de este tipo de servicios (17). Este hecho puede ser el más relevante. Ya que un aumento de la demanda de los SPFA podría ser el motor necesario para sobrellevar todas las dificultades anteriormente mencionadas.

## ESTUDIOS PREVIOS

En este sentido, Gastelurrutia et al. analizaron los elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico (18), lo que actualmente se conoce como SPFA, en la farmacia comunitaria espa-

ñola a través de un estudio cualitativo basándose en la opinión de farmacéuticos comunitarios y estrategas (personas provenientes de distintas áreas tales como organizaciones profesionales, universidad, etc., que tienen o han tenido responsabilidades y capacidad de decisión para poder diseñar, impulsar, y tratar de diseminar e implantar diferentes SPFA o programas que incluyan dichos servicios). Kamei et al. exploraron, a través de un estudio cuantitativo realizado en Japón, la relación entre la satisfacción del paciente y los servicios ofrecidos en la farmacia (19), fijándose exclusivamente en la dispensación y lo que podría ser el embrión de la actual Revisión del Uso de Medicamentos en cuanto a SPFA se refiere, y a otros aspectos relacionados con la farmacia y el farmacéutico como es su actitud, las instalaciones, el horario, la ubicación, etc. Volume et al. exploraron en un estudio cuantitativo en Canadá, como afectaron los servicios de atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento, expectativas, satisfacción con los servicios y la calidad de vida relacionada con la salud a pacientes mayores de 65 años (20). Armando et al. exploraron la satisfacción de pacientes argentinos que habían realizado el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a través de un estudio cuantitativo (21). Erah et al. exploraron mediante un estudio cuantitativo en Nigeria la percepción de los beneficios de servicios de atención farmacéutica en el manejo de la hipertensión (22). Kassam et al. exploraron, mediante un estudio cuantitativo en Canadá, la satisfacción de pacientes que habían recibido servicios de atención farmacéutica (23). Algo similar realizó Amir et al. en Pakistán (24). Otros estudios cuantitativos exploraron la percepción del paciente sobre la farmacia comunitaria, como el de Al-Arifi et al. en Arabia Saudí (25), el de Catic et al. en Bosnia y Herzegovina (26) y Rayes et al. en Dubái (27). Todos ellos apuntaron a una necesaria evolución de la función social del farmacéutico, en el que pasara de centrarse en el medicamento a considerar el paciente como el eje fundamental de su actividad. También se ha analizado el coste-efectividad de la atención farmacéutica en estudios como el de Bojke et al. realizado en Reino Unido para población mayor de 75 años (28). Si bien, todos estos estudios obtuvieron sus resultados a través de participantes que o bien eran pacientes, es decir, ya habían recibido el servicio en cuestión o en la opinión del farmacéutico o estrategas en SPFA, tanto García et al. en su estudio “Servicios profesionales en la farmacia comunitaria: ¿qué opina el paciente?” (17) como Baixauli et al. en su estudio “REFCOM, la realidad de la farmacia comunitaria en España, propuestas para la mejora de la relación farmacéutico-paciente” (4) añadieron por primera vez a ciudadanos como parte de la población a analizar, entendiendo como tales a aquellos usuarios potenciales de los SPFA.

Como se puede observar, los estudios realizados hasta el momento son en su gran mayoría de tipo cuantitativo, a pesar de dar una información de gran valor, no permiten explicar de forma completa la baja disposición al uso y elevado desconocimiento por parte de los usuarios potenciales o ciudadanos como se podría conseguir a través de estudios cualitativos (29).

## USO DEL MARKETING RELACIONAL PARA EXPANDIR LOS SPFA

Entender mejor estas razones puede ayudar a mejorar la forma de ofrecer los SPFA y de esta forma alcanzar a un mayor porcentaje de la población. Y para ello es importante explorar, como ya indicó McDonough et al. en su trabajo “Usar el marketing relacional para expandir los servicios farmacéuticos” (30), las 4 P del marketing (el también llamado Marketing Mix) propuestas por Jerome McCarthy en 1960 y que todavía siguen muy vigentes en muchísimos sectores pero que han sido poco empleadas en el ámbito farmacéutico (29): Producto, Precio, Punto de Venta y Promoción.

Más en detalle, la primera variable es el Producto (o Servicio), considerado como el elemento principal de cualquier campaña de marketing. Es un concepto muy amplio que abarca todo aquello que se coloca en un mercado para su adquisición para llegar a satisfacer una necesidad o deseo del consumidor. La segunda variable es el Precio, para lo cual es necesario definir la cantidad más adecuada de dinero que el consumidor debe pagar para acceder al producto o servicio, respondiendo a interrogantes como: ¿qué valor tiene el producto o servicio para el cliente?, si bajamos el precio ¿lograremos realmente conseguir ventaja competitiva en el mercado?, ¿existen precios estándar?

La tercera variable es la de Punto de Venta o Distribución (del término *place* en inglés). En el caso de productos tangibles analiza que tareas o actividades son necesarias para llevar el producto acabado hasta los diferentes puntos de venta. Es decir, se tiene en cuenta aspectos como el almacenamiento, la gestión de inventarios, el transporte, la localización de los puntos de venta, los procesos de pedidos, etc. En cambio, en el caso de productos intangibles, como lo son los servicios en general, dado que se producen en el mismo lugar que se prestan y no pueden ni almacenar-

se ni transportarse, el punto de venta se focaliza en analizar donde se adquiere y se presta el servicio. Se tiene en consideración incluso los posibles intermediarios o colaboradores que podrían ayudar a su distribución. Obviamente y según especificaciones, un SPFA se presta dentro de la farmacia comunitaria y en concreto en una Zona de Atención Personalizada (ZAP), por lo tanto, lo que se les preguntó principalmente a los participantes, en este sentido, es donde preferirían adquirir el servicio en cuestión y, en su caso, a través de que intermediarios.

Por último, la variable de Promoción incluye todos aquellos medios, canales de distribución y técnicas para que el producto o servicio se conozca. Con la eclosión del universo online, las posibilidades de realizar una buena promoción son muchas, asequibles para cualquier presupuesto. En la actualidad, a los medios tradicionales (*outbound*), como pueden ser anuncios de radio o televisión, se deben sumar estrategias de *inbound* de marketing, las cuales son menos intrusivas, basadas en contenidos elaborados y bien argumentados y sobre todo con valor añadido para los posibles clientes.

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo general del estudio fue analizar los factores facilitadores y las barreras en la demanda de determinados SPFA por parte de usuarios potenciales en España, desde el enfoque del servicio según las 4Ps del Marketing Mix.

## CONTEXTO POLÍTICO Y LEGISLATIVO DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN ESPAÑA

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (31) garantiza el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria. La Ley 14/1986, General de Sanidad (32), establece los principios y criterios necesarios para el ejercicio de este derecho. En concreto son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.

- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Por lo tanto, el SNS es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Estos Servicios de Salud se ofrecen en todo el territorio español que está formada por 50 provincias, organizadas en 17 CC.AA. y dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla), que en conjunto tiene una población, según datos del Instituto Nacional de Estadística a 1 de julio de 2022, de 47.615.034 habitantes (33) y un Producto Interior Bruto (PIB) de 1.206.842 millones de € en 2021 (34).

El SNS está financiado a través de los impuestos generales. El acceso a los servicios de salud se brinda a través de un sistema formado por hospitales y centros de atención primaria que ofrecen una amplia gama de servicios sin coste para el paciente, excepto los medicamentos (35).

El gasto sanitario en España en 2022 representa el 10,9% del PIB. Del cual, el 8% es el originado por el gasto sanitario público. En concreto supone 90.300 millones € al año y 1.907 € por habitante. De todo este importe, 7 de cada 10 € van destinados a asistencia curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración y 12.800 millones de € a recetas de medicamentos. El detalle de la distribución del gasto sanitario público de España en 2022 se puede ver en la Figura 2 y Figura 3 (36).

*Figura 2. Distribución del gasto sanitario público gestionado por las Comunidades Autónomas, según informe anual de SNS, 2020-2021, clasificación económica.*



*Figura 3. Distribución del gasto sanitario público gestionado por las Comunidades Autónomas, según informe anual de SNS, 2020-2021, clasificación funcional.*



Por otro lado, el 2,9% restante del gasto sanitario en relación con el PIB es privado. En concreto esto supone 32.500 millones € al año (687 € por habitante). De esta cantidad, 9 de cada 10 € de los pagos directos de los hogares se destinan a asistencia curativa y rehabilitadora, (incluida la atención dental), medicamentos (incluido el copago), lentes y audífonos (36).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de España es el órgano de cooperación e intercomunicación de los servicios de salud de las comunidades autónomas entre sí y con la administración del Estado para dar cohesión al sistema y garantizar los derechos ciudadanos en todo el territorio (37). Cada comunidad autónoma tiene su propia consejería de salud que a su vez están vinculadas al Ministerio de Sanidad nacional.

El Gobierno Central cede las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, pero mantiene el control sobre el registro de los medicamentos, el precio de estos y la definición del conjunto común de servicios de salud que se ofrecen a todos los ciudadanos.

En concreto, las competencias en materia sanitaria se reparten según se muestra en la Tabla 1 (31,32,37).

*Tabla 1. Competencias en Materia Sanitaria del SNS*

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| <b>Administración del estado</b> | Bases y coordinación de la Sanidad.                           | <b>Consejo Interterritorial del SNS.</b> |
|                                  | Sanidad Exterior.   |  |
|                                  | Política del medicamento.                                     |  |
|                                  | Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). |  |
| <b>Comunidades Autónomas</b>     | Planificación sanitaria.                                      |  |
|                                  | Salud Pública.  |  |
|                                  | Gestión de Servicios de Salud.                                |  |
| <b>Corporaciones locales</b>     | Salubridad.   |  |
|                                  | Colaboración en la gestión de servicios públicos.             |  |

La Cartera Común de Servicios del SNS está compuesta de tres secciones, una de las cuales, la Cartera común suplementaria, cubre el suministro de medicamentos. Sin embargo, no hay servicios farmacéuticos incluidos en estas listas (38).

Para ejercer como farmacéutico comunitario en España es necesario cumplir con los siguientes requisitos (39):

- Tener un título universitario en Farmacia, obtenido tras completar una carrera universitaria de grado en Farmacia. Esta carrera se ofrece en las universidades españolas y tiene una duración de cinco años. Equivale a un nivel 3 MECES o nivel 7 MECU, es decir, máster o grado largo (40).
- Estar colegiado en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia en la que se vaya a ejercer la profesión.

Las principales funciones de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de cada provincia son (41):

- La organización, ordenación y comunicación de la realidad farmacéutica dentro de su marco legal.
- Velar por el cumplimiento de la ética y normas deontológicas de la profesión.
- Promoción de la formación de los colegiados y vigilancia y control de calidad de los ejercientes.
- Defensa de los intereses profesionales de los colegiados.

A su vez, existe otro organismo que representa a todos los Colegios Oficiales de Farmacéuticos españoles, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (CGCOF). En concreto, es el órgano de representación, coordinación y ejecutivo superior de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, en el ámbito del Estado y a nivel internacional. Es también el encargado de llevar a cabo las negociaciones con el Gobierno central (42).

Por otro lado, también existen organizaciones que representan a los titulares de farmacia como la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) (43), a los empleados (sindicatos) como Comisiones Obreras (CCOO) (44), Unión General de Trabajadores (UGT) (45) y Unión de Trabajadores de Farmacia (UTF), que, entre otras muchas funciones, son los encargados de negociar el convenio laboral para oficinas de farmacia. En concreto, el 28 de diciembre de 2022 se publicó en el BOE la resolución de 15 de diciembre de 2022, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el XXV Convenio colectivo estatal de oficinas de farmacia, acordado por FEFE, UGT y UTF y con vigencia desde 2022 hasta 2024 (46).

Otra organización importante para la profesión es la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) cuya misión es liderar la evolución del farmacéutico comunitario desde la provisión del medicamento a la prestación de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente y en la población en el ámbito de la atención primaria y sociosanitaria y en coordinación con otros profesionales de la salud (47). Recientemente también se han constituido otras dos sociedades científicas del sector farmacéutico: la Sociedad Española de Farmacéuticos Nutricionistas y la Sociedad Científico-Profesional de Farmacia Iberoamericana Comunitaria (48).

En cuanto a los profesionales que trabajan en el sector, según datos del 31 de diciembre de 2021 (49), en España existen 78.128 farmacéuticos colegiados, 55.543 de los cuales ejercen en farmacia comunitaria, lo que supone el 71,1% del total. A su vez, 24.947 de estos farmacéuticos comunitarios el 44,9% son titulares de la farmacia, 19.148 como titulares únicos y 5.799 como cotitulares. Todos estos farmacéuticos se distribuyen en 22.198 farmacias, de las cuales el 35,5% están situadas en capitales de provincia mientras que el 64,5% están situadas en municipios que no son capital de provincia. Por lo tanto, en promedio, en España hay 2,5 farmacéuticos por farmacia. El número de habitantes por farmacia en España a 31 de diciembre de 2021 se sitúa en 2.135.

La Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia (50), establece que las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las

Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:

|     |   |
|-----|---|
| 1.  | La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.   |
| 2.  | La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.   |
| 3.  | La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.  |
| 4.  | La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.   |
| 5.  | La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.   |
| 6.  | La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.  |
| 7.  | La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.                      |
| 8.  | La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.   |
| 9.  | La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.   |
| 10. | La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas. |

La Ley 29/2006 de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (51) viene a refrendar el actual modelo de farmacia, y así en el capítulo IV define las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público. Además, incorpora el concepto de Atención Farmacéutica en su articulado, reconociendo así la labor del farmacéutico como agente de salud.

Las diferentes leyes autonómicas de ordenación farmacéutica establecen también las funciones de las farmacias comunitarias, incorporando nuevas actividades y potenciando las labores de Atención Farmacéutica.

En cuanto a la dispensación de medicamentos, los fármacos recetados por los profesionales de la salud en los centros de atención primaria u hospitales pueden o no estar financiados, siendo la receta electrónica el formato común utilizado por el médico para establecer la prescripción oficial del SNS. La receta electrónica, además de detallar los medicamentos y productos sanitarios prescritos, también registra los datos de consignación obligatoria. Los pacientes se identifican mediante su tarjeta sanitaria y el prescriptor mediante su firma electrónica. También se emplean recetas en formato papel, provenientes del Sistema Nacional de Salud, mutuas privadas como Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y recetas privadas además de aquellas que hacen referencia a medicamentos que no están subvencionados por el SNS (52).

## ORIGEN DE LOS SPFA EN ESPAÑA

A pesar de los servicios básicos definidos en la ya citada Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia, la práctica en las farmacias comunitarias no varió mucho desde su publicación, es decir, el foco continuaba estando en la dispensación de medicamentos, con y sin receta, y el tratamiento de los síntomas menores del paciente (35).

No fue a partir de la publicación del “Consenso sobre Atención Farmacéutica” (53) cuando se consiguió un importante avance a nivel nacional en la definición de los servicios directos al paciente. Para su realización se reunió un grupo de expertos en 2001 bajo la dirección del Ministerio de Salud.

El consenso identificó y definió tres servicios esenciales en el modelo de ejercicio profesional:

- **Dispensación de especialidades farmacéuticas:** se definió para que la entrega del medicamento fuera acompañada de consejos para asegurar el conocimiento del paciente y la adherencia al tratamiento.

- **Consulta o indicación farmacéutica:** servicio en el que el farmacéutico comunitario ayuda al paciente a elegir el medicamento sin receta apropiado para dolencias menores y, si es necesario, lo deriva al médico.
- **Seguimiento farmacoterapéutico personalizado:** este servicio se realiza con el objetivo de conseguir la máxima efectividad de los medicamentos que el paciente ha de utilizar.

Para dar seguimiento a estas definiciones y desarrollar los protocolos de estos servicios se creó un grupo nacional denominado Foro de Atención Farmacéutica (54) con el apoyo del Ministerio de Salud en 2004 que más adelante, en 2009, dio lugar a la creación de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Este grupo de trabajo, que actualmente está constituido por CGCOF, la Fundación Pharmaceutical Care España, SEFAC, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF) de la Universidad de Granada y la Conferencia Nacional de Decanos, tiene como objetivo promover la implementación de SPFA, tanto los servicios de Atención Farmacéutica como los relacionados con la Salud Comunitaria (Figura 1). En concreto, trabaja en dos líneas estratégicas diferenciadas (55):

1.

Definición, clasificación, procedimiento y difusión de los SPFA. Para ello ha elaborado diversos documentos entre los que destaca la Guía Práctica para los SPFA en la FC (56), el Sexto comunicado Foro AF-FC, SPFA (13) y Competencias profesionales para la prestación de SPFA en la FC (57). Además, para reconocer el compromiso asistencial de los farmacéuticos en su actividad cotidiana ha creado los premios Foro AF-FC que se entregan cada año.

2.

Consolidar una relación más estrecha y eficaz entre farmacia y universidad, poniendo el foco en las necesidades formativas del grado de farmacia. Para conseguirlo, y con el objetivo de debatir sobre una futura disciplina de farmacia asistencial en la universidad, se han celebrado varias ediciones de la Jornada Profesión-Universidades, gracias a las cuales se está trabajando en un documento que recoge una propuesta de formación para los farmacéuticos tutores de prácticas tuteladas.

Sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente, la aplicación de los SPFA en la práctica diaria habitual de las farmacias comunitarias españolas es limitada, con solo muy pocos farmacéuticos asumiendo el reto de proporcionar servicios y para un número limitado de pacientes y además de forma intermitente (35).

Con el objetivo de salvar esta situación, el CGCOF lanzó en 2019 la red de Formadores Colegiales (FoCo). Un FoCo es un farmacéutico contratado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos correspondiente, responsable de realizar formación y asesoría in situ a los farmacéuticos, además de ofrecer apoyo continuo a las farmacias implicadas para tratar de solucionar cualquier dificultad o duda que surja durante la realización o adaptación de la farmacia comunitaria en la prestación (SPFA). Sus funciones van desde la actualización de la formación y ayuda in situ al farmacéutico, hasta motivar e impulsar al equipo de la farmacia. El FoCo está especialmente preparado para resolver las barreras que el farmacéutico en la prestación de los SPFA puede poner de manifiesto como por ejemplo en el ofrecimiento de los Servicios a los pacientes, en dudas relacionadas con los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente, en las intervenciones farmacéuticas y la comunicación con el médico, etc. (58)

## FINANCIACIÓN DE SPFA EN ESPAÑA



Sólo algunos servicios están financiados a nivel estatal, provincial o municipal en España, para lo cual se requiere una acreditación. En la Tabla 2, se detallan algunos ejemplos de estos SPFA financiados (35). En el resto de los casos la remuneración de los SPFA se encuentra a cargo del paciente, sin existir precios de referencia como en el caso de los medicamentos, establecidos por el Gobierno central.

Cabe destacar, en la Comunidad Valenciana, el Decreto 188/2018 del Consell, que ha sido el primer documento a nivel nacional que regula, de una manera más amplia, la concertación y acreditación de los SPFA con la Administración sanitaria (59).

Tabla 2. Ejemplo de SPFA financiados en España

| Servicio  | CC.AA.  |
|---|---|
| Suministro de metadona.   | País Vasco, Madrid, Cataluña, Aragón, Navarra, Baleares, Murcia, Castilla la Mancha, Cantabria, Canarias, Asturias y Extremadura. |
| Pruebas de VIH (60).  | País Vasco, Cataluña, Ceuta, Castilla y León, Cantabria y Baleares.   |
| Prueba de sífilis.  | País Vasco.   |
| Cribado de cáncer colorrectal.  | Cataluña.   |
| Intercambio de jeringas y kit anti-VIH.                               | País Vasco.   |
| Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).                        | País Vasco (61).  |
| Tratamiento de Observación Directa (TOD).                             | Comunidad Valenciana.   |
| Diagnóstico y notificación de los casos positivos de SARS-CoV-2 (62). | Comunidad Valenciana.   |

| Remuneración   | Observaciones  |
|--|--|
| Desde 54 a 67€ por paciente al mes.  | En 2018, en el País Vasco 1039 pacientes ya utilizaban este servicio, entre la 250 FC participantes. En Madrid, 865 pacientes entre las 160 FC adscritas.  |
| El paciente paga 5€, excepto Cataluña donde el paciente paga 10€, la FC recibe de la Administración de 10 a 18€ por prueba.  | Desde 2009 hasta 2020 se han realizado 24.602 pruebas de VIH.  |
| El paciente paga 5€, la FC recibe de la Administración 18€ por prueba.   | Se realiza a hombres que han tenido relaciones con hombres. De 2011 a 2020 se han realizado 2284 pruebas.  |
| 1€ por prueba y 10€ de asignación de práctica mensual.   |  |
| Kit anti-VIH, financiado por la Administración, tiene un precio de 1€ para el paciente. El intercambio de jeringas, también financiado por la Administración, no tiene coste para el paciente. | El kit anti-VIH contiene una jeringa nueva, un conservante, una toallita, agua esterilizada y un pequeño recipiente para preparar la mezcla. En 2018 hubo 18.046 cambios.  |
| 31,63€ por paciente al mes.  | El servicio está muy extendido en España. En general, las farmacias no cobran o cobran una cantidad simbólica (alrededor de 10€ al mes). Existen más ejemplos de convenios de servicios de SPD entre ayuntamientos y FC fuera del País Vasco.  |
| 56,06€ por paciente al mes.  | Enfocado principalmente para tuberculosis. Consiste en que los pacientes tomen sus medicamentos en presencia del farmacéutico que certifica la actuación.  |
| 3,75€ por test positivo notificado.  | Puesto en marcha durante el primer trimestre de 2022. Según el protocolo, el farmacéutico podía asistir al paciente en el uso del autotest de antígenos y notificar electrónicamente el resultado a la Conselleria de Sanitat. La participación fue alta, por ejemplo, en la provincia de Alicante más del 44% de farmacias adscritas con gran éxito de pacientes atendidos. |

## MODELOS DE SPFA EN EL MUNDO

A continuación, se muestra una visión global de los servicios profesionales farmacéuticos a nivel mundial con el objetivo de tener una visión más amplia de lo que se está realizando en otros países y entender mejor como está posicionada España al respecto, cuáles son las tendencias y hacia donde podemos evolucionar. Se han obviado todos aquellos servicios relacionados directamente con la COVID-19 ya que, aunque la pandemia surgió durante la realización de esta tesis no entraba dentro del objetivo inicial de esta y además muchos de ellos han sido transitorios.

### Europa



En Europa se pueden distinguir una extensa variedad de servicios profesionales farmacéuticos y con distinta complejidad. No obstante, hay una mayor tendencia a la implantación de servicios más sencillos, como la revisión de medicamentos,

observándose una mayor dificultad para implantar servicios que implican un cuidado del paciente a más largo plazo y que requieren de colaboración interprofesional. También existe una progresiva expansión de los servicios profesionales farmacéuticos desde el centro y el norte de Europa hacia el sur y, más recientemente, hacia los países del este. Se ha estudiado la influencia de incentivos, como el respaldo legal, la colaboración profesional y la remuneración por la prestación de servicios, sin embargo, cabe señalar que el papel de los ciudadanos como motor determinante no se ha analizado hasta el momento (63).

Actualmente, en una farmacia europea, podemos encontrar servicios tradicionales centrados en el producto, donde el papel del farmacéutico es principalmente dispensar y en ocasiones producir el fármaco, asegurándose de que la formulación es la correcta, y que la dosis y la vía de administración son las adecuadas para tratar una prescripción médica concreta. Luego, se pueden encontrar los servicios más centrados en el paciente que abarcan una amplia gama, que dependerán no solo de la legislación vigente sino también de los incentivos para su implementación. Estos pueden clasificarse utilizando diferentes definiciones.

La Agrupación Farmacéutica Europea (PGEU) es la asociación que representa a los farmacéuticos comunitarios europeos. Sus miembros son asociaciones nacionales y colegios profesionales de farmacéuticos de 32 países europeos, incluyendo estados miembros de la Unión Europea (UE), países candidatos a la UE y miembros de la Asociación Europea de Libre Comercio.

En 2010, la PGEU propuso una clasificación de los servicios profesionales farmacéuticos en tres niveles (64):

- Servicios principales: servicios esenciales proporcionados por todas las farmacias autorizadas durante el horario de apertura principal de las farmacias.
- Servicios básicos: pueden requerir instalaciones separadas de la farmacia y una capacitación especial del personal. Es posible que deban estar disponibles fuera del horario de apertura principal de la farmacia.
- Servicios avanzados: requieren instalaciones separadas en la farmacia y farmacéuticos acreditados para brindarlos.

Examinando secuencialmente los informes anuales emitidos por la PGEU, queda bastante claro que los servicios principales son más fáciles de implementar y difundir. Seguramente, todas las farmacias de todos los países europeos dispensan recetas. En la mayoría de los países también se cuenta con servicios nocturnos (guardias) y eliminación de medicamentos. La medición de biomarcadores es otro servicio que también aparece en estos informes anuales como implementado en la mayoría de los países europeos, aunque con números variables según el parámetro considerado (por ejemplo, medición de peso, presión arterial, glucemia, etc.) (64–68). El servicio de cesación tabáquica también se ha ido extendiendo progresivamente como un servicio de farmacia en Europa (68).

En cuanto al número de farmacias y farmacéuticos, según el informe anual de 2020 (69) de la PGEU existen 160.000 establecimientos y 400.000 farmacéuticos en todos sus países miembros. Esto supone un promedio de 32,3 farmacias por cada 100.000 habitantes, para poder atender una media de 4122 pacientes por establecimiento (70). Al día 46 millones de ciudadanos europeos visitan una farmacia comunitaria (68).

La visión de la PGEU es ver a los farmacéuticos comunitarios reconocidos como profesionales clave de la salud que brindan una contribución dinámica, sostenible y evolutiva a la salud de las personas y las comunidades a la vez que fortalecen los sistemas de salud de Europa. Los farmacéuticos comunitarios de Europa trabajan en el seno de las comunidades, proporcionando asesoramiento profesional de alta calidad sobre el uso seguro, eficaz y racional de los medicamentos. A menudo, son el primer y último punto de contacto entre el paciente y el sistema de salud; como tales, hacen una contribución inestimable a la salud de más de 500 millones de personas en toda Europa (71). Según la PGEU, los servicios farmacéuticos en Europa pueden ayudar de manera relevante a resolver los problemas sanitarios derivados del envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y la falta de adherencia terapéutica (72).

En esta misma línea, la Resolución CM/Res(2020)3 sobre la implementación de la atención farmacéutica en beneficio de los pacientes y los servicios de salud, aprobada por el Comité de Ministros del Consejo Europeo el 11 de marzo de 2020 (73) recomienda a los gobiernos de los Estados que forman parte del Convenio sobre la Elaboración de una Farmacopea Europea que tomen las medidas adecuadas para promover e implementar la atención farmacéutica en sus respectivos sistemas nacionales de salud.

Y más en detalle, de acuerdo con el estudio “Servicios Farmacéuticos en Europa: evaluación de tendencias y valor” (74) llevado a cabo, en 2020, por el Instituto de Salud Basada en la Evidencia (ISBE) en colaboración con la PGEU, se localizaron un total de 38 servicios farmacéuticos distintos además de la dispensación. En la Tabla 3 se muestran dichos servicios, categorizados según una adaptación de la pirámide de Kaiser, incluyendo su nombre y sinónimos, así como su descripción. En la Tabla 4 se muestra un resumen por país de los servicios farmacéuticos prestados actualmente en Europa, indicando para cada uno de ellos si existe:

- Prestación en la mayoría de las farmacias bajo contrato, acuerdo, regulación.
- Prestación de forma individual por algunas farmacias.
- Prestación en algunas farmacias como piloto.
- Prestación en algunas farmacias como piloto y de forma individual en otras.
- Prestación remunerada por el gobierno y/o seguros sanitarios.

Tabla 3. Glosario de Servicios Farmacéuticos según estudio del ISBE

| Servicio Farmacéutico   |
|---|
| <b>Servicios de dispensación</b>  |
| Guardias ( <i>Night Services</i> ).   |
| Dispensación de emergencia de medicamentos con receta sin prescripción ( <i>Emergency Supply of Prescription-only Medicines without Prescription</i> ).                     |
| Dispensación urgente de medicamentos con receta sin prescripción ( <i>Urgent Supply of Prescription-only without Prescription</i> ).  |
| Dispensación repetida para medicamentos crónicos de largo plazo ( <i>Repeat Dispensing - chronic long-term medications, Continued Dispensing, Medication Continuance</i> ). |
| Sustitución de genéricos ( <i>Generic Substitution</i> ).   |
| Negativa a dispensar por motivos de seguridad ( <i>Refusal to dispense due safety reasons, Refusal to fill non-dispensing (fee)</i> ).                                      |
| Entrega a domicilio ( <i>Home delivery</i> ).   |
| <b>Servicios de promoción de la salud</b>   |
| Manipulación y Eliminación de medicamentos caducados o no deseados ( <i>Handling and Disposal of Expired or Unwanted Medicines, Pharmacy waste management</i> ).            |
| Intercambio de agujas/jeringas ( <i>Needle/Syringe Exchange</i> ).  |

## Descripción

Servicios de guardia o apertura extendida que aumentan la accesibilidad a las farmacias comunitarias.

Dispensación de un medicamento de prescripción sin receta en una situación de emergencia (por ejemplo, adrenalina, salbutamol).

Dispensación en situación de urgencia de un medicamento de prescripción sin receta médica solicitado por un paciente al que previamente se le ha prescrito, para evitar la suspensión de la terapia (por ejemplo, paciente de vacaciones que se queda sin medicamentos y no puede obtener una receta).

Sistema o servicio mediante el cual la farmacia gestiona la dispensación repetida de recetas (por ejemplo, medicamentos para enfermedades crónicas) o custodia estas para que puedan ser dispensadas cuando el paciente lo requiera sin necesidad de que solicite una nueva receta del medicamento al médico; la farmacia custodia futuras emisiones de la receta que están preautorizadas por el prescriptor durante un tiempo determinado (por ejemplo, 3, 6 o 12 meses).

La práctica de intercambiar a nivel de farmacia un medicamento en lugar de otro con el mismo principio activo, potencia y forma farmacéutica de otro fabricante, sin consultar al prescriptor.

Al dispensar una receta, un farmacéutico debe ejercer un juicio independiente para garantizar que el medicamento sea seguro y adecuado para el paciente; en todo momento la dispensación de una receta o cualquier otra acción tomada por el farmacéutico, debe ser coherente con la seguridad del paciente; el farmacéutico puede negarse a dispensar el medicamento por razones de seguridad.

Entrega de medicamentos y productos sanitarios en el domicilio de los pacientes.

La eliminación de desechos de medicamentos incluye la eliminación segura de medicamentos caducados o no utilizados en la farmacia.

Servicio donde los usuarios de drogas intravenosas pueden obtener materiales de inyección limpios, apoyo e información. Por lo general, es complementado con apoyo para el autocuidado y derivación a otro profesional de la salud o de la asistencia social si es necesario.

### Servicio Farmacéutico

Consulta farmacéutica antes del viaje (*Pharmacy Travel Health, Travel Medicine*).

Vacunación administrada por el farmacéutico (*Pharmacist-Delivered Vaccination, Pharmacy-based Vaccination, Pharmacy-delivered Immunization*).

Gestión del peso (*Weight Management, Weight control*).

Cesación tabáquica (*Smoking Cessation*).

Educación para la salud (*Health education*).

### Servicios de cribado y derivación

Indicación farmacéutica (*Common Ailment Management, Minor Ailments Service (MAS), Common Ailments Service*).

Cribado de personas en riesgo (*Screening Individuals At-Risk*).

Medicina predictiva (*Predictive Medicine*).

### Descripción

Asesoramiento por parte de los farmacéuticos comunitarios a los viajeros sobre las vacunas, la quimioprofilaxis y el botiquín de viaje necesarios según el destino, la duración y las características de los viajeros (medicación concomitante, embarazo, comorbilidades, edad, etc.). También puede incluir la administración de vacunas necesarias para el viaje.

Administración de la vacuna por un farmacéutico comunitario certificado.

Servicio de control de peso integral y centrado en el paciente para mejorar su salud y calidad de vida. El servicio proporciona apoyo psicológico y realiza intervenciones conductuales, así como intervenciones para aumentar la actividad física y mejorar la alimentación. En su caso, también se pueden proporcionar intervenciones farmacológicas.

Realizar asesoramiento y seleccionar la terapia más adecuada (por ejemplo, Terapia de Reemplazo de Nicotina) para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Brindar asesoramiento al paciente sobre promoción de la salud, modificaciones del estilo de vida y prevención de enfermedades.

Proporcionar medicamentos y asesoramiento a pacientes con afecciones de salud comunes que se pueden controlar sin visitas al médico. Puede incluir la opción de recetar medicamentos de venta libre (OTC) y/o de indicación farmacéutica (en España, EFP) y la derivación a otro profesional de la salud si es necesario. Puede o no incluir pruebas como, por ejemplo, de VIH, VHB, VHC, estreptococo A.

Determinar un parámetro clínico mediante una prueba (por ejemplo, glucosa en sangre, presión arterial, colesterol total) o cuestionario de cribado, o ambos para identificar a las personas con riesgo de enfermedad crónica y que no toman medicamentos, proporcionar asesoramiento y/o derivar al médico u otro profesional sanitario (por ejemplo, nutricionista). Ejemplos: diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, asma, EPOC, cáncer colorrectal.

Campo de la medicina que pretende identificar pacientes con un riesgo genético de desarrollar una enfermedad para prevenirla o tratarla de forma temprana. Para ello se emplean diferentes pruebas para identificar marcadores que determinan la predisposición del paciente de sufrir una determinada enfermedad en un futuro.

## Servicio Farmacéutico

Farmacovigilancia de medicamentos sujetos a seguimiento adicional (*Pharmacovigilance for medicines under additional monitoring*).

Programación de visitas y pruebas/entrega de informes (*Scheduling visits and exams/delivery of reports*).

Derivación a otros profesionales sanitarios (*Referral to other healthcare providers*).

### Servicios de gestión de enfermedad

Administración de medicamentos inyectables (*Administering Injectable Medicines, Injection Authority*).

Terapia Directamente Observada (*Directly Observed Treatment (DOT), Directly observed therapy Supervised Consumption of Medicines*).

Intervención en la primera dispensación (*First Time Dispensing Intervention, New Medicines Service*).

Educación en el uso de dispositivos terapéuticos, de auto-monitorización o de ayuda médica (por ejemplo, dispositivos de ostomía, inhaladores, dispositivos para la administración de insulina, glucómetros) (*Instruction on use of therapeutic or self-monitoring device or medical aid (e.g. stoma appliance, inhaler, insulin device, self-monitoring blood glucose (SMBG))*).

Apoyo a la adherencia terapéutica (*Therapeutic adherence support*).

### Descripción

En la Unión Europea, los medicamentos que están llevando un especial seguimiento por las autoridades sanitarias están etiquetadas con un triángulo negro invertido en el envase. Estas medicinas de “seguimiento adicional” normalmente requieren de una evaluación previa a la dispensación. El seguimiento adicional pretende conseguir información sobre posibles efectos adversos de medicinas que tienen una evidencia clínica menos desarrollada. Los principales objetivos son evaluar antes de la dispensación y recopilar información lo antes posible para informar sobre el uso seguro y eficaz de estos medicamentos y su perfil de riesgo-beneficio cuando se usan en la práctica médica diaria.

Servicios complementarios para facilitar a los pacientes la programación de visitas y pruebas en la farmacia o en atención primaria y proporcionarles informes sanitarios.

Derivación a otros profesionales sanitarios como a enfermería o nutricionista.

Administración de un medicamento inyectable (por ejemplo, antibióticos, medicamentos antiinflamatorios, adrenalina) por un farmacéutico comunitario certificado.

Un método de administración de medicamentos en el que el farmacéutico observa cómo una persona toma cada dosis de un medicamento para asegurarse de que la persona reciba y tome todos los medicamentos según lo prescrito y para controlar la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, metadona, buprenorfina, antibióticos, medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, VIH, etc.

Consulta privada estructurada entre el farmacéutico y un paciente que comienza con un nuevo medicamento y que tiene por objetivo apoyar la adherencia en los primeros meses de tratamiento. Puede o no incluir SMS recordatorios de dispensación y adherencia a los pacientes.

Servicio estructurado que implica enseñar, demostrar y evaluar el uso correcto de un dispositivo.

Servicio/programa estructurado para identificar posibles problemas relacionados con la adherencia a la terapia y proporcionar soluciones y motivación. Puede o no incluir SMS recordatorios de dispensación y adherencia a los pacientes.

### Servicio Farmacéutico

Teleconsulta farmacéutica (*Teleconsultations by pharmacists*).

Gestión de enfermedades crónicas, por ejemplo, hipertensión, hiperlipemia, diabetes, asma, EPOC, NOAC (*Chronic disease management (e.g. hypertension, hyperlipidemia, diabetes, asthma, copo, NOAC)*).

### Servicios de gestión de casos individuales

Sistemas Personalizados de Dosificación o SPD (*Dose Administration Aid (DAA), Pill-box, Blister Pack, Preparation of personalized dosage systems*).

Revisión del Uso de los Medicamentos o RUM (*Medication Review, Medication Therapy Management (MTM), Medication Use Review (MUR), Polymedication management, Medcheck, Medicines/Therapy/Medication optimization*).

Revisión de la medicación en el domicilio o en centros sociosanitarios (*Home or Nursing Home Medication Review, Home Medicines Review, Residential Medication Management Reviews*).

Conciliación de la medicación (*Medication Reconciliation*).

Sustitución terapéutica (*Therapeutic Substitution*).

Deprescripción (*Deprescribing*).

### Descripción

Posibilidad de que el farmacéutico pueda dar consejo y atender consultas de los pacientes por teléfono u on-line.

Una intervención farmacéutica de multicomponente que tiene por objetivo controlar los síntomas y retardar o detener la progresión de la enfermedad crónica. Esto puede incluir la detección de signos tempranos o cambios en la condición de un paciente, monitorización de medicamentos, revisión de medicamentos, apoyo para la adherencia y apoyo para el autocuidado de la enfermedad. Puede o no incluir recordatorios SMS de dispensación y adherencia a los pacientes. Puede o no incluir mediciones en el punto de atención (por ejemplo, glucosa en sangre, presión arterial, colesterol total).

Servicio diseñado para mejorar la adherencia terapéutica y garantizar la efectividad y seguridad de los tratamientos. Consiste en la preparación semanal de la medicación de los pacientes según la pauta establecida. El farmacéutico concilia la medicación con el resto de los profesionales, la revisa y la acondiciona en un dispositivo blíster sellado de fácil manejo, debidamente identificado.

Una evaluación estructurada de los medicamentos del paciente con el objetivo de optimizar el uso de medicamentos y mejorar los resultados de salud. Esto implica detectar problemas relacionados con los medicamentos y recomendar intervenciones. Puede o no incluir SMS recordatorios de dispensación y adherencia a los pacientes.

Revisión de medicamentos realizada en el domicilio de los pacientes o en un centro sociosanitario por un farmacéutico comunitario.

La conciliación de la medicación se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas.

La práctica de intercambiar a nivel de farmacia un medicamento en lugar de otro con un principio activo diferente y con la misma indicación terapéutica, en consulta con el prescriptor y el paciente o de acuerdo con los protocolos nacionales/locales.

Identificar, reducir y retirar la medicación cuando los riesgos del fármaco superan sus beneficios clínicos (por ejemplo, benzodiazepinas, antidepresivos, medicamentos potencialmente inapropiados en personas de edad avanzada).

### Servicio Farmacéutico

Vías integrales de atención en salud (*Integrated Care Pathways, protocols or Quality Circles in place with primary care*).

Dispensación y administración de terapias de alto coste (*High-Cost Therapy Dispensing and Management, Dispensing specialty medicines*).

Titulación de fármacos (*Drug-dose titration*).

Formulación magistral (*Galenic formulation*).

### Servicios basados en la evaluación de tecnologías sanitarias

Recopilación de datos sobre nuevos medicamentos bajo reembolso condicional (*Data collection on new medicines under conditional reimbursement, Real-World monitoring of effectiveness (pharmacy-based)*).

### Descripción

Vías de atención estructuradas acordadas y reuniones locales interprofesionales entre farmacéuticos, médicos generales y enfermeras de atención primaria para identificar y resolver posibles problemas relacionados con la medicación y la atención médica.

Dispensar medicamentos de elevado coste y alto valor (por ejemplo, medicamentos biológicos o biosimilares) a pacientes en la farmacia comunitaria (por ejemplo, oncología, VIH, artritis reumatoide, esclerosis múltiple).

Proceso de ajuste de la dosis de un medicamento por parte del farmacéutico, generalmente con un índice terapéutico estrecho, para el máximo beneficio del paciente sin efectos adversos aumentando o disminuyendo lentamente (por ejemplo, insulina, anticoagulantes) según el protocolo acordado o las instrucciones del médico para el paciente.

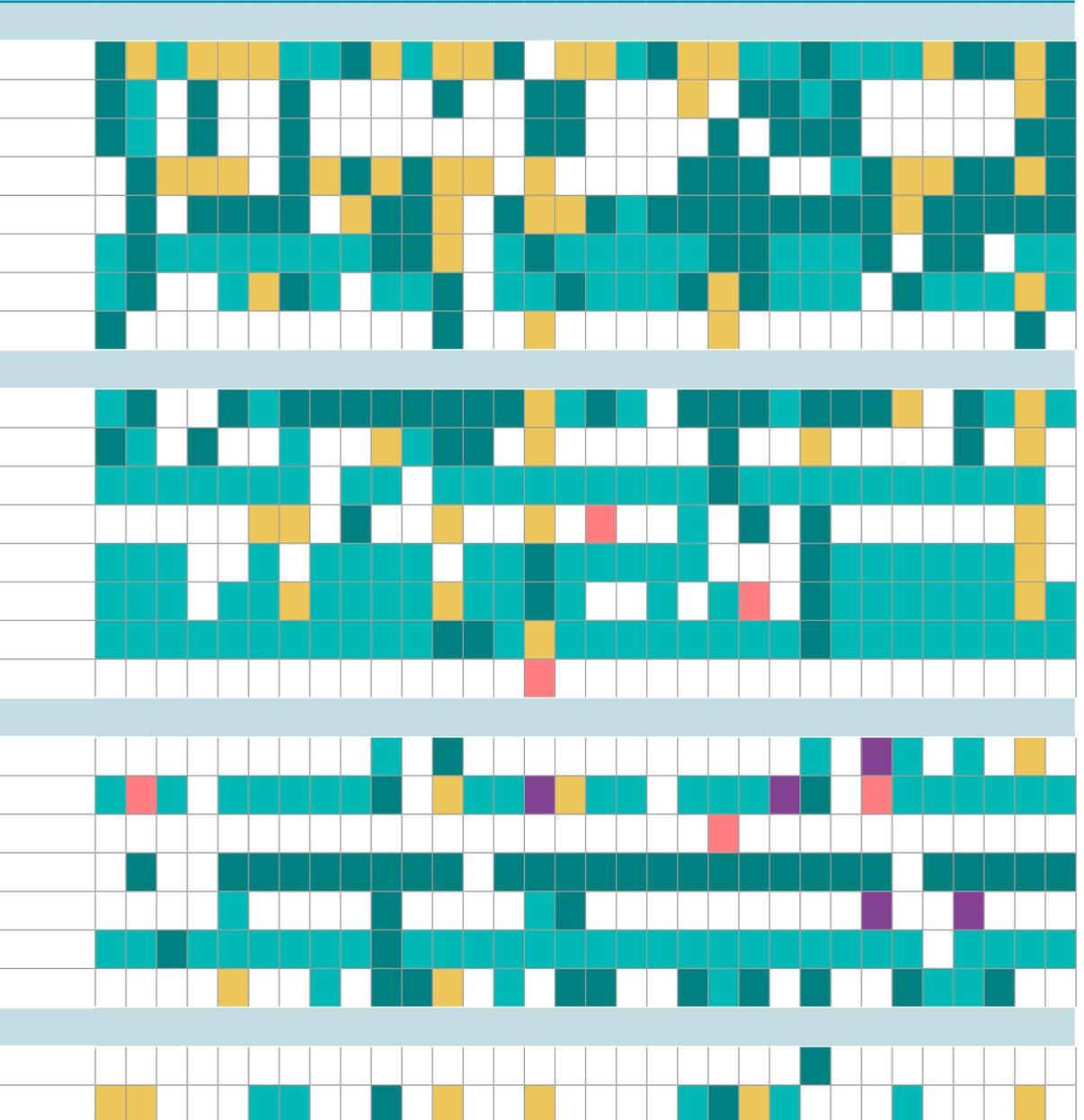
Preparación por parte del farmacéutico, o bajo su dirección, de un medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por un farmacéutico y que es dispensado en la farmacia comunitaria.

Recopilación y registro de métricas de efectividad a nivel del paciente de medicamentos nuevos (recientemente lanzados) e innovadores durante la dispensación. Por lo general, estos son medicamentos bajo contratos confidenciales entre el Pagador (Gobierno, seguros médicos) y el Titular de la Autorización de Mercado que otorga un reembolso temporal siempre que la empresa pueda demostrar la eficacia en la población real dentro del primer/os año/s de lanzamiento bajo los procedimientos de evaluación de tecnologías sanitarias.

*Tabla 4. Servicios farmacéuticos prestados actualmente en Europa, resumen por país*

| <b>Servicio</b>  |
|--|
| <b>Servicios de dispensación</b>                                       |
| Guardias   |
| Dispensación de emergencia de medicamentos con receta sin prescripción |
| Dispensación urgente de medicamentos con receta sin prescripción       |
| Dispensación repetida para medicamentos crónicos de largo plazo        |
| Sustitución de genéricos   |
| Negativa a dispensar por motivos de seguridad                          |
| Entrega a domicilio  |
| Otros  |
| <b>Servicios de promoción de la salud</b>                              |
| Manipulación y Eliminación de medicamentos caducados o no deseados     |
| Intercambio de agujas/jeringas   |
| Consulta farmacéutica antes del viaje                                  |
| Vacunación administrada por el farmacéutico                            |
| Gestión del peso   |
| Cesación tabáquica   |
| Educación para la salud  |
| Otros  |
| <b>Servicios de cribado y derivación</b>                               |
| Indicación farmacéutica  |
| Cribado de personas en riesgo  |
| Medicina predictiva  |
| Farmacovigilancia de medicamentos sujetos a seguimiento adicional      |
| Programación de visitas y pruebas/entrega de informes                  |
| Derivación a otros profesionales sanitarios                            |
| Otros: dispensación de de auto-tests                                   |
| <b>Servicios de gestión de enfermedad</b>                              |
| Administración de medicamentos inyectables                             |
| Terapia Directamente Observada   |

AT BE BG CY CZ DE DK EE EL ES FI FR HR HU IE IT LU LV MK MT NL NO PL PT RO RS SE SI SK TR UK XK



## Servicio

Intervención en la primera dispensación

Educación en el uso de dispositivos terapéuticos, de auto-monitorización o de ayuda médica

Apoyo a la adherencia terapéutica

Teleconsulta farmacéutica

Gestión de enfermedades crónicas

Otros: información a los pacientes sobre condiciones / tratamientos

### Servicios de gestión de casos individuales

Sistemas Personalizados de Dosificación

Revisión del Uso de los Medicamentos

Revisión de la medicación en el domicilio o en centros sociosanitarios

Conciliación de la medicación

Sustitución terapéutica

Deprescripción

Vías integrales de atención en salud

Dispensación y administración de terapias de alto coste

Titulación de fármacos

Formulación magistral

Otros

### Servicios basados en la evaluación de tecnologías sanitarias

Recopilación de datos sobre nuevos medicamentos bajo reembolso condicional

Otros

AT: Austria; BE: Bélgica; BG: Bulgaria; CZ: República Checa; CY: Chipre; DK: Dinamarca; DE: Alemania; EE: Estonia; IE: Irlanda; EL: Grecia; ES: España; FI: Finlandia; FR: Francia; HR: Croacia; HU: Hungría; IT: Italia; LV: Letonia; LU: Luxemburgo; MK: Macedonia de Norte; MT: Malta; NL: Países Bajos; NO: Noruega; PL: Polonia; PT: Portugal; RO: Rumanía; RS: Serbia; SE: Suecia; SI: Eslovenia; SK: Eslovaquia; TR: Turquía; UK: Reino Unido; XK: Kosovo.

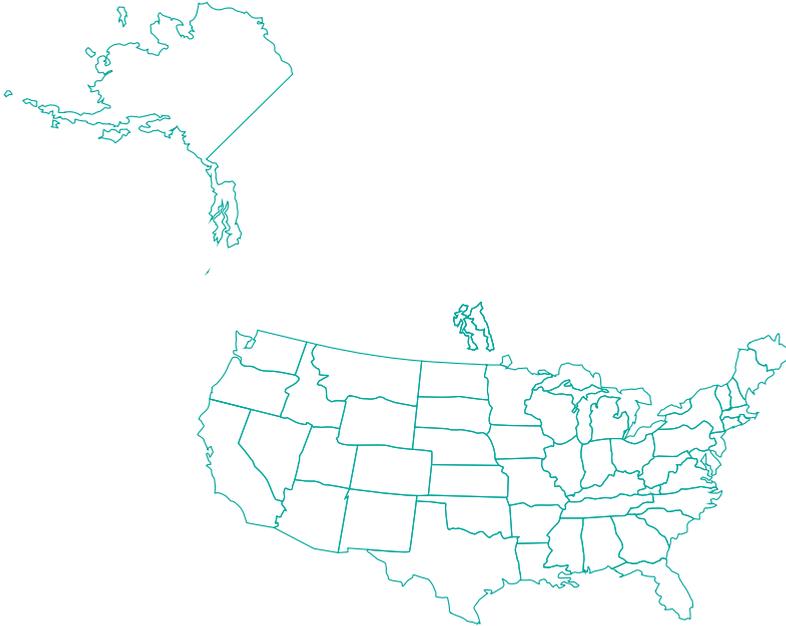


## Norteamérica



Los servicios profesionales farmacéuticos en los Estados Unidos y Canadá están regulados a nivel estatal / provincial, lo que provoca diferencias en la práctica de la farmacia en ambos países. Por lo general, se exige que se ofrezca el consejo farmacéutico y la revisión del uso de los medicamentos en las farmacias comunitarias. Existe una tendencia hacia el desarrollo de servicios profesionales proporcionados en la farmacia comunitaria, la integración del farmacéutico en el equipo de atención médica y la implementación de acuerdos colaborativos que amplían el papel del farmacéutico en el cuidado del paciente (63).

## Estados Unidos



En Estados Unidos existen en la actualidad más de 88.000 farmacias comunitarias, de las cuales alrededor de 40.000 son independientes y algo más de 48.000 farmacias forman parte de una cadena de farmacias. En ellas trabajan alrededor de 215.000 farmacéuticos, de los cuales cerca de 149.000 trabajan en farmacia pertenecientes a una cadena. En la Tabla 5 se muestran las principales cadenas en Estados Unidos y el número de farmacéuticos en cada una de ellas (75).

Con el aumento de los costes de la atención médica y el hecho de que la farmacia comunitaria sea el establecimiento de atención sanitaria más accesible, ha propiciado que los estadounidenses cada vez acuden más a su farmacéutico comunitario para cubrir sus necesidades relacionadas con la salud (76). Según el estudio de Avalere Health LLC, *Exploring Pharmacists' Role in a Changing Healthcare Environment* (77), los servicios ofrecidos se pueden agrupar en gestión de la medicación, conciliación de medicamentos, atención preventiva (cribados e inmunización), educación y asesoramiento conductual y modelos de atención colaborativa.

El pago de estos servicios puede ser por parte del paciente, a través de contratos laborales o por terceros, ya sea el gobierno o seguros de salud privados.

Es importante señalar que el servicio ofrecido más importante es el de vacunación, después de la dispensación. Esto destaca el importante papel de los farmacéuticos en la salud pública estadounidense. Es por ello, que muchos estados están ampliando el papel del farmacéutico en las inmunizaciones (76).

*Tabla 5. Las 25 principales cadenas de farmacias en los Estados Unidos clasificadas por número total de farmacéuticos*

| Ranking | Cadena de Farmacias           | Sede central               | Farmacéuticos | Establecimientos |
|---------|-------------------------------|----------------------------|---------------|------------------|
| 1       | Walgreens Company             | Deerfield, Illinois        | 48.986        | 9.323            |
| 2       | CVS Health                    | Woonsocket, Rhode Island   | 31.235        | 9.054            |
| 3       | Walmart                       | Bentonville, Arkansas      | 15.369        | 4.865            |
| 4       | Rite Aid Corp                 | Camp Hill, Pennsylvania    | 10.869        | 2.721            |
| 5       | Kroger Company                | Cincinnati, Ohio           | 7.516         | 1.956            |
| 6       | Albertsons Inc                | Boise, Idaho               | 6.157         | 1.713            |
| 7       | AmerisourceBergen Corporation | Chesterbrook, Pennsylvania | 4.852         | 1.961            |
| 8       | Publix Super Markets Inc      | Lakeland, Florida          | 47,00         | 1.084            |
| 9       | McKesson Corp                 | Irving, Texas              | 4.524         | 1.556            |
| 10      | Costco Wholesale Corp         | Issaquah, Washington       | 2.179         | 500              |
| 11      | Cardinal Health Inc           | Dublin, Ohio               | 1.382         | 518              |

| Ranking | Cadena de Farmacias                           | Sede central              | Farmacéuticos | Establecimientos |
|---------|---|---------------------------|---------------|------------------|
| 12      | Ahold Delhaize Usa                            | Carlisle, Pennsylvania    | 1380          | 521              |
| 13      | H E B Grocery Company                         | San Antonio, Texas        | 1310          | 270              |
| 14      | Meijer Great Lakes Limited Partnership        | Grand Rapids, Michigan    | 1080          | 238              |
| 15      | Southeastern Grocers LLC                      | Jacksonville, Florida     | 1.059         | 327              |
| 16      | Hy Vee Inc                                    | West Des Moines, Iowa     | 1.006         | 249              |
| 17      | Sears Holdings Corp (Defunct)                 | Hoffman Estates, Illinois | 945           | 306              |
| 18      | Kaiser Permanente                             | Oakland, California       | 892           | 131              |
| 19      | Freds Inc (Defunct)                           | Memphis, Tennessee        | 778           | 301              |
| 20      | Pharmerica Corp                               | Louisville, Kentucky      | 614           | 89               |
| 21      | Giant Eagle Inc                               | Pittsburgh, Pennsylvania  | 594           | 204              |
| 22      | Shopko Stores Operating Company LLC (Defunct) | Green Bay, Wisconsin      | 574           | 206              |
| 23      | Ahold Delhaize America                        | Salisbury, North Carolina | 484           | 170              |
| 24      | Wegmans Food Markets Inc                      | Rochester, New York       | 479           | 88               |
| 25      | Kinney Drugs Inc                              | Gouverneur, New York      | 437           | 113              |

## Gestión de la medicación

La gestión de la medicación o Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM), es un servicio o conjunto de ellos que tiene como objetivo optimizar los resultados terapéuticos de un paciente. Estos servicios pueden ir vinculados o no a la dispensación de medicamentos (78). El MTM suele incluir la recopilación del historial médico y farmacoterapéutico del paciente, la educación sanitaria, la revisión integral de la medicación, sincronización de la medicación el seguimiento farmacoterapéutico y la comunicación con el prescriptor para proponer ajustes en el tratamiento farmacológico cuando sea necesario.

En cuanto a su remuneración, desde 2006, la gestión de la medicación es uno de los beneficios del *Medicare*, que es el programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos. Más en concreto de su Parte D, que engloba los planes de medicamentos recetados. El *Medicare* proporciona asistencia médica a todas las personas mayores de 65 años o más jóvenes con discapacidades relacionadas con problemas graves de salud, como cáncer, insuficiencia renal con necesidad de diálisis, etc.

El MTM también puede estar concertado por el *Medicaid*, que es un programa de seguros de salud del gobierno de Estados Unidos para la gente necesitada. En este caso puede variar el público objetivo y los servicios incluidos en el MTM financiado por *Medicare Parte D*.

Por último, la gestión de la medicación también puede estar financiada por el sector privado a través de programas sanitarios multidisciplinares llamados Hogar Médico Centrado en el Paciente, en inglés, *patient-centered medical home* (PCMH) (79).

La gestión de medicamentos es uno de los servicios clave que los farmacéuticos estadounidenses pueden brindar dado el contexto actual. En concreto, según los resultados de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS) de 2018 (80), más de la mitad (51,8 %) de los adultos de Estados Unidos tenían al menos una de las siguientes diez enfermedades crónicas: artritis, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardíaca coronaria, asma, diabetes, hepatitis, hipertensión, accidente cerebrovascular y

riñones débiles o defectuosos. Y el 27,2 % de los adultos tenían múltiples afecciones crónicas.

Estos pacientes tienen, por lo general, una mayor probabilidad de complicaciones médicas y los costes de sus tratamientos son más altos, sin embargo, a menudo tienen bajas tasas de adherencia a la medicación. Mejorar la adherencia a la medicación puede aumentar la calidad y reducir los costes para esta población. En 2012, la Oficina de Presupuesto del Congreso (CBO) publicó una guía donde calculaba como la adherencia a la medicación puede reducir el coste médico general. En concreto, cada aumento del 1,0% en la cantidad de recetas dispensadas por los beneficiarios de Medicare conduce a una disminución neta en el gasto médico del 0,2%.

Como ejemplo concreto, en la Tabla 6 se muestran la evolución en el porcentaje de farmacias independientes de Estados Unidos que ofrecen MTM (76).

*Tabla 6. Evolución del MTM en las farmacias independientes de EE. UU.*

|                                   | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| Manejo de Terapia de Medicamentos | 77%  | 79%  | 73%  |

Uno de los servicios incluidos en la gestión de la medicación y que también ayuda mucho en el importante problema de la adherencia es la sincronización de la medicación (Tabla 7). Se trata de un proceso para alinear toda la entrega de los medicamentos del paciente en un día concreto del mes, lo cual es beneficioso tanto para el paciente como para el farmacéutico que aprovecha ese día para tomar nota de cualquier pregunta pendiente o problema clínico y maximiza la oportunidad de proporcionar servicios farmacéuticos beneficiosos para el paciente.

*Tabla 7. Servicios incluidos en la sincronización de la medicación en farmacias independientes de EE. UU.*

|   | 2019 | 2020 |
|---|------|------|
| Sincronización de toda la medicación crónica para que sea recogida por el paciente una vez al mes | 94%  | 94%  |
| Se llama al paciente de 4 a 10 días antes del día de recogida de su medicación mensual            | 61%  | 67%  |
| El farmacéutico se reúne con el paciente para revisar el uso de los medicamentos (RUM)            | 59%  | 63%  |
| Se llama al paciente 1 día antes del día de recogida de su medicación mensual                     | 31%  | 40%  |
| Sincronización de la medicación optimizada a nivel geográfico para realizar entregas a domicilio  | 25%  | 22%  |

## Conciliación de la medicación

Tal y como se ha explicado en la Tabla 3, la conciliación de la medicación es el servicio consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. El foco en este tipo de servicio ha crecido en Estados Unidos en los últimos años (81). Puede formar parte del MTM o ser un servicio separado.

Hasta el 70% de las transiciones en la atención de los pacientes resultan en discrepancias en la medicación, y un tercio de estas son lo suficientemente graves como para provocar eventos adversos relacionados con los medicamentos (82–86). A medida que el entorno de la atención médica sigue dando prioridad a la calidad, muchas organizaciones importantes han destacado la necesidad de mejora en las transiciones de la atención de los pacientes, como por ejemplo la *Joint Commission*, el Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente (PCORI) (87) y los programas ACO del CMS (88).

## Atención preventiva (cribados e inmunización)

El cribado incluye pruebas, respaldadas por la Enmienda de Mejora del Laboratorio Clínico, *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA), como la de colesterol, hemoglobina glicosilada y la detección de enfermedades infecciosas, por ejemplo, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis C, VIH, entre otros. La inmunización abarca la vacunación administrada por farmacéuticos capacitados. Ambos (cribados y vacunación) están regulados por las leyes de cada estado, por lo que los requerimientos y las condiciones pueden variar entre ellos.

Los pacientes en Estados Unidos son cada vez más conscientes del acceso a los servicios preventivos (89). Esto ha llevado a aumentos en las tasas de vacunación, y los farmacéuticos se han convertido cada vez más en importantes prestadores del servicio de vacunación. Esto se ha conseguido en gran medida gracias a materiales educativos y anuncios que fomentan la inmunización desde la farmacia (90).

Como ejemplo, en la Tabla 8 se muestra la evolución de algunos de estos servicios en farmacias independientes de EE. UU (76).

*Tabla 8. Servicios de atención preventiva en farmacias independientes de EE. UU.*

|  | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|------|------|------|
| Vacunación contra la gripe                 | 76%  | 77%  | 84%  |
| Vacunación (patologías distintas de gripe) | 69%  | 73%  | 80%  |
| Seguimiento de la tensión arterial         | 57%  | 54%  | 53%  |
| Seguimiento del perfil lipídico            | 7%   | 6%   | 7%   |

## Educación y asesoramiento conductual

Dentro de este concepto se incluyen servicios como la cesación tabáquica, la revisión del uso de medicamentos, la educación para la salud, gestión del peso, entre otros. Hay seguros de salud privados que lo incluyen entre sus prestaciones (91).

La educación y asesoramiento conductual abarca muchas cosas, que van desde la discusión de objetivos terapéuticos específicos (p. ej., adherencia, logro de resultados intermedios) hasta brindar información más amplia sobre buenas prácticas de salud, como el control del peso. Como punto clave de acceso a los pacientes (durante el proceso de dispensación de medicamentos o de otro modo), los farmacéuticos tienen muchas oportunidades para asesorar a los pacientes y pueden utilizar este acceso para aclarar o confirmar la comprensión del paciente de los regímenes de tratamiento prescritos por el médico.

En la Tabla 9 se muestra el porcentaje de farmacias independientes que ofrecen algunos de los servicios de Educación y asesoramiento conductual (76).

*Tabla 9. Servicios de Educación y asesoramiento conductual en EE.UU*

|                                 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------------------------|------|------|------|
| Educación y gestión de diabetes | 33%  | 30%  | 30%  |
| Cesación tabáquica              | 23%  | 22%  | 27%  |
| Gestión de asma                 | 13%  | 12%  | 15%  |
| Gestión del peso                | 11%  | 9%   | 9%   |

## Modelos de atención colaborativa

Aunque los servicios anteriores se pueden realizar individualmente en colaboración con médicos u otros proveedores, se han definido modelos de atención colaborativa más formales en protocolos estatales para proporcionar un mecanismo que facilite la realización de estos servicios.

El principal modelo de atención colaborativa se conoce formalmente como “gestión colaborativa de la terapia con medicamentos” (CDTM), y se define como un acuerdo de práctica colaborativa entre uno o más médicos y farmacéuticos en el que se permite a los farmacéuticos calificados que trabajan dentro del contexto de un protocolo definido asumir responsabilidades profesionales para realizar

evaluaciones de pacientes, ordenar pruebas de laboratorio relacionadas con la terapia con medicamentos, administrar medicamentos y seleccionar, iniciar, monitorizar, continuar y ajustar los regímenes de medicamentos.

Aunque el alcance de CDTM puede variar según el estado, desde 2013, 47 estados permiten a los farmacéuticos colaborar con los médicos en modelos CDTM. Éstos se han implementado en una gran variedad de entornos que abarcan clínicas, centros médicos para veteranos de guerra, hospitales y farmacias comunitarias. A su vez, los modelos CDTM se han implementado en diversas áreas terapéuticas, que incluyen diabetes, hipertensión, dislipidemia, insuficiencia cardíaca y anticoagulación, entre otras.

## Canadá



Según la Asociación Nacional de Autoridades Reguladoras de Farmacias de Canadá (NAPRA), en 2022, hay un total 11.356 farmacias comunitarias (92). Por lo tanto, con una población de 38,25 millones, en Canadá existe una farmacia por cada 3368 personas. En farmacia trabajan 44.031 farmacéuticos, lo que implica que hay un farmacéutico por cada 869 personas.

Los programas públicos, que incluyen los programas federales y provinciales, cubren más del 42,7 % de los gastos farmacéuticos del país.

Las provincias y territorios ofrecen cobertura complementaria para productos farmacéuticos y otros servicios que generalmente no están cubiertos por el sistema de salud para ciertos grupos de personas, como personas mayores, niños y beneficiarios de asistencia social (93). Aquellos que no se pueden beneficiar de esta cobertura complementaria pagan los productos farmacéuticos y servicios directamente o través de planes de seguro de salud privados.

El gobierno federal es responsable de la regulación de productos farmacéuticos, productos sanitarios y otros productos de consumo relacionados con la salud. La regulación del ejercicio de la farmacia corresponde a las provincias. El alcance de las actividades, los reglamentos, los requisitos de capacitación y las limitaciones difieren entre provincias (94). El colegio de farmacéuticos es el organismo registrador y regulador de la profesión de farmacéutico en la provincia. Los colegios hacen cumplir la legislación, los estándares de práctica, el código de ética y las políticas y pautas relevantes para la práctica farmacéutica. El colegio también vela por que las farmacias de la provincia cumplan ciertos estándares en los procedimientos y están acreditados por la universidad. La propiedad de las farmacias no está restringida a los farmacéuticos y no hay restricciones para el establecimiento de una farmacia.

Como se puede ver en la Tabla 10 (95), varias provincias han otorgado facultades de prescripción a los farmacéuticos para iniciar y gestionar medicamentos que requieren receta médica para su dispensación tras el diagnóstico e intervención profesional de un prescriptor (los llamados Medicamentos de la Lista I) (96), con excepción de los medicamentos controlados. La prescripción de los medicamentos de la Lista I por parte de los farmacéuticos puede ser independiente o a través de acuerdos de colaboración, incluyendo aquellos medicamentos para síntomas menores, para terapias para dejar de fumar o para los casos de emergencia. La adaptación o gestión farmacéutica de los medicamentos de la Lista I también puede ser independiente o a través de acuerdos de colaboración, permitiendo la sustitución terapéutica, cambios en la terapia de medicamentos, incluida la dosis, la formulación, el régimen, entre otros, y la renovación o extensión de la prescripción para garantizar la continuidad de la atención. En algunas provincias,

los farmacéuticos también pueden ordenar e interpretar pruebas de laboratorio. Y, aunque Nunavut y Yukón no permiten que los farmacéuticos realicen prácticamente ninguno de los servicios anteriores, se debe tener en cuenta que estas provincias cuentan con las poblaciones canadienses más pequeñas con solo el 0,1% o 36 000 personas cada una.

Los farmacéuticos en Canadá han realizado servicios profesionales farmacéuticos desde finales de la década de 1990, y desde entonces han ido ampliando sus funciones. Gracias a ello, entre otros aspectos, una encuesta de 2014 muestra que los consumidores ven a los farmacéuticos como profesionales sanitarios. En concreto, este estudio con 380 participantes en Terranova y Labrador encontró que el 90 % de los encuestados consideraba que los farmacéuticos eran profesionales de la salud al igual que las enfermeras y los médicos, y solo el 10 % consideraba que la función principal de los farmacéuticos era contar las pastillas (97).

En 2009, la Sociedad Canadiense de Farmacéuticos Hospitalarios, en inglés, Canadian Society of Hospital Pharmacists (CHSP) aprobó la declaración: “CSHP aboga por la prescripción por parte de los farmacéuticos en la prestación de atención de alta calidad, centrada en el paciente, segura, eficaz y accesible” (98).

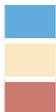
El programa MedsCheck en Ontario es un programa gubernamental similar al programa MTM de la Parte D de Medicare en los Estados Unidos. Se define como una entrevista uno a uno entre el farmacéutico y el paciente para revisar los medicamentos recetados y sin receta del paciente. La revisión de medicamentos de MedsCheck ayuda a los pacientes a comprender mejor su tratamiento y contribuye a garantizar que sus medicamentos se tomen según lo prescrito y que los pacientes obtengan el mayor beneficio de ellos. MedsCheck es un programa voluntario para los residentes de Ontario, que tengan una tarjeta de salud de Ontario válida, que estén tomando tres o más medicamentos recetados para una enfermedad crónica. A estos pacientes se les puede hacer una revisión anual si tienen una admisión hospitalaria planificada o han sido dados de alta recientemente, según una remisión de un médico o enfermera, o si el farmacéutico determina que es necesaria una visita de seguimiento debido a cambios en el perfil del tratamiento del paciente, evidencia de incumplimiento del paciente, o si el paciente ha transferido sus recetas a una farmacia diferente debido al cambio de lugar de residencia (99).

Tabla 10. Alcance de los servicios profesionales en las farmacias de Canadá

|   | SERVICIO                                      |   |
|---|---|---|
| <b>Prescripción farmacéutica (Medicamentos de la Lista 1)</b>                   | Iniciación <sup>1,2</sup>                     | De forma independiente para cualquier medicamento de la Lista 1   |
|   |   | Con acuerdo de colaboración   |
|   |   | Para síntomas menores   |
|   |   | Para cesación tabáquica   |
|   |   | Para emergencias  |
|   | Adaptar/gestionar <sup>1,3</sup>              | Hacer sustitución terapéutica   |
|   |   | Cambiar la dosis, formulación, regimen terapéutico, etc.<br>Renovar o extender la prescripción para mantener la continuidad del tratamiento |
| <b>Aplicación de inyectables (vía subcutánea o intramuscular)<sup>1,4</sup></b> | Medicamentos <sup>5</sup>                     |   |
|   | Vacunas <sup>5</sup>                          |   |
|   | Vacuna de la gripe                            |   |
| <b>Laboratorio</b>  | Solicitar e intepretar pruebas de laboratorio |   |
| <b>Técnicos</b>   | Técnicos farmacéuticos regulados              |   |

1. El alcance de las actividades, los reglamentos, los requisitos de capacitación y/o las limitaciones difieren entre jurisdicciones.
2. Iniciar una nueva terapia con medicamentos recetados, sin incluir los medicamentos cubiertos por la Ley de Sustancias y Medicamentos Controlados.
3. Modificar el tratamiento farmacológico original/existente/actual de otro prescriptor
4. Aplica solo para farmacéuticos con capacitación adicional, certificación y/o autorización a través de su autoridad reguladora.
5. La autorización para inyectar puede no incluir todos los medicamentos o vacunas. Difiere entre jurisdicciones.
6. Implementación prevista para la primavera de 2023.
7. Implementación prevista en enero de 2023.
8. Se aplica solo a recetas existentes, es decir, para mantener la continuidad del tratamiento
9. Por Orden Ministerial durante una emergencia de salud pública.
10. Se aplica solo a los farmacéuticos que trabajan bajo acuerdos de práctica colaborativa.
11. Solo con fines educativos/de demostración.
12. Normativa pendiente del sistema de salud para las solicitudes de farmacéuticos a laboratorios.
13. El farmacéutico se limita a solicitar pruebas de laboratorio.
14. Sólo de permite la solicitud análisis de sangre. No se permite interpretar las pruebas.
15. Registro de técnico de farmacia disponible a través de la autoridad reguladora (sin licencia oficial).

| PROVINCIAS Y TERRITORIOS |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|-----|----|
|                          | BC | AB | SK | MB | ON | QC | NB | NS | PEI | NL | YT | NWT | UN |
|                          |    | 4  |    |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    | 4  | 4  | 4  |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          | 6  |    |    | 4  | 7  |    |    |    | 4   |    |    |     |    |
|                          |    |    |    | 4  |    |    |    |    | 4   |    |    |     |    |
|                          | 8  |    | 8  | 9  |    |    |    |    |     | 8  |    |     |    |
|                          |    |    | 10 |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    |    | 10 |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    |    |    |    | 11 |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |    |     |    |
|                          |    |    | 12 | 13 |    |    |    | 12 | 14  |    |    |     |    |
|                          |    |    |    | 15 |    |    |    |    |     |    |    |     |    |



Integrado en ordenamiento jurídico

Pendiente de legislación, regulación o política para su implementación

No implementado

## Latinoamérica



Cada uno de los países de Latinoamérica dispone de un sistema de salud diferente por lo tanto es lógico pensar en el desarrollo de estrategias específicas para cada uno. No obstante, algo que se puede detectar en común entre todos ellos es la baja alfabetización en salud de los pacientes, lo que hace que exista poco interés por parte de las farmacias comunitarias por implementar servicios profesionales (63). Para la Organización Mundial de la Salud (1998) (100), “la alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”. Cuanto menor es la alfabetización en salud, menor es la demanda de servicios sanitarios por parte de los pacientes, lo cual es una barrera relevante para las farmacias latinoamericanas (101).

Otro de los factores importantes que afectan a la implantación de servicios en las farmacias, es el bajo nivel de habilidades y conocimiento de los farmacéuticos en este sentido. Esto provoca que realmente existan pocas farmacias comunitarias realizando servicios profesionales. No obstante, existen algunos países que se están desarrollando positivamente en este sentido.

Por otro lado, Internet está creciendo con rapidez en Latinoamérica (102), especialmente en Puerto Rico, Ecuador, Costa Rica, Chile, Argentina, Uruguay, Panamá y Brasil. Lo que se ha podido observar, en este sentido, es que los usuarios que buscan información en Internet por lo general solicitan muchas menos recomendaciones y consejo por parte de sus farmacéuticos y más cuando en muchos casos los medicamentos se pueden comprar on-line.

Pero las barreras, como se ha dicho al comienzo de este apartado, no sólo dependen del paciente. Muchos farmacéuticos en Latinoamérica todavía no están preparados para ofrecer servicios profesionales. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó en 2011 la “Guía Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud” (103) en la que se describen las debilidades y oportunidades para la implantación de servicios farmacéuticos. En concreto, se mencionan los siguientes aspectos:

- Atención individual, incompleta y fragmentada. Los sistemas de salud de más del 90% de los países de América Latina no son integrales, y la información sobre los registros médicos de los pacientes no está disponible en las farmacias comunitarias. Por lo tanto, el farmacéutico no está al tanto de toda esa información cuando proporciona un servicio profesional.
- Atención esporádica. La atención farmacéutica necesita continuidad. En Latinoamérica, principalmente en las grandes ciudades, hay cadenas de farmacias y su personal dedica mucho tiempo a actividades administrativas, lo que supone un desafío para ofrecer una atención personalizada y continua. Sin embargo, por otro lado, muchas farmacias latinoamericanas son pequeñas, lo que permite que sus farmacéuticos conozcan bien a sus pacientes y puedan ofrecerles una atención personalizada, pero en este caso el problema es la falta de personal. En otras palabras, en una farmacia pequeña donde suele haber un solo profesional trabajando, el farmacéutico no puede desatender el mostrador para realizar un servicio profesional con la dedicación que corresponde.

- Trabajo individual. Los servicios farmacéuticos necesitan un personal capacitado y con conocimientos, aproximadamente del mismo nivel de formación. Pero debido a que hay diferentes niveles en la formación universitaria, los miembros del personal de la farmacia comunitaria no siempre pueden ayudar al paciente con el mismo nivel de atención.
- Falta de protocolos. Para garantizar que cada paciente recibe la misma calidad de atención, se necesitan protocolos, independientemente del entorno, el farmacéutico o el paciente. Casi no hay protocolos de servicios farmacéuticos en los países latinoamericanos.
- Formación profesional centrada en el producto. En América Latina, la mayoría de las facultades de farmacia ofrecen formación con un enfoque general en farmacología, y solo unas pocas horas de práctica frente a pacientes o clientes. No hay muchos profesores diferentes en práctica farmacéutica, para intercambiar experiencias. Hay una falta de formación específica en servicios profesionales farmacéuticos.
- Políticas centradas en el producto. En América Latina, solo algunas regulaciones farmacéuticas tratan o alientan el desarrollo o prestación de servicios farmacéuticos.

Según diversos estudios de Argentina (104), Brasil (105), Colombia (106), Cuba (107), Perú (108) y Uruguay (109), en comparación con las farmacias comunitarias, en los hospitales de América Latina parece haber más actividades clínicas o relacionadas con la atención farmacéutica. Además, con evidencias del buen impacto que tienen estos servicios farmacéuticos en diferentes enfermedades (110–113).

En cuanto a la remuneración, actualmente, apenas existen sistemas en América Latina que paguen los servicios profesionales farmacéuticos. Sin embargo, en Colombia existen empresas que dispensan medicamentos a pacientes con VIH y les informan sobre su uso efectivo y seguro. Los dos servicios integrados son pagados por el sistema de salud. Además, es importante mencionar que la atención farmacéutica es un servicio obligatorio en Colombia desde el año 2005.

En Costa Rica, dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social, existen servicios de atención farmacéutica que son financiados directamente por la seguridad social. Pero en general, no está muy bien diferenciado el pago por realizar atención farmacéutica.

En Brasil disponen del *Sistema Único de Saúde* (SUS). Es el sistema de salud público de Brasil, creado en 1990. El SUS, cubre la atención médica en Brasil de forma gratuita para cualquier persona, incluidos los extranjeros. La atención farmacéutica es parte de este sistema. En otros países, la barrera financiera posiblemente podría resolverse si las partes interesadas comprendieran los beneficios de los servicios profesionales farmacéuticos para los pacientes y para el sistema de salud.

En cuanto a la comunicación con otros profesionales sanitarios, apenas existe en las farmacias latinoamericanas. Existen centros de salud privados que comparten la información de los pacientes entre sus propios servicios. A veces, este también puede ser el caso de las clínicas y servicios estatales que forman parte de la seguridad social. En algunos hospitales de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú, los farmacéuticos pueden tener acceso a los perfiles de los pacientes y, por lo tanto, pueden evaluar la terapia y hacer sugerencias sobre la farmacoterapia óptima de los pacientes hospitalizados. Pero en el entorno ambulatorio, donde los pacientes pueden acudir a cualquier médico o farmacia, este intercambio de información apenas se lleva a cabo. En las farmacias comunitarias no se dispone de información del paciente. Los sistemas informáticos de las farmacias comunitarias no han sido desarrollados para la seguridad del paciente, ni para la comunicación a través de Internet.

## Asia



La implementación de los servicios profesionales farmacéuticos en Asia ha sido muy variable. En parte, esto refleja las grandes diferencias que existen dentro de los países y entre ellos, incluida la separación de la prescripción y la dispensación fuera de países como China, Malasia y Tailandia. Sin embargo, cada vez hay más publicaciones sobre la prestación de servicios innovadores en hospitales y farmacias comunitarias. La innovación en el desarrollo y la implementación de los servicios de farmacia comunitaria se ha producido a pesar de la falta de separación entre la prescripción y la dispensación en países como Malasia (63).

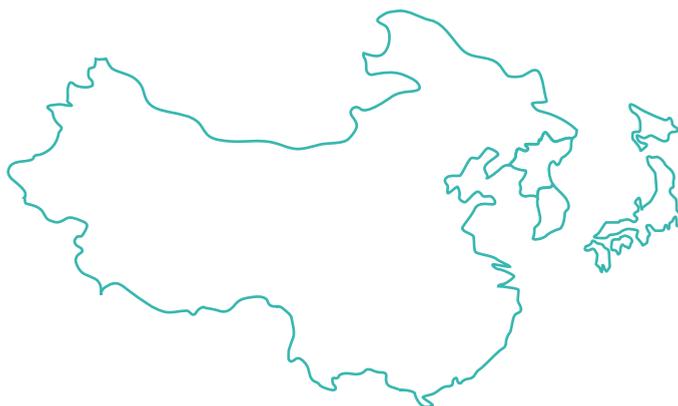
Las barreras para una mayor implementación incluyen la distribución desigual de las farmacias, así como las barreras intrínsecas y extrínsecas como las percepciones negativas de otros profesionales de la salud y la confianza limitada entre los farmacéuticos para brindar nuevos servicios. Sin embargo, se espera que la inversión generalizada en nuevos modelos de educación y prácticas haga que la profesión farmacéutica avance en los próximos años.

Asia es el continente más grande y poblado, con más de 4.400 millones de personas que viven en regiones densas y escasamente pobladas. La población de Asia ahora vive más tiempo, tiene tasas crecientes de multimorbilidad y tiene una mayor necesidad y acceso a medicamentos. Este cambio demográfico ha cambiado la necesidad de atención sanitaria. Uno de los cambios clave ha sido en la provisión de medicamentos y en la atención farmacéutica, que ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas. Un mayor acceso a los medicamentos y a los servicios profesionales farmacéuticos ha sido fundamental para mejorar los resultados terapéuticos, el manejo de enfermedades, la seguridad del paciente y la calidad de vida. Esto ha tenido implicaciones importantes en la regulación farmacéutica y en el gasto sanitario.

Los servicios farmacéuticos pueden variar según donde se pongan en práctica, el marco legal que los respalde, el contexto político y el sistema sanitario que los ampare. Esto ocurre de manera destacable en Asia, donde existe una gran diversidad dentro de los países y entre ellos. Esta falta de uniformidad significa que es muy difícil resumir los servicios profesionales farmacéuticos en toda Asia. Por ejemplo, en países asiáticos como China, Hong Kong, Tailandia y Malasia, los médicos recetan y dispensan medicamentos. Esta práctica está en contradicción con lo defendido por organizaciones como la Sociedad Farmacéutica de Australia, que sostienen que la separación de la prescripción y la dispensación ofrece flexibilidad y opciones a los pacientes al tiempo que ofrece seguridad a través de la garantía de calidad y la gestión de riesgos. Así mismo, en muchos países con escasez de farmacéuticos, los medicamentos a menudo se venden con o sin receta a través de “droguerías” privadas que no necesariamente cuentan con farmacéuticos. En el otro extremo del espectro, los hospitales terciarios en muchos países asiáticos realizan servicios avanzados de farmacia clínica que cumplen con los más altos estándares internacionales.

### Región extremo oriental

La farmacia en China se centró predominantemente en las áreas de las ciencias farmacéuticas hasta principios de la década de 2000. El desarrollo inicial de los servicios farmacéuticos se centró en la implementación de la gestión de la medicación para abordar los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar el uso racional de los mismos. El desarrollo se ha vuelto más rápido y geográficamente generalizado durante la última década gracias a las reformas sanitarias chinas y la correspondiente introducción de más funciones clínicas para los farmacéuticos de hospital (114). En un estudio de 2012 se demostró como los servicios de farmacia clínica en una unidad de cuidados intensivos tuvieron efectos positivos en los resultados de los pacientes y redujeron los errores de medicación (115). Los farmacéuticos de hospital también han asumido nuevos roles en la administración de antibióticos y ahora ofrecen orientación sobre el uso de antimicrobianos a los médicos (116).



Sin embargo, la práctica farmacéutica en la mayoría de las farmacias comunitarias sigue centrada en las funciones tradicionales de dispensación y el consejo farmacéutico (117). Las barreras más destacadas por los farmacéuticos para la implementación más amplia de servicios profesionales en China son la falta de tiempo, habilidades, información e incentivos financieros (114–118). Sin embargo, se espera que los servicios que se ofrecen en los hospitales se amplíen y se ofrezcan en las farmacias comunitarias en el futuro. De hecho, los farmacéuticos comunitarios han manifestado su optimismo en la prestación de servicios de atención farma-

cética sobre Medicina Tradicional China, muy utilizada por la población (119).

En Corea del Sur y Japón, los servicios profesionales farmacéuticos se han expandido e incluyen servicios tales como la monitorización terapéutica de fármacos (MTF), servicios de anticoagulación y administración de medicamentos (120–122). Por ejemplo, los farmacéuticos en Japón ahora están involucrados en los servicios especializados en la atención a pacientes con tratamientos para la anticoagulación, quimioterapia y asma. Estos servicios clínicos comenzaron como un programa piloto en el año 2000 y posteriormente se expandieron a nivel nacional. Actualmente están cubiertos por el sistema de salud universal en Japón (123). Las barreras que se han detectado para una implementación más amplia de los servicios de farmacia incluyen la falta de remuneración, la escasez de farmacéuticos y su falta de conocimiento terapéutico y habilidades de resolución de problemas clínicos necesarios para implementar la gama de nuevos servicios (123–125).

### Región del mediterráneo oriental



Los países de la región del Mediterráneo Oriental se han enfrentado a problemas similares relacionados con la introducción de los servicios profesionales farmacéuticos (126). En Jordania se ha ofrecido principalmente a través de hospitales gubernamentales y no gubernamentales, donde hay un número creciente de estudios que evalúan el impacto de los servicios de farmacia clínica (127,128). Esto

se ha reflejado en la introducción de cursos de atención farmacéutica en las universidades jordanas. Kuwait también está experimentando avances positivos en este campo, con un impulso para que las generaciones recientes de farmacéuticos prueben nuevos servicios en los hospitales (129). Algo destacable es que, si bien la mayoría de los farmacéuticos kuwaitíes indican que ofrecen asesoramiento sobre medicamentos a sus pacientes, el público y los médicos perciben que el papel profesional de los farmacéuticos se limita a ofrecer servicios farmacéuticos especializados relacionados con la diabetes (por ejemplo, control de glucosa y asesoramiento sobre un estilo de vida saludable) (130). Al igual que otros países de la región, el Líbano ha introducido la educación farmacéutica con orientación clínica. Esto sentará las bases para la introducción de nuevos servicios de farmacia comunitaria, que hasta ahora se han centrado mayoritariamente en la preparación magistral y la dispensación de medicamentos (131).

La práctica farmacéutica también se está desarrollando en otros países del Mediterráneo oriental. Como en la mayoría de los demás países del mundo, la implementación de estos nuevos servicios ha sido inconsistente. Por ejemplo, la implementación de servicios profesionales farmacéuticos en los Emiratos Árabes Unidos se ha limitado principalmente a los entornos gubernamentales hasta la fecha. En Irak, las farmacias comunitarias han comenzado a ofrecer asesoramiento sobre medicamentos y seguimiento del peso corporal, la presión arterial y la detección de glucosa en sangre, aunque, según se puede ver en algunos estudios (132), esto ha encontrado resistencia por parte de algunos médicos. La implementación más generalizada en el sector comunitario se ha visto limitada debido a la falta de remuneración, la carga de trabajo y la escasez de personal calificado.

Se ha informado que los estudiantes de farmacia y los farmacéuticos comunitarios tienen una buena comprensión de los servicios farmacéuticos en Arabia Saudí (133,134). Sin embargo, al igual que en otros países, la mayoría de los servicios de farmacia clínica se concentran en los hospitales. Estos servicios incluyen la conciliación de los medicamentos al alta y la monitorización terapéutica de fármacos para reducir el riesgo de reacciones adversas a los medicamentos. Los farmacéuticos saudíes también realizan servicios de adherencia a pacientes que toman anticoagulantes. En estos servicios, los farmacéuticos pueden ajustar las dosis de los medicamentos e incluso cambiarlos. Se espera que la amplitud de los servicios ofrecidos por los farmacéuticos se amplíe debido al creciente número

de graduados de los programas de Doctorado en Farmacia (135).

Qatar también está experimentando una evolución importante, debido a la expansión del servicio de salud y las iniciativas educativas (136). Por ejemplo, la mayoría de los hospitales amparados por el Hamad Medical Corporation (HMC), el sistema público de asistencia sanitaria, han ofrecido servicios de farmacia clínica, como la monitorización terapéutica de fármacos, durante más de una década. En Qatar se ofrecen actualmente programas de doctorado en farmacia, de prácticas en hospitales y de posgrado acreditados por la Sociedad Americana de Farmacéuticos de Hospital (ASHP).

### Región sur



India tiene una red muy grande de facultades de farmacia y una gran industria farmacéutica. Las farmacias están muy extendidas en la India y, a menudo, son el primer punto de contacto que los pacientes tienen con el sistema de salud. La mayoría de las farmacias siguen centradas en la dispensación de medicamentos (137). Sin embargo, existen iniciativas que utilizan la red de farmacias del país para identificar y derivar pacientes con síntomas de tuberculosis a las clínicas del sector público para su diagnóstico y tratamiento (138). La monitorización terapéutica de fármacos generalmente es realizada por médicos con la ayuda de enfermeras. Dada la gran cantidad de personal farmacéutico en la India, se podría argumentar que la experiencia del farmacéutico está infrutilizada. Sin embargo,

muchos hospitales en la India han implementado funciones de tipo clínico para los farmacéuticos de hospital y esto se ha asociado con mejores resultados de salud para los pacientes. Los farmacéuticos de estos hospitales han comenzado a ofrecer información sobre medicamentos, participar en rondas de guardia y controlar a los pacientes en busca de reacciones adversas (139).

La práctica farmacéutica en Pakistán y Nepal se ha centrado en la industria farmacéutica. Sin embargo, los farmacéuticos han comenzado a trabajar en hospitales y farmacias comunitarias con mayor énfasis en el asesoramiento al paciente y la promoción de la salud (140).

### Región sur oriental



Existe una gran variabilidad en la comprensión e implementación de los servicios profesionales farmacéuticos en el sudeste asiático. Esto refleja, de forma parcial, las diferencias en las políticas farmacéuticas y los sistemas de salud de cada país. Por ejemplo, por razones históricas, la estructura del sistema de salud en Malasia y Singapur se parece más al modelo británico de atención sanitaria, mientras que el sistema de salud en Indonesia se parece más al modelo holandés. Estas diferencias se reflejan en los roles que desempeñan los

farmacéuticos en cuanto a los servicios profesionales. En Malasia, los servicios farmacéuticos han pasado de centrarse únicamente en la dispensación a centrarse en el uso racional de los medicamentos (141–143). Muchas farmacias hospitalarias y comunitarias en Malasia ahora ofrecen servicios de control de enfermedades crónicas, revisiones del uso de medicamentos, cesación tabáquica y programas de control de peso (141–144). Otros servicios especializados que ofrecen los farmacéuticos en los hospitales incluyen servicios de anticoagulantes, monitorización terapéutica de fármacos y administración de antimicrobianos.

Tailandia ha logrado avances significativos en la implementación de la educación y práctica de farmacia clínica durante la última década. Los farmacéuticos de hospitales en Tailandia ahora están involucrados en la implementación de servicios de gestión de la medicación de pacientes ambulatorios. Los farmacéuticos tailandeses también realizan la conciliación de medicamentos, la educación del paciente y el manejo de problemas relacionados con los medicamentos. Los farmacéuticos comunitarios en Tailandia también han comenzado a ofrecer servicios innovadores, como evaluación de la salud, promoción de la salud y revisiones del uso de medicamentos (145,146).

En Camboya, farmacias privadas específicas han trabajado con el Programa Nacional de Tuberculosis desde 2005 para derivar a los pacientes sintomáticos a las clínicas de tuberculosis del sector público para su diagnóstico y tratamiento (147,148).

La farmacia clínica y los servicios profesionales farmacéuticos son relativamente nuevos en Indonesia y, por lo tanto, la aceptación por parte de los profesionales sanitarios sigue siendo inconsistente. Varios hospitales ahora disponen de farmacéuticos para realizar servicios clínicos en las consultas, monitorización terapéutica de fármacos y ofrecer consejo farmacéutico (149). Indonesia es un país muy poblado y geográficamente diverso, por lo que es probable que pasen años antes de que se implemente el espectro completo de servicios de farmacia clínica. La situación en Filipinas es similar a la de Indonesia, donde la implementación de servicios profesionales farmacéuticos tiene la oportunidad de expandirse. En general, muchos países de Asia experimentan barreras comunes para la prestación de servicios profesionales

farmacéuticos, incluida la falta de conocimiento y apoyo de los médicos y otros profesionales de la salud (150).

## Australia y Nueva Zelanda



Desde la década de 1990, los farmacéuticos de Australia y Nueva Zelanda han tenido una sólida tradición en la prestación de atención farmacéutica en forma de servicios de farmacia clínica innovadores y avanzados centrados en el paciente. Los servicios han sido desarrollados a lo largo de los años en el ámbito académico en colaboración con organizaciones profesionales de farmacéuticos como la Sociedad Farmacéutica de Australia (PSA), la Sociedad Farmacéutica de Nueva Zelanda (PSNZ) y el Gremio de Farmacéuticos en ambos países (PGA y PGNZ). Estas organizaciones también apoyan a los farmacéuticos en la implementación de servicios profesionales farmacéuticos, como la revisión del uso de la medicación, la gestión de enfermedades crónicas y el consejo farmacéutico.

Los farmacéuticos en Australia y Nueva Zelanda juegan un papel clave en el sistema sanitario y pueden ofrecer los servicios profesionales en diversos entornos que incluyen la farmacia comunitaria, la farmacia hospitalaria (sistemas públicos y

privados), centros de atención para personas mayores (residencias de ancianos), organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la industria farmacéutica y en el ámbito académico.

Hay más de 27.000 farmacéuticos en Australia y alrededor de 3500 en Nueva Zelanda. La mayoría de los farmacéuticos colegiados trabajan en farmacias comunitarias. La red de farmacias comunitarias es extensa, con aproximadamente 5.500 establecimientos en toda Australia. Con una población actual de más de 24 millones, esto implica que cada farmacia comunitaria atiende a aproximadamente 4.400 personas. Cada año, se dispensan aproximadamente 300 millones de productos con receta, y la mayoría de las recetas son hechas por médicos generales. De manera similar, en Nueva Zelanda, aproximadamente el 73 % de los farmacéuticos trabajan en la comunidad y, según datos del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, en 2016 se dispensaron aproximadamente 43 millones de recetas financiadas por el gobierno (63).

La PSA y la PSNZ son las principales organizaciones profesionales que representan a los farmacéuticos y supervisan el alcance de la práctica farmacéutica en ambos países. Estas organizaciones son un motor muy importante para el desarrollo profesional del sector, y ofrecen un programa de apoyo y herramientas prácticas para los farmacéuticos, entre otras cosas. Una contribución significativa de la PSA es la autoría y publicación de documentos clave para apoyar a los farmacéuticos, como el Código de Ética Farmacéutica y el Marco Nacional de Normas de Competencia para Farmacéuticos en Australia (151). En Nueva Zelanda, el Consejo de Farmacia de Nueva Zelanda (PCNZ) también publica estándares de práctica y pautas para farmacéuticos, el Código de Ética 2011 y marcos y estándares de competencia para la gestión de medicamentos (152).

El PGA y PGNZ ofrecen apoyo y servicios a los propietarios de farmacias comunitarias. La PGA ha tenido un papel importante en la negociación de acuerdos quinquenales con la Mancomunidad de Naciones, conocidos como Acuerdos de Farmacia Comunitaria. Al igual que en Australia, el PGNZ brinda liderazgo y negocia contratos con las Juntas de Salud del Distrito (DHB) y la Agencia de Gestión Farmacéutica (PHARMAC). PHARMAC es una agencia del gobierno que decide la financiación de productos farmacéuticos en Nueva Zelanda.

Además, para ayudar a mantener la competencia y el desarrollo profesional continuo, la Junta de Farmacia de Australia requiere que todos los farmacéuticos registrados completen 40 puntos de Desarrollo Profesional Continuo (40 puntos CPD) anualmente. En Nueva Zelanda, los farmacéuticos que solicitan la recertificación deben completar 20 puntos por año y 70 puntos por ciclo de aprendizaje de tres años (153).

*Tabla 11. Ejemplos de servicios profesionales farmacéuticos en Australia del 6ª CPA*

| Servicio Farmacéutico   | Descripción   |
|---|---|
| <b>Servicios de dispensación</b>  |   |
| Intervenciones clínicas.  | Servicios diseñados para mejorar el uso racional de los medicamentos mediante la identificación y resolución de problemas relacionados con los medicamentos, generalmente en el punto de dispensación de medicamentos, en la farmacia comunitaria.  |
| Suministro escalonado de medicamentos.                                  | Consiste en dispensar medicamentos en cantidades más pequeñas de lo habitual (por ejemplo, diariamente, semanalmente) para facilitar la adherencia al tratamiento y mejorar la seguridad de la medicación. El servicio está diseñado para consumidores con una enfermedad mental, o drogodependencias o que tienen dificultad en el manejo seguro de sus medicamentos. Los tipos de medicamentos incluidos en este servicio suelen ser benzodiazepinas, antidepresivos y analgésicos. |
| Programas de apoyo rural.   | Servicios realizados para mejorar el acceso a los medicamentos y servicios para las personas que viven en regiones rurales y remotas de Australia.  |
| Programas específicos para aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. | Son servicios culturalmente apropiados diseñados para facilitar el uso de medicamentos de calidad por parte de los consumidores aborígenes e isleños del Estrecho de Torres.  |

Los farmacéuticos de Australia y Nueva Zelanda han tenido una sólida tradición en la prestación de servicios profesionales innovadores y avanzados centrados en el paciente durante las últimas tres décadas. Muchos de estos servicios han surgido de la investigación basada en la práctica universitaria en colaboración con organizaciones farmacéuticas profesionales como el PGA, la PSA, la Sociedad de Farmacéuticos Hospitalarios de Australia, la PSNZ y el PCNZ. Bajo el actual Acuerdo de Farmacia Comunitaria quinquenal (7° CPA 2020-2025), se han implementado una variedad de servicios profesionales de farmacia en Australia (154). Estos incluyen, algunos servicios ya descritos en el apartado de Europa como los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), la revisión de la medicación en el domicilio o en centros sociosanitarios y la Revisión del Uso de los Medicamentos (RUM). Pero también algunos propios como los que aparecen en la Tabla 11, entre otros.

Por su parte, en Nueva Zelanda igualmente dispone de servicios específicos, algunos de ellos mencionados también en el apartado de Europa como la Revisión del Uso de los Medicamentos (RUM), vacunación administrada por el farmacéutico y la cesación tabáquica, y algunos propios como:

- Prescripción farmacéutica que es realizada por farmacéuticos en colaboración con equipos multidisciplinarios que ofrecen servicios en atención primaria o secundaria.
- Servicios de atención a largo plazo en los cuáles los farmacéuticos neozelandeses desempeñan un papel clave en el reclutamiento de pacientes para los servicios de atención a largo plazo y ayudan a optimizar los medicamentos en este grupo de alto riesgo.
- Servicios de gestión de la anticoagulación realizados por farmacéuticos para la población de alto riesgo.
- Programa de prevención de fiebre reumática mediante el cual los farmacéuticos toman muestras de garganta y proporcionan tratamiento con antibióticos a poblaciones de alto riesgo.

En cuanto a las actividades multidisciplinares, a nivel organizativo, la PSA y el PSNZ apoyan un enfoque interprofesional para la prestación de servicios profesionales farmacéuticos. De hecho, para muchos de estos servicios, la estrecha

colaboración con otros profesionales sanitarios es esencial para su efectiva implementación. En Australia, la revisión de la medicación en el domicilio o en centros sociosanitarios son ejemplos clave en los que la comunicación interprofesional es esencial (155–157). Otro enfoque respaldado por la PSA es la ubicación conjunta de los farmacéuticos dentro de centros de atención primaria (158). En Nueva Zelanda, el PSNZ y la Asociación Médica de Nueva Zelanda (NZMA) han desarrollado un modelo marco para que los farmacéuticos y los médicos generales trabajen en equipos multidisciplinares con el fin de ofrecer atención integrada y centrada en el paciente (159).

Además, Nueva Zelanda es el primer país de Asia-Pacífico en capacitar a farmacéuticos especialistas, que trabajan en equipos sanitarios multidisciplinares, para recetar medicamentos. Los farmacéuticos registrados con amplia experiencia clínica realizan un curso certificado de capacitación de posgrado sobre prescripción y luego se registran como prescriptores en el Consejo de Farmacia de Nueva Zelanda. En 2013, la legislación de Nueva Zelanda bajo las Regulaciones de Medicamentos permitió a los farmacéuticos recetar. Los prescriptores farmacéuticos pueden trabajar en colaboración en equipos multidisciplinares que ofrecen servicios en atención primaria o secundaria. Los prescriptores farmacéuticos son parte de equipos de sanitarios multidisciplinares y contribuyen a la atención del paciente y reducen la carga de los médicos generales. Los prescriptores farmacéuticos en la atención secundaria desempeñan un papel clave en la reducción de los errores de medicación, especialmente durante la transición de la atención secundaria a la primaria, donde es probable que se produzca el riesgo de errores de medicación en el momento del alta hospitalaria.

A nivel curricular, el *Australian Pharmacy Council* (APC) es la autoridad que acredita la educación y formación farmacéutica en Australia y Nueva Zelanda. En concreto, el APC tiene la función de acreditar todos los títulos de farmacia registrables en las 20 universidades en ambos países. En cuanto a las actividades multidisciplinares, es importante destacar que uno de los seis dominios de aprendizaje evaluados, el Dominio de aprendizaje 5: Los sistemas de atención médica y las funciones de los profesionales de la salud, se centra en la colaboración interprofesional. Establece específicamente que la comunicación interprofesional, el trabajo en equipo y la toma de decisiones en colaboración se incluyan en todos los planes de estudios. Por lo tanto, todos los programas de grado acreditados deben



contener elementos en sus planes de estudios que aborden específicamente las actividades interprofesionales. Como ejemplo, la Universidad de Sydney ofrece una actividad de aprendizaje interprofesional obligatoria para todos los estudiantes de disciplinas sanitarias (por ejemplo, farmacia, medicina, enfermería, odontología, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, radiodiagnóstico, fisiología del ejercicio, nutrición y dietética) que brinda a todos los estudiantes la oportunidad de trabajar juntos en pequeños equipos interdisciplinarios para resolver casos prácticos complejos (160).



# OBJETIVOS

---



# OBJETIVOS

El objetivo de esta tesis es conocer y entender los factores facilitadores y barreras en la demanda de los servicios medida y control del riesgo vascular, cesación tabáquica, revisión del uso de medicamentos y cribado y abordaje de la EPOC por parte de usuarios potenciales de las farmacias comunitarias españolas, desde el enfoque de las 4Ps del Marketing Mix que, en concreto son el Producto, el Precio, el Punto de Venta y la Promoción.



# MATERIALES Y MÉTODOS

---



# MATERIALES Y MÉTODOS

Para saber y comprender los factores facilitadores y barreras en la demanda de determinados SPFA por parte de los usuarios potenciales de las farmacias comunitarias españolas, desde el enfoque de las 4Ps del Marketing Mix (Producto, Precio, Punto de Venta y Promoción) se ha realizado un estudio cualitativo con las siguientes características (161):

- Es de tipo explicativo-interpretativo, es decir, busca explicar las causas de un fenómeno e identificar cómo interactúan. Se buscan explicaciones más interpretativas de lo que pasa. En este estudio, el fenómeno es la escasa demanda de SPFA en España, y lo que se busca es explicar sus causas, es decir que factores lo facilitan y cuales lo dificultan, así como saber cómo interactúan.
- Exploratorio ya que tiene como objetivo investigar un fenómeno poco conocido, descubrir aspectos importantes de este fenómeno. En este estudio, se ha investigado la baja demanda de SPFA en las farmacias españolas (4), procurando descubrir y entender cuáles son las motivaciones que llevan a los usuarios a usar o no los servicios farmacéuticos, algo poco conocido hasta el momento, como se ha dicho anteriormente.
- Basado en la Teoría Fundamentada (en inglés, Grounded theory) (162) ya que en el estudio se genera teoría mediante el análisis inductivo de datos narrativos.
- Obtenidos en entrevistas semiestructuradas individuales y grupales (grupos focales y grupo de discusión),
- Realizadas en España entre marzo de 2019 y febrero de 2020 a pacientes y usuarios potenciales sobre los SPFA prestados en la FC.

Se siguieron los Criterios consolidados para reportar investigaciones cualitativas (163), en inglés, *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*

para garantizar una adecuada descripción de este estudio cualitativo. En concreto, sus ítems han sido chequeados durante la realización del estudio como se muestra en la Tabla 12.

*Tabla 12. Lista de chequeo del método COREQ*

| Item # | Domain                        | Sub-domain                     | Item                                     |
|--------|-------------------------------|--------------------------------|--|
| 1      | Research team and reflexivity | Personal Characteristics       | Interviewer/facilitator                  |
| 2      |                               |                                | Credentials                              |
| 3      |                               |                                | Occupation                               |
| 4      |                               |                                | Gender                                   |
| 5      |                               |                                | Experience and training                  |
| 6      |                               | Relationship with participants | Relationship established                 |
| 7      |                               |                                | Participant knowledge of the interviewer |
| 8      |                               |                                | Interviewer characteristics              |
| 9      | Study design                  | Theoretical framework          | Methodological orientation and Theory    |
| 10     |                               | Participant selection          | Sampling                                 |
| 11     |                               |                                | Method of approach                       |
| 12     |                               |                                | Sample size                              |
| 13     |                               |                                | Non-participation                        |
| 14     |                               | Setting                        | Setting of data collection               |
| 15     |                               |                                | Presence of non-participants             |
| 16     |                               |                                | Description of sample                    |
| 17     |                               | Data collection                | Interview guide                          |
| 18     |                               |                                | Repeat interviews                        |
| 19     |                               |                                | Audio/visual recording                   |
| 20     |                               |                                | Field notes                              |
| 21     |                               |                                | Duration                                 |
| 22     |                               |                                | Data saturation                          |
| 23     |                               |                                | Transcripts returned                     |

| Description  | Reported |
|--|----------|
| Which author/s conducted the interview or focus group?                             | 1        |
| What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD                               | 1        |
| What was their occupation at the time of the study?                                | 1        |
| Was the researcher male or female?   | 1        |
| What experience or training did the researcher have?                               | 1        |
| Was a relationship established prior to study commencement?                        | 1        |
| What did the participants know about the researcher?                               | 1        |
| What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?              | 1        |
| What methodological orientation was stated to underpin the study?                  | 1        |
| How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball | 1        |
| How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email        | 1        |
| How many participants were in the study?   | 1        |
| How many people refused to participate or dropped out? Reasons?                    | 1        |
| Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace                         | 1        |
| Was anyone else present besides the participants and researchers?                  | 1        |
| What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date  | 1        |
| Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?      | 1        |
| Were repeat interviews carried out? If yes, how many?                              |          |
| Did the research use audio or visual recording to collect the data?                | 1        |
| Were field notes made during and/or after the interview or focus group?            | 1        |
| What was the duration of the interviews or focus group?                            | 1        |
| Was data saturation discussed?   | 1        |
| Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?           | 1        |

| Item # | Domain                  | Sub-domain    | Item                           |
|--------|-------------------------|---------------|--------------------------------|
| 24     | Analysis and findings   | Data analysis | Number of data coders          |
| 25     |                         |               | Description of the coding tree |
| 26     |                         |               | Derivation of themes           |
| 27     |                         |               | Software                       |
| 28     |                         |               | Participant checking           |
| 29     |                         | Reporting     | Quotations presented           |
| 30     |                         |               | Data and findings consistent   |
| 31     |                         |               | Clarity of major themes        |
| 32     | Clarity of minor themes |               |                                |

## CONTEXTO

Foro AF-FC consensuó en el año 2015 la definición de los SPFA, de acuerdo con los objetivos del sistema sanitario. Estos SPFA, junto con los SPF no asistenciales, constituyen el núcleo de los servicios prestados en la FC (13). El farmacéutico comunitario puede especializarse en la prestación de diferentes SPFA mediante capacitaciones en sociedades científicas y colegios farmacéuticos. Éstos últimos, a su vez, pueden certificar los requisitos para su realización, lo cual no es obligatorio, según la actual normativa.

En cualquier caso, hasta el momento, la financiación de la mayoría de los SPFA en España corre a cargo del paciente, excepto en acuerdos concretos entre la Administración pública y farmacias comunitarias para su subvención total o parcial. Cada farmacia decide su precio, incluso, pueden ofrecerlos gratuitamente (164).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya señaló en su Informe sobre Salud Mundial de 2008 (165) que los profesionales sanitarios (farmacéuticos, médicos, enfermeros y demás miembros del equipo de salud) del futuro deben trabajar en colaboración para integrar y trasladar el conocimiento científico disponible. Igualmente, organismos internacionales han ratificado este planteamiento

| Description  | Reported  |
|--|-----------|
| How many data coders coded the data?                                       | 1         |
| Did authors provide a description of the coding tree?                      | 1         |
| Were themes identified in advance or derived from the data?                | 1         |
| What software, if applicable, was used to manage the data?                 | 1         |
| Did participants provide feedback on the findings?                         | 1         |
| Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? | 1         |
| Was each quotation identified?   | 1         |
| Was there consistency between the data presented and the findings?         | 1         |
| Were major themes clearly presented in the findings?                       | 1         |
| Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?     | 1         |
| <b>Total items reviewed</b>  | <b>31</b> |

colaborativo en otros documentos políticos, como el Consenso para la colaboración ética entre organizaciones de pacientes, profesionales sanitarios e industria farmacéutica (2014) firmado por la Asociación Médica Mundial, el Consejo Internacional de Enfermería, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), la Alianza Internacional de Pacientes y la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas (166). A su vez, el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, en su documento Cuatro propuestas para el futuro de la salud y del estado del bienestar de 2021 también planteó la necesidad de una colaboración e integración plena de las farmacias comunitarias con el Sistema Nacional de Salud y, en especial, con la Atención Primaria (12).

Sin embargo, excepto en el caso de algunos proyectos piloto, como por ejemplo Domi-Eqifar (167), no existe amparo legislativo para modelos de atención colaborativa como los descritos en otros países del mundo. En otras palabras, a pesar de que los SPFA se pueden realizar individualmente en colaboración con médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios, la Administración pública de España no ha definido ningún modelo formal de colaboración entre profesionales

sanitarios que ayude a mejorar la atención del paciente, aumentar la eficiencia del proceso terapéutico y optimizar la farmacoterapia, promover el conocimiento y la continuidad asistencial, proporcionar coherencia en la comunicación a la población y aumentar la visibilidad de la labor asistencial del farmacéutico (168).

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

BFVJ (doctor, hombre), MCF (doctor, hombre), IQF (graduado, hombre) son farmacéuticos comunitarios e investigadores a tiempo parcial. BM (catedrática, mujer), GAM (doctora, mujer), MZA (doctora, mujer) son personal docente e investigador universitario a tiempo completo.

## MUESTREO Y RECLUTAMIENTO

En el estudio se incluyó a participantes que tuvieran entre 16 y 75 años, decidido así para alinearse con la segmentación realizada en el estudio REFCOM de Baixauli et al. (4), y que no hubieran sido usuarios anteriormente de un SPFA en una farmacia comunitaria. Además, excepto en el grupo de discusión, en el caso de los entrevistados sobre el servicio de cesación tabáquica se tuvo en cuenta que fueran fumadores, en el caso del servicio de revisión del uso de medicamentos que fueran personas con autonomía que siguieran un tratamiento crónico.

El criterio de segmentación al diseñar la muestra fue el SPFA ofertado al ciudadano (4,17). Los SPFA incluidos fueron la medición y control del riesgo vascular, cesación tabáquica, revisión del uso de los medicamentos, cribado y abordaje de EPOC, y están asociados a programas de capacitación de la SEFAC mostrados en la Tabla 13 (169–172).

*Tabla 13. Programas de capacitación de SEFAC seleccionados para este estudio*

| SPFA                                 | Programa de capacitación de SEFAC   |
|--------------------------------------|---|
| Medida y control del riesgo vascular |  |
| Cesación tabáquica                   |  |
| Revisión del uso de medicamentos     |  |
| Cribado y abordaje de la EPOC        |  |

Inicialmente se procuró identificar a los participantes de los grupos focales a través de asociaciones de pacientes. Pero dada la enorme dificultad encontrada para conseguir participantes a través de esta vía, y tras el análisis de algunas entrevistas, se tomaron varias decisiones:

1. Incluir farmacéuticos comunitarios y otros profesionales sanitarios para identificar a nuevos participantes, en concreto, se obtuvo la colaboración de enfermeras de diversos centros sanitarios de la provincia de Alicante.
2. Emplear también el muestreo opinático para completar el número de participantes necesarios para alcanzar la saturación. En concreto, se utilizó el método de bola de nieve, es decir, algunos participantes ayudaron a identificar a otros participantes que cumplieran los criterios de inclusión.
3. Realizar, además de grupos focales, entrevistas individuales para después triangular estas distintas técnicas de obtención de información.
4. Llevar a cabo un grupo de discusión en el que se pudiera reunir a miembros de la junta directiva o gerencia de diversas asociaciones de pacientes para obtener, de este modo, información de usuario potenciales considerados como

expertos en las necesidades del colectivo al que representaban. Dicha entrevista grupal tuvo lugar en uno de los salones de CaixaForum en Barcelona, en diciembre de 2019, aprovechando el evento de presentación de la Fundación SEFAC. La información obtenida también se trianguló con la obtenida en las entrevistas individuales y grupos focales.

5. No poner límite máximo en cuanto a la edad como criterio de inclusión ya que se identificaron participantes potenciales mayores de 75 años con la suficiente autonomía como para poder ser usuarios de cualquiera de los SPFA estudiados. De esta manera en la muestra se incluyeron perfiles cuyas características representaron mejor al usuario tipo del SPFA.

De esta manera, la muestra estuvo conformada por participantes no usuarios de SPFA, entre 28 y 85 años, 26 mujeres y 17 hombres, 6 tenían estudios primarios, 9 estudios secundarios, 7 formación profesional y 21 estudios universitarios, y eran residentes en las provincias de Alicante, Valencia, Madrid, Barcelona, Tarragona, Baleares, Cantabria y Navarra.

## RECOPILACIÓN DE DATOS

El guion temático (Tabla 14) fue diseñado según el concepto de Marketing Mix, consensuado por el equipo de investigadores y revisado por una experta investigadora en estudios cualitativos, doctora en farmacia, Montserrat Gil Girbau. Al comenzar cada entrevista, se explicó a los participantes el SPFA a consultar (según las especificaciones de la SEFAC incluidas en el anexo). En los grupos focales (Imagen 1) se invirtieron un promedio de 94,5 minutos, el grupo de discusión 123 minutos (Imagen 2) y las entrevistas individuales un promedio de 43,2 minutos.

*Imagen 1. Ejemplo de grupo focal realizado en Benidorm (Alicante). En la imagen aparecen el moderador y los dos observadores*



*Imagen 2. Grupo de discusión realizado en Barcelona con presidentes y directivos de las principales asociaciones de pacientes a nivel nacional*



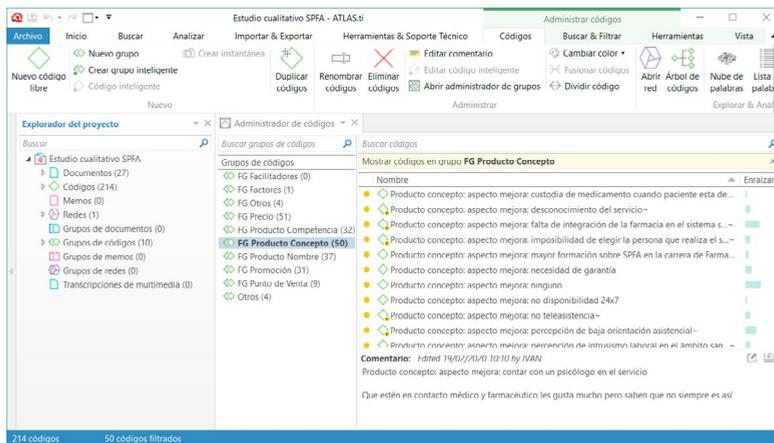
Tabla 14. Guion temático

| Tema   | Subtema               | Preguntas de muestra  |
|--|-----------------------|---|
| Producto/<br>Servicio  | Concepto del servicio | ¿Conocías este servicio? ¿Desde cuándo y que te parece?   |
|  |                       | ¿Qué aspectos te gustan del servicio?   |
|  |                       | Si pudieses cambiar algo de este servicio, ¿qué aspectos cambiarías?  |
|  |                       | ¿Utilizaríais un servicio como éste?  |
|  |                       | ¿Recomendaríais este servicio a un amigo o familiar?  |
|  | Competencia           | ¿Cuál sería el mejor beneficio que esperarías recibir en este servicio?   |
|  |                       | ¿Conoces algún servicio similar?  |
|  |                       | ¿Lo has utilizado? ¿Qué es lo que más te ha gustado de ese servicio?  |
|  |                       | ¿Qué cambiarías de ese servicio?  |
|  | Nombre                | ¿Crees que se ajusta el nombre SERVICIO* al servicio que te he descrito?  |
|  |                       | ¿Qué es lo que más te gusta de este nombre?   |
|  |                       | ¿Qué es lo que menos te gusta de este nombre?   |
|  |                       | Si quisieras cambiarle el nombre ¿Qué otro nombre le pondrías a este servicio?  |
|  | Precio                | Precio  |
| ¿A partir de qué precio te empezaría a parecer el servicio barato? |                       |   |
| ¿A partir de qué precio te empezaría a parecer este servicio caro? |                       |   |
| Punto de venta   | Punto de venta        | ¿En qué lugar o lugares os gustaría poder adquirir este servicio? ¿Por qué?   |
| Promoción  | Promoción             | ¿Cómo piensas que se podría hacer difusión de estos servicios?  |
|  |                       | Aparte de las características del servicio, ¿qué otros factores te influirían en la decisión de utilizar este servicio? |

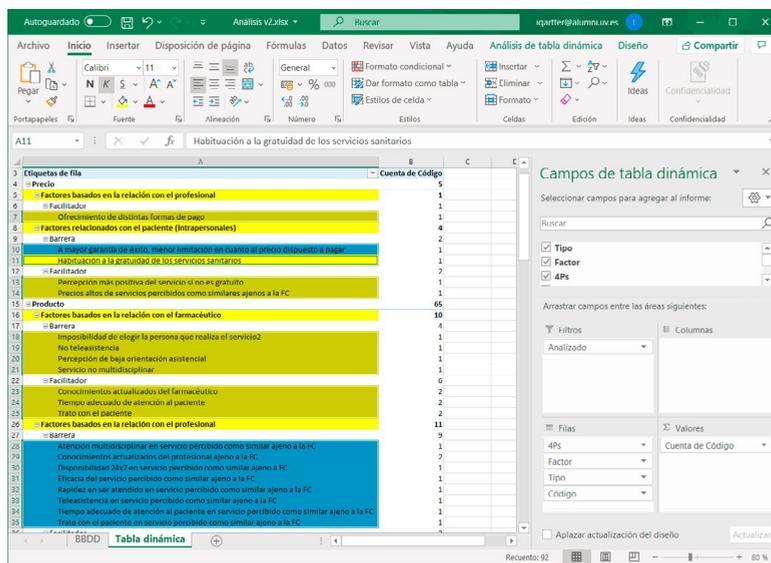
## ANÁLISIS

Siguiendo la Teoría Fundamentada, cada entrevista previamente grabada se reprodujo iterativamente para familiarizarse con los textos, identificando segmentos (citas) de texto y elaborando un listado de ideas resumiendo lo expuesto por los participantes. Posteriormente, se agrupó la información en categorías o temas similares descubiertos durante el análisis (codificación), iterando conforme se procesaban más entrevistas. Alcanzada la saturación, donde nuevas entrevistas no aportaron información relevante, se definió un marco explicativo de barreras y facilitadores en la demanda de SPFA, desarrollando explicaciones para los hallazgos obtenidos. El análisis fue realizado manualmente, con apoyo de las aplicaciones ATLAS.ti v8.4.24.0 (Imagen 3) y Microsoft Excel 365 versión 2007 (Imagen 4).

*Imagen 3. Software ATLAS.ti v8.4.24.0 empleado en el análisis de los datos recopilados*



### Imagen 4. Microsoft Excel 365 versión 2007 utilizado para completar el análisis de los datos recopilados



## VALIDACIÓN Y RIGOR

Se aplicaron los principios de reflexibilidad y circularidad, como ya se han descrito, para aportar mayor rigor metodológico al estudio. También se utilizaron diversos reclutadores (o porteros), un guion temático y un diario de campo donde se recogió información más allá de la propia entrevista (con quien se trabajó, que técnicas se utilizaron, donde, cuando, problemas que hubo, etc.). La validación por parte de los participantes fue realizada al finalizar cada entrevista. En concreto, el investigador realizó un resumen con los puntos más importantes tratados durante la entrevista para que el entrevistado pudiera contrastarlos y añadir algún comentario más en caso de que lo creyera oportuno.

## CONSENTIMIENTOS Y COMITÉ ÉTICO

Todos los participantes entregaron firmado un consentimiento informado que fue revisado por el asesor jurídico de la SEFAC. De forma previa al desarrollo del estudio, el proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Elche. A los primeros participantes, que formaron parte de los grupos focales se les entregó un pequeño obsequio que se obtuvo de la SEFAC (una bolsa de tela, un cuaderno de notas, un bolígrafo y folletos informativos) y se le invitó a almorzar. A los participantes de las entrevistas individuales se les entregó un cheque regalo por valor de 15€. A los participantes del grupo de discusión se les invitó a comer y se les hizo entrega de otra serie de obsequios como parte del evento de presentación de la fundación SEFAC. En ninguno de los casos, se informó a los participantes del obsequio a recibir hasta finalizar la entrevista.



# RESULTADOS

---



## RESULTADOS

La Tabla 15 muestra las características de los 43 participantes. Además de estos, ocho participantes rechazaron participar en el proyecto una vez fueron identificados por el reclutador. Seis de ellos indicaron que no disponían de tiempo para asistir a la entrevista por motivos laborales y/o personales. Los dos restantes no indicaron motivos concretos. Dos posibles participantes fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión en cuanto a la edad. Otro fue rechazado por haber utilizado ya un SPFA del estudio en una farmacia comunitaria y dos más no se aceptaron en el estudio cuando, después de haber sido identificados por el reclutador, se supo que existía algún tipo de relación con alguno de los investigadores.

Para alcanzar la saturación, se entrevistaron a 11 participantes sobre el servicio de revisión del uso de medicamentos, 19 sobre el servicio de cesación tabáquica, 13 sobre el servicio de cribado y abordaje de EPOC y 23 sobre el servicio de medición y control del riesgo vascular. Los factores facilitadores y barreras en la demanda de los SPFA por parte de los usuarios potenciales en España se muestran a continuación y se han descrito para cada variable del Marketing Mix siguiendo el esquema mostrado en la Figura 4. Esquema de organización de los resultados. Muchos de estos factores son aplicables a los cuatro SPFA analizados por igual, pero se ha concretado en aquellos casos en los que sólo aplica de forma más específica a un servicio o servicios concretos.

La Tabla 16 muestra la codificación de las barreras y facilitadores hallados en el estudio según Teoría Fundamentada, considerando las variables que componen las 4Ps.

Las citas de los participantes (indicando número de participante y SPFA consultado) se sitúan a continuación de la descripción de cada factor, ilustrando el proceso de análisis.

Tabla 15. Características de los participantes

| Nº P | Grupo         | Rec. | Género | Edad | NE |
|------|---------------|------|--------|------|----|
| 1    | RUM           | FCO  | Mujer  | 65   | PM |
| 2    | RUM           | FCO  | Hombre | 42   | UN |
| 3    | RUM           | FCO  | Mujer  | 68   | UN |
| 4    | RUM           | FCO  | Mujer  | 35   | FP |
| 5    | CT            | FCO  | Hombre | 64   | SC |
| 6    | CT            | FCO  | Mujer  | 44   | FP |
| 7    | CT            | FCO  | Mujer  | 55   | UN |
| 8    | CT            | FCO  | Hombre | 32   | UN |
| 9    | RUM           | BN   | Hombre | 61   | UN |
| 10   | MCRV          | FC   | Mujer  | 48   | SC |
| 11   | MCRV          | BN   | Mujer  | 50   | SC |
| 12   | RUM           | AP   | Hombre | 47   | UN |
| 13   | RUM           | BN   | Mujer  | 66   | PM |
| 14   | RUM           | BN   | Hombre | 70   | PM |
| 15   | RUM           | EN   | Mujer  | 58   | PM |
| 16   | RUM           | EN   | Mujer  | 55   | SC |
| 17   | MCRV          | BN   | Mujer  | 57   | SC |
| 18   | MCRV          | BN   | Mujer  | 69   | PM |
| 19   | CT            | EN   | Mujer  | 50   | FP |
| 20   | CT            | EN   | Hombre | 56   | PM |
| 21   | RUM           | EN   | Hombre | 62   | SC |
| 22   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 64   | UN |
| 23   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 47   | UN |
| 24   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 41   | UN |
| 25   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 60   | FP |
| 26   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 39   | SC |
| 27   | CAE, MCRV     | SC   | Mujer  | 47   | UN |
| 28   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 28   | UN |
| 29   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 39   | UN |
| 30   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 37   | UN |
| 31   | CAE, MCRV     | SC   | Hombre | 49   | UN |

|  | Trabajo                             | Nacionalidad | TE |
|--|-------------------------------------|--------------|----|
|  | Ama de casa                         | Española     | GF |
|  | Profesor de secundaria              | Española     | GF |
|  | Jubilada                            | Belga        | GF |
|  | Ama de casa                         | Española     | GF |
|  | Jubilado                            | Española     | GF |
|  | Asistente personal                  | Española     | GF |
|  | Abogada                             | Española     | GF |
|  | Abogado                             | Española     | GF |
|  | Jubilado                            | Española     | IN |
|  | Administrativa                      | Española     | IN |
|  | Ama de casa                         | Española     | IN |
|  | Pensionista                         | Española     | IN |
|  | Ama de casa                         | Española     | IN |
|  | Jubilado                            | Española     | IN |
|  | Aparadora de calzado                | Española     | IN |
|  | Desempleada                         | Española     | IN |
|  | Desempleada                         | Española     | IN |
|  | Jubilada                            | Española     | IN |
|  | Auxiliar de enfermería              | Española     | IN |
|  | Técnico de inyección                | Española     | IN |
|  | Mecánico                            | Española     | IN |
|  | Ingeniero industrial y MCEAP        | Española     | GD |
|  | Director de RRHH y MCEAP            | Española     | GD |
|  | Psicóloga y MCEAP                   | Española     | GD |
|  | Regidora de ayuntamiento y MCEAP    | Española     | GD |
|  | Gerente clínica privada y MCEAP     | Española     | GD |
|  | Gerente de AP                       | Española     | GD |
|  | responsable de investigación en AP  | Española     | GD |
|  | Trabajador social y MCEAP           | Española     | GD |
|  | Responsable comunicación AP y MCEAP | Española     | GD |
|  | Gerente de AP                       | Española     | GD |

| Nº P | Grupo         | Rec. | Género | Edad | NE |
|------|---------------|------|--------|------|----|
| 32   | CAE, MCRV     | SC   | Hombre | 64   | UN |
| 33   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 46   | UN |
| 34   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 73   | FP |
| 35   | CT            | AP   | Mujer  | 35   | SC |
| 36   | CT            | AP   | Mujer  | 49   | UN |
| 37   | CT            | BN   | Mujer  | 36   | UN |
| 38   | MCRV          | AP   | Hombre | 45   | UN |
| 39   | MCRV          | AP   | Mujer  | 63   | UN |
| 40   | MCRV          | AP   | Mujer  | 41   | UN |
| 41   | MCRV          | AP   | Mujer  | 56   | FP |
| 42   | MCRV          | AP   | Hombre | 79   | FP |
| 43   | MCRV          | AP   | Hombre | 85   | SC |

Grupo: MCRV = servicio de medición y control del riesgo vascular, CT = servicio de cesación tabáquica, RUM = servicio de revisión del uso de medicamentos, CAE = Servicio de cribado y abordaje de la EPOC; Reclutadores: FCO = farmacéutico comunitario, BN = bola de nieve, AP = asociación de pacientes, EN = enfermeras, SC = sociedad científica (SEFAC); Nivel de estudios (NE): PM = primarios, SC = secundarios, FP = formación profesional, UN = universitarios; Trabajo: miembro del comité ejecutivo de una asociación de pacientes, EESS = entidades sociales; Tipo de entrevista (TE): GF = grupo focal, IN = individual, GD = grupo de discusión.

|  | <b>Trabajo</b>                 | <b>Nacionalidad</b> | <b>TE</b> |
|--|--------------------------------|---------------------|-----------|
|  | MCEAP                          | Española            | GD        |
|  | Responsable de EESS AP y MCEAP | Española            | GD        |
|  | Administrativa y MCEAP         | Española            | GD        |
|  | Auxiliar administrativo de AP  | Española            | IN        |
|  | Administrativa de AP           | Española            | IN        |
|  | Redactora productora de TV     | Española            | IN        |
|  | Ingeniero                      | Española            | IN        |
|  | Administrativa                 | Española            | IN        |
|  | Administrativa                 | Peruana             | IN        |
|  | Administrativa                 | Española            | IN        |
|  | Jubilado                       | Española            | IN        |
|  | Jubilado                       | Española            | IN        |

*Tabla 16. Codificación de barreras y facilitadores según Teoría Fundamentalada, variable Producto del enfoque 4Ps de Marketing Mix*

| Factor                                  | Tipo        | Subtema               |
|---|-------------|-----------------------|
| Relación con farmacia                   | Facilitador | Concepto del servicio |
| Relación con farmacéutico               | Facilitador | Concepto del servicio |
|   | Barrera     | Concepto de servicio  |
| Factores externos (interpersonales)     | Facilitador | Concepto de servicio  |
|   |             | Competencia           |
|   | Barrera     | Concepto de servicio  |
|   |             | Competencia           |
| Factores del paciente (intrapersonales) | Facilitador | Concepto de servicio  |
|   |             | Competencia           |
|   | Barrera     | Concepto de servicio  |
|   |             | Competencia           |

| Código  |
|---|
| Accesibilidad   |
| Cercanía  |
| Confortabilidad   |
| Conocimientos actualizados del farmacéutico                             |
| Tiempo adecuado de atención al paciente                                 |
| Trato con el paciente   |
| Imposibilidad de elegir la persona que realiza el servicio              |
| No teleasistencia   |
| Percepción de baja orientación asistencial                              |
| Servicio no multidisciplinar  |
| Optimización de los recursos del sistema sanitario                      |
| Percepción de baja calidad del servicio en el SNS                       |
| Prescripción farmacéutica   |
| Falta de integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario |
| Mayor formación sobre SPFA en la carrera de Farmacia                    |
| Apoyo de otros pacientes con la misma necesidad                         |
| Aumento del compromiso  |
| Baja calidad de vida relacionada con salud                              |
| Edad avanzada   |
| Miedos  |
| Reconocimiento de automedicación irresponsable                          |
| Conocimiento de la importancia de prevención en salud                   |
| Percepción de servicio innovador  |
| Baja alfabetización en salud  |
| Elevada intención de uso  |
| Conocimiento de servicios percibidos como similares ajenos a la FC      |
| Desconocimiento del servicio  |
| Necesidad de garantía   |
| No disponibilidad 24x7  |
| Preocupación por la confidencialidad de su información sanitaria        |
| Realización del servicio no acompañado de un familiar o amigo           |
| Percepción de intrusismo laboral en el ámbito sanitario                 |
| Desconocimiento de la oferta del servicio en la FC                      |
| Nombre del servicio no entendible                                       |
| Percepción positiva de servicios similares ofrecidos fuera de la FC     |

**Figura 4. Esquema de organización de los resultados**



## PRODUCTO

### Factores relacionados con la farmacia

#### Facilitadores

#### Accesibilidad

Muchos de los participantes vieron la accesibilidad de las farmacias como un aspecto positivo en referencia a los SPFA. Accesibilidad en el sentido de tener una amplia disponibilidad horaria, de poder acudir sin pedir cita y de evitar largos tiempos de espera en comparación con otros centros, servicios o establecimientos sanitarios.

*“Considero que, dentro del mundo sanitario, los farmacéuticos son las personas más fáciles de acceder, por el tema de esperas y todo esto” (P36, cesación tabáquica).*

#### Cercanía

La cercanía de la farmacia comunitaria fue reconocida por muchos de los participantes como otro de los facilitadores en la demanda de los SPFA. Esto hacía referencia a la capilaridad de las farmacias comunitarias en España que permite que prácticamente la totalidad de la población española disponga de una farmacia a pocos metros de su domicilio. Según los participantes esto les brinda

una gran comodidad y les evita desplazamientos, haciendo que el contacto con el farmacéutico comunitario sea más frecuente que con otros profesionales sanitarios.

*“Para mí es comodísimo, bajo aquí y no tengo que desplazarme” (P11, revisión y control riesgo vascular).*

### Confortabilidad

Algunos de los participantes opinaron que perciben la farmacia comunitaria como un lugar confortable, limpio y que les transmite serenidad lo cual es un facilitador obvio en la demanda de SPFA.

*“Creo que es un lugar que la sensación siempre te da confortabilidad, tranquilidad, limpio” (P38, revisión y control del riesgo vascular).*

## Factores basados en la relación con el profesional

### Barreras

#### Percepción de baja orientación asistencial

La baja orientación asistencial de algunas farmacias comunitarias fue una de las barreras detectadas por algunos participantes. Por un lado, porque percibían que en esas farmacias se despachaba en lugar de dispensar. Es decir, no recibían información sobre el uso adecuado del medicamento, los posibles efectos adversos, interacciones, etc. sino que la actuación del profesional se limitaba únicamente a entregarles la medicación que aparecía en la receta. Por otro lado, porque algunas farmacias les daba la sensación de que parecían más una perfumería o tienda de cosmética que un establecimiento sanitario. Ambos aspectos los llevó a opinar como necesaria una evolución del farmacéutico hacia un rol más sanitario, más asistencial.

*“Creo que necesita evolucionar el rol del farmacéutico comunitario en cuanto a educación y acompañamiento. Muchos hemos visto a los farmacéuticos como dispensadores. Y muchas veces el farmacéutico no ha favorecido ser accesible y preguntar a la persona que tienes enfrente y proponer venirle una semana después para ver cómo ha ido todo” (P29, cribado y abordaje EPOC).*

### Imposibilidad de elegir profesional que realiza el servicio

Algunos participantes opinaron que les gustaría poder elegir, al igual que ocurre por ejemplo en la dispensación, que profesional de la farmacia les realizaba el SPFA, aspecto que veían difícil por diversos motivos. Por un lado, porque les parecía complicado que todo el personal de la farmacia pudiera obtener la capacitación correspondiente al SPFA en cuestión. Por otro lado, por la no presencia del farmacéutico titular en todo momento. Y, por último, por la elevada rotación de personal que detectaban en sus farmacias habituales. Todo esto se apreció como una barrera ya que, a pesar de que existan unos protocolos estándares de actuación, la satisfacción sobre un servicio concreto se asociaba mucho a la persona que lo realizara.

*“Yo creo que este servicio será mucho en función de la persona que lo dé” (P42, revisión y control riesgo vascular).*

### Falta de disponibilidad de teleasistencia

Aunque no es novedad el atender al usuario a distancia desde la farmacia comunitaria, por vía telefónica, correo electrónico, mensajería instantánea, etc. para dar consejo, resolver dudas, etc. algunos de los participantes cuestionaron que esto se pudiera realizar con la frecuencia que ellos necesitarían en caso de ser usuarios de un SPFA o incluso que se pudiera dar en ninguna circunstancia. Aspecto, que sí que perciben que se está realizando con otros profesionales sanitarios ajenos a la farmacia comunitaria.

*“El CAP Salut, de Generalitat, ha montado una web, La Meva Salut. Te registras, pides autorización al CAP para que te den la contraseña y tienes acceso a tu historial médico y analíticas. Y desde ahí puedes conectar con tu médico o enfermera asignada” (P38, revisión y control riesgo vascular).*

### Servicio no multidisciplinar

La integración de varios profesionales sanitarios dentro de la realización del SPFA fue un aspecto mencionado por varios participantes. Sobre todo, en servicios como la cesación tabáquica y la medida y control del riesgo vascular echaban en falta la intervención, de forma conjunta con el farmacéutico, de profesionales como psicólogos, nutricionistas, preparadores físicos, enfermeras, médicos, etc. dentro de la misma farmacia comunitaria. Aspecto que no está permitido según la actual normativa española. A pesar de que este tipo de trabajo multidisciplinar se pudiera realizar bajo una colaboración fluida entre los distintos profesionales sanitarios externos a la farmacia comunitaria, a algunos participantes el hecho de tener que desplazarse a varios sitios para recibir un servicio integral, bajo su opinión, más completo, les suponía una barrera. Y más teniendo en cuenta que esos participantes conocían servicios con ciertas similitudes a los SPFA que se están ofreciendo desde asociaciones de pacientes, centros sanitarios públicos o privados (como centros de atención primaria, hospitales, centros sociosanitarios, asociaciones de pacientes, etc.) con el carácter multidisciplinar que ellos demandaban.

*“Si pudiera cambiar algo del servicio añadiría algún profesional específico acompañando al farmacéutico” (P19, cesación tabáquica).*

## Facilitadores

### Conocimientos actualizados del farmacéutico

Muchos participantes destacaron la profesionalidad del farmacéutico como uno de los aspectos más importantes que facilitan la demanda de SPFA por parte de los potenciales usuarios. En este sentido, el farmacéutico les traslada una elevada seguridad y confianza. Por este motivo, dieron mucho valor al consejo del farmacéutico. A pesar de ello, algunos de los participantes consideraron que el farmacéutico se encuentra infrutilizado, ya que muchas veces su trabajo se limita a “despachar” los medicamentos que aparecen en la prescripción médica o a entregar el producto demandado por el usuario.

Dentro de la profesionalidad un aspecto a considerar es la actitud del profesional, que es algo más personal como ya se pone el relieve en la barrera “imposibilidad de elegir a la persona que realiza el servicio” mencionada anteriormente. Pero otro aspecto importante, respecto a la profesionalidad del farmacéutico, es la aptitud. En este sentido varios participantes consideraron muy relevante los elevados conocimientos del farmacéutico, sobre todo en cuanto al medicamento y también, aunque en menor medida, en cuanto a la patología a ser abordada. Esto, según su opinión, permite que el usuario reciba una información de calidad. Sin embargo, muchos de ellos opinaron que era necesaria una capacitación específica para poder ofrecer un SPFA en condiciones. Además de esta capacitación, siguiendo con otro de los componentes de la aptitud, se requiere de actualización como también opinaron diversos de los participantes. Es decir, vieron necesario un aprendizaje continuo por parte del farmacéutico para “estar al día”. Esta necesidad fue más destacada por aquellos participantes que conocían servicios realizados fuera de la farmacia comunitaria percibidos como similares a los SPFA y realizados por profesionales que, bajo su punto de vista, estaban adecuadamente formados.

En el caso del SPFA revisión del uso de medicamentos, algún participante también mostró su interés en que existiera una mayor especialización del servicio alrededor de una patología concreta. En este sentido, opinaron que no les importaría hacer largos desplazamientos y realizar un pago mayor por el servicio si éste fuera mucho más específico sobre la patología en la que estaban interesados.

*“Yo creo que la base de esto sería que tengan una buena capacitación, o sea, teniendo una buena capacitación los farmacéuticos no habría ningún problema, ya no solo capacitación de base sino una continua capacitación porque supongo que esto va cambiando, todos los equipos o todas las nuevas medidas.” (P40, revisión y control del riesgo vascular).*

### Tiempo adecuado de atención

Que el farmacéutico disponga y ofrezca un tiempo adecuado para atender al paciente, en comparación con otros profesionales sanitarios, fue valorado como un factor facilitador en la demanda de los SPFA por muchos de los participantes. Las implicaciones directas de este facilitador percibidas por los participantes fueron una mayor relación entre paciente y el profesional sanitario, un trato más personal y un mayor seguimiento, acompañamiento y contacto continuo.

*“Lo que más me gusta de la definición del servicio, sobre todo, es que cuando tú llegas a una farmacia, que no sea tan fría. Llegar, dar la receta, te lo envuelven, cobran, te vas. No sé, me estás dando un proyecto más amplio para llegar a mi farmacéutico y tener una relación paciente farmacéutico, que sería lo ideal, claro.” (P14, revisión del uso de medicamentos).*

### Trato con el paciente

Muchos participantes opinaron que el trato del farmacéutico con el paciente es un facilitador muy relevante en la demanda de SPFA. Se trata de un concepto amplio en el que se incluyeron diversas características de la relación paciente-farmacéutico que pusieron en relieve diversos participantes como son la empatía, la confianza, la amabilidad, la atención, la implicación sobre el paciente, la relación de igual a igual, la preocupación por el estado del paciente, la relación muy estrecha que le permite al farmacéutico un mayor conocimiento sobre el paciente e incluso del resto de su unidad familiar, o como alguno de los entrevistados citó, “su farmacéutico de toda la vida”. Según los participantes este factor ayuda de forma significativa a que el paciente consiga sus objetivos de salud.

*“El mejor beneficio, ya sin mencionar el fármaco (el fármaco actúa de una forma), es el trato humano del farmacéutico hacia la persona. A veces, una sonrisa o una palmada puede hacer mucho, porque ese paciente a lo mejor va a por un ansiolítico un tranquilizante y el escucharlo dos minutos y decirle: “qué bien le veo, qué guapa está usted hoy”, cambiarle el chip es muy importante.” (P9, revisión del uso de medicamentos).*

## Factores relacionados al usuario (intrapersonales)

### Barreras

#### Desconocimiento del servicio

La mayoría de los participantes desconocía el SPFA sobre el que se les iba a preguntar e incluso les sorprendió que se estuvieran ofreciendo en farmacias comunitarias desde hace años y no hubieran oído hablar de ellos en la mayoría de los casos. Y, en general, valoraron el desconocimiento absoluto de la existencia de ese SPFA o, en el mejor de los casos, el desconocimiento sobre que se estuviera realizando en la farmacia comunitaria (dado que conocían servicios similares ofrecidos fuera de la farmacia) como una notable y obvia barrera en su demanda.

*“El servicio parece como muy completo, yo solo conocía el hecho de ir a tomarte la tensión en la farmacia y, dependiendo del farmacéutico, bueno, siempre salen consejos más o menos” (P39, revisión y control riesgo vascular).*

#### Necesidad de garantía

Muchos de los participantes opinaron que les parecía de mucha ayuda e incluso imprescindible el disponer de ciertas garantías sobre la eficacia del servicio que iban a consumir antes de consumirlo. Esto afectó incluso a la percepción económica que le atribuyeron al servicio. Es decir, estaban dispuestos a pagar más por el servicio si se les garantizaba su eficacia, en determinada medida. Esto ocurrió especialmente cuando se les preguntó sobre el servicio de cesación tabáquica y el

cribado de EPOC. El aval podría venir, según los distintos comentarios recogidos de varios participantes, a través de:

- Datos estadísticos. Esto es, que se le muestre al potencial consumidor datos estadísticos provenientes de estudios científicos que avalen la eficacia del SPFA en cuestión.
- Casos de éxito. Es decir, que se le enseñen testimonios de otras personas que hayan recibido el mismo servicio. Si además esta persona o personas son de confianza para el consumidor, su opinión toma mucho más peso.
- Certificación. Muchos opinaron que les generaba mucha confianza que el farmacéutico hubiera recibido formación sobre el SPFA en cuestión por parte de una entidad de prestigio (sociedad científica, colegio profesional, universidad, etc.) y tuviera la correspondiente certificación para poder realizar el servicio.
- Sinceridad en la respuesta. Algunos participantes indicaron que percibían un servicio como fiable cuando también se le dan los resultados y posibles soluciones sin tapujos, ya sean buenos o malos, ya que están acostumbrados en que en muchos ámbitos sanitarios se les “endulce” la realidad en cuanto a su salud.

*“Si hubiese estadísticas de dependiendo el número de fumadores y la cantidad de cigarrillos que fuman esas personas, si les ha valido, si les ha servido este método para dejar de fumar, no me parecería caro el precio que se le ponga, 500 euros o 1 000 euros, pero si hay estadísticamente que fumadores de 40 cigarrillos al día han dejado de fumar siguiendo estas terapias.” (P8, cesación tabáquica).*

No disponibilidad 24x7

Algunos participantes mostraron su interés en poder disponer del servicio 24 horas al día, 7 días a la semana para poder ser atendidos en caso de tener una

emergencia. Por ejemplo, relacionado con el servicio de revisión del uso de medicamentos, una consulta urgente sobre un medicamento. Relacionado con el servicio de cesación tabáquica, otro ejemplo que mencionaron fue el poder contactar con el farmacéutico cuando estuvieran ante una situación en la que no controlarían la necesidad de fumar, o ante un efecto adverso de la medicación para ayudarles a dejar de fumar. Algún participante lo comparó con servicios similares que reciben desde la sanidad pública y donde se les ofrece un teléfono para emergencias.

*“Me gustaría disponer de servicio de urgencias 24 horas. Si las farmacias son de 24 horas, cuando te pasa, da igual que sea a las 3 de la tarde o de la mañana” (P2, revisión uso de medicamentos).*

### Nombre del servicio no entendible

Muchos de los participantes opinaron que el nombre del servicio no se entendía. En concreto, se registraron opiniones como que les pareció difícil de recordar, rebuscado, complicado, un tecnicismo, poco coloquial, demasiado rotundo (genera expectativas que tal vez no se cumplan como en el caso de cesación tabáquica), poco cercano al usuario, nombre con connotación negativa, muy largo o simplemente no sé entiende. Incluso a algunos participantes, el propio nombre les provocó confundirse con otros servicios ofrecidos en la farmacia comunitaria y que si conocían. Como, por ejemplo, confundir el servicio de preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) con el servicio de revisión del uso de medicamentos o el de revisión y control del riesgo vascular.

*“No se puede llamar cribado y abordaje de la EPOC si es una herramienta para pacientes. Porque no va a entender nadie ni qué es cribado ni qué es abordaje. Tiene que ser un lenguaje totalmente accesible y transformador.” (P23, cribado y abordaje de la EPOC).*

Por otro lado, como se muestra en la Tabla 17, propusieron nombres para los distintos servicios sobre los que se les preguntó. Algunos de los participantes opinaron que el uso de acrónimos que construyeran una palabra que sonora bien y fuera fácilmente recordable, también ayudaría.

### Percepción de intrusismo laboral en ámbito sanitario

Algunos participantes indicaron que percibieron como parecidos otros servicios realizados por profesionales sanitarios no farmacéuticos y mostraron su preocupación acerca de si el SPFA en cuestión suponía una posible invasión de las competencias de otros colectivos sanitarios. Entre los que opinaron así, hubo una auxiliar de enfermería, pero también participantes cuya profesión no era del ámbito sanitario, pero conocían servicios percibidos como similares a los SPFA ofrecidos fuera de la farmacia comunitaria y les costaba reconocer las diferencias entre ambos. Con relación a esto, en todos los SPFA sobre los que se preguntó en este proyecto existen uno o varios participantes que conocen un servicio ofrecido fuera de la farmacia que perciben como similar, si bien donde se destacó la posible intrusión laboral con otros profesionales sanitarios fue en las entrevistas sobre cesación tabáquica y cribado y abordaje de la EPOC y haciendo referencia a los profesionales sanitarios de enfermería.

*“Es importante que nadie se meta en el campo del otro” (P19, cesación tabáquica).*

Tabla 17. Nombres propuestos por cada SPFA

| Servicio                                      | Propuesta de nombre                             |
|---|---|
| <b>Cesación Tabáquica</b>                     | Acabe con el tabaquismo                         |
|   | Ayuda a dejar de fumar                          |
|   | Ayuda contra el tabaquismo                      |
|   | Cesación del tabaquismo                         |
|   | Deja de fumar                                   |
|   | Hasta aquí el fumar                             |
|   | Servicio de ayuda contra el tabaquismo          |
|   | Servicio de cesación del tabaquismo             |
|   | Servicio farmacéutico sin tabaco                |
|   | Sin cigarro                                     |
|   | Sin tabaco                                      |
|   | Sin humo  |
|   | Stop al tabaco                                  |
|   | Termine de fumar                                |
| <b>Revisión y Control del Riesgo Vascular</b> | Asesoramiento en el riesgo vascular (ARV)       |
|   | Constantes vitales                              |
|   | Control es corazón                              |
|   | Prevención del riesgo vascular                  |
|   | CORIVAS (Control Riesgo Vascular)               |
|   | Riesgos coronarios                              |
|   | Riesgos del corazón                             |
|   | Valoración del estado de salud                  |
| <b>Revisión del Uso de Medicamentos</b>       | Aprender a usar los medicamentos                |
|   | Asesoramiento de medicamentos a pacientes       |
|   | Ayuda para la medicación                        |
|   | Ayuda y educación sobre el uso de la medicación |
|   | Educación sobre el uso de la medicación         |
|   | Revisión y ayuda del uso del medicamento        |
| <b>Cribado y Abordaje de la EPOC</b>          | Edad pulmonar (cribado)                         |
|   | Valoración de la capacidad pulmonar (cribado)   |

## Percepción positiva de servicios similares

De acuerdo con el apartado anterior, en la Tabla 18 se muestran otros servicios ofrecidos desde fuera o dentro de la farmacia comunitaria y que los participantes opinaron que percibían como similares o parecidos a los SPFA sobre los que se les preguntó. Servicios sobre los cuales tenían una opinión positiva ya fuera por su propia experiencia, por los comentarios de un familiar o amigo que los había recibido o porque eran los propios organizadores (como es el caso de responsables de asociaciones de pacientes a los que se entrevistó). Esto se consideró una barrera para la demanda de los SPFA y más aún cuando confluyen uno o varios de los siguientes aspectos en estos otros servicios: gratuidad, rapidez en la obtención de resultados (como es el caso de la hipnosis para ayudar a dejar de fumar), rapidez en ser atendido, confianza en el servicio, posibilidad de teleasistencia, percepción de tiempo adecuado de atención y buen trato con el paciente.

*“Digamos que algo similar lo tengo ya. Este servicio lo tengo en el hospital. Tengo una enfermera especializada y capacitada que resuelve mis dudas, me da información, como dice como tengo que conservar la medicación, me obligan a ir a talleres, etc.” (P2, revisión del uso de medicamentos).*

## Preocupación por confidencialidad de información sanitaria

Algunos participantes mostraron su preocupación sobre la confidencialidad con la que el farmacéutico maneja información sanitaria sobre el paciente. Ya fuera dentro de la farmacia, como la información que circularía entre los diversos profesionales sanitarios que pudieran verse involucrados en el desarrollo del SPFA como, por ejemplo, entre el farmacéutico y el médico de atención primaria del paciente. Esta barrera también tiene en consideración la preocupación que mostraron algunos pacientes sobre la privacidad del lugar de la farmacia donde se les realizaría el SPFA.

*“Tú, lo que hablas con el médico es personal. Entonces, si el farmacéutico tiene que hablar con tu médico para ayudarte, pues ahí van unos datos confidenciales.” (P1 I, revisión y control del riesgo vascular).*

## Realización del servicio no acompañado de un familiar o amigo

En el caso del servicio de cesación tabáquica, algunos participantes mostraron su interés en poder acudir acompañados a las sesiones en la farmacia para poder aumentar su compromiso. Este aspecto no se percibe como algo implícito al SPFA.

*“Me gustaría acudir, si fuese posible, acompañado de un familiar para que ese compromiso que adquiera esté también un familiar al lado.” (P8, cesación tabáquica)*

*Tabla 18. Servicios percibidos como similares a los SPFA analizados*

| Ámbito                       | Servicio percibido como similar  | SPFA  |
|------------------------------|--|---|
| Asociaciones de pacientes    | Diversos servicios ofrecidos desde la asociación a través de psicólogos y nutricionistas.  | » Cesación tabáquica<br>» Revisión del uso de medicamentos  |
| Sistema sanitario público    | Diversos servicios ofrecidos desde centros de atención primaria por médicos y enfermeras, entre los que se encuentra la unidad de conductas adictivas.         | » Cesación tabáquica<br>» Revisión del uso de medicamentos<br>» Cribado y abordaje de la EPOC                     |
|                              | Diversos servicios ofrecidos desde hospitales por médicos y enfermeras, entre los que se encuentran los análisis genéticos y la unidad de conductas adictivas. | » Revisión y control del riesgo vascular<br>» Revisión del uso de medicamentos<br>» Cribado y abordaje de la EPOC |
| Asistencia sanitaria privada | Servicio de hipnosis para ayudar a dejar de fumar.   | » Cesación tabáquica  |
|                              | Servicios de psicología para ayudar a dejar de fumar, entre los que se encuentran charlas grupales.  | » Cesación tabáquica  |

| Ámbito               | Servicio percibido como similar   | SPFA  |
|----------------------|---|---|
| Paciente experto     | Charlas realizadas por pacientes expertos que tienen o han tenido la misma patología.                       | » Revisión del uso de medicamentos  |
| Uno mismo            | El participante no percibe el valor del servicio, cree que es capaz de solucionar su problema por el mismo. | » Cesación tabáquica<br>» Revisión del uso de medicamentos  |
| Farmacia comunitaria | Sistema personalizado de dosificación.  | » Revisión y control del riesgo vascular<br>» Revisión del uso de medicamentos                                    |
|                      | Consejo farmacéutico en el mostrador.   | » Revisión y control del Riesgo vascular<br>» Revisión del uso de Medicamentos<br>» Cribado y abordaje de la EPOC |

## Facilitadores

### Aumento del compromiso

Muchos participantes opinaron que el SPFA les ayudaría a aumentar su compromiso en la consecución del objetivo a nivel de salud. En el caso del servicio de cesación tabáquica, opinaron que el apoyo del farmacéutico les ayudaría notablemente a dejar de fumar o, como poco, a avanzar en las fases del cambio (173). En el caso del servicio de revisión del uso de medicamentos, éste ayudaría a perder miedos relacionados con los medicamentos y aumentar el compromiso con el tratamiento, es decir, la adherencia terapéutica. En el caso del servicio de revisión y control del riesgo vascular, aumentaría su compromiso con las medidas higiénico-dietéticas recomendables. En el servicio de cribado y abordaje de la EPOC, mejoraría notablemente el uso correcto de los inhaladores y por lo tanto también en la adherencia terapéutica. Este aspecto también se percibió en servicios

ofrecidos fuera de la farmacia comunitaria como, por ejemplo, en las unidades de conductas adictivas en relación con la cesación tabáquica.

*“Yo creo que el papel del farmacéutico es súper importante a la hora de acompañar a la persona en esta primera fase pre-contemplativa para que dé el salto a la contemplativa y acabe en la decisión y en la acción” (P24, cesación tabáquica)*

### Baja alfabetización en salud

Algunos de los participantes transmitieron cierto grado de dificultad para gestionar la información relevante para su salud. Ya fuera por falta de acceso a la información, falta de comprensión de la información que le había dado otro profesional sanitario e incluso por errores de estos (por ejemplo, en la pauta de toma de un medicamento), falta de motivación o mala interpretación de la información facilitada. Sobre este último aspecto varios participantes opinaron que era imprescindible utilizar un lenguaje cercano al usuario que iba a recibir el servicio.

Más en concreto, cuando se les preguntó acerca del servicio de revisión del uso de medicamentos valoraron como muy beneficiosa la información que les podía dar el farmacéutico acerca de por qué, como y cuando tomar la medicación, sobre todo en aquellos casos en los que el tratamiento era nuevo y en especial cuando el paciente pasaba a ser crónico. En el caso de la cesación tabáquica, a pesar de que la mayoría de los participantes consideraron de gran ayuda el servicio para conseguir dejar de fumar, participantes más expertos (miembros de asociaciones de pacientes) opinaron que un porcentaje muy bajo de pacientes accedía a información y seguimiento por parte de un profesional sanitario para dejar el tabaco. En el caso de participantes a los que se les preguntó sobre el servicio de revisión y control del riesgo vascular reconocieron su baja motivación y/o conocimiento sobre medidas higiénico-dietéticas que les ayudarían a controlar mejor su salud y en ese sentido valoraron muy positivamente la intervención del farmacéutico. Por último, en el caso del cribado y abordaje de la EPOC lo que más positivamente valoraron es el consejo que le podía dar el farmacéutico sobre el uso correcto de los inhaladores ya que en muchos casos

era información que no habían recibido o no habían entendido correctamente por parte de otros profesionales sanitarios.

*“El control me parece fantástico. Creo que es una labor que tiene que hacer el farmacéutico porque en primaria o especializada no te enseñan a usar inhaladores” (P32, cribado y abordaje EPOC).*

### Baja calidad de vida relacionada con salud

Varios participantes hicieron alusión a la capacidad del SPFA por mejorar su calidad de vida respecto a sus condiciones de salud.

*“Ayudar a tomar bien los medicamentos y llevarlo todo en regla, eso es calidad de vida.” (P13, revisión del uso de medicamentos)*

### Conocimiento de la importancia de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Algunos participantes se mostraron muy interesados en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, es decir, tenían un perfil más proactivo en cuanto al cuidado de su salud. Este aspecto se mostró como un claro facilitador en los servicios de revisión y control del riesgo vascular y el de cribado y abordaje de la EPOC.

*“Si inviertes en campañas de difusión a nivel autonómico acerca de unas enfermedades que están infradiagnosticadas, pues lo que favorece es que la gente dé el paso. Y si es un cribado que muestra beneficios sanitarios, pues genera beneficios económicos. Porque cuanto antes detectemos el EPOC, más fácil vamos a gestionar todas las complicaciones.” (P29, cribado y abordaje de la EPOC)*

## Edad avanzada

En el caso del servicio de revisión del uso de medicamentos, algunos participantes opinaron con la edad era un factor facilitador para su consumo, dado que las personas mayores, según su punto de vista, tiene mayor dificultad para hacer un uso correcto de la medicación.

*“El mejor beneficio que esperaría de esto sería una buena orientación y un buen servicio, que te atendieran y fuera productivo. Sobre todo, en las personas mayores, en el sentido que ellos a veces por tomar medicamentos, simplemente por el color de la caja se guían, si les cambias el color de la caja ya tienes el problema.” (P14, revisión del uso de medicamentos)*

## Elevada intención de uso

La mayoría de los participantes mostró elevada intención de uso del SPFA consultado.

*“Claro que lo utilizaría. Es un servicio que le das a la mano a la persona, un servicio que le das en casa, prácticamente” (P5, cesación tabáquica).*

## Falta de autonomía en el tratamiento

Algunos participantes valoraron como positiva la mayor autonomía que podrían adquirir a la hora de utilizar su tratamiento gracias a la información recibida en el servicio de revisión del uso de medicamentos sobre todo en aquellos que conllevan mayor dificultad y/o control.

*“Lo que más me gusta del servicio es que te ayuda a que no cambie tu ritmo de vida. Que cuando tienes un tratamiento como el mío el mundo no se acaba; cambia, pero no se acaba. Simplemente cambia. El servicio te da la autonomía y la confianza.” (P2, revisión del uso de medicamentos)*

## Miedos

Algunos participantes indicaron que sus miedos eran un facilitador en el uso de SPFA. En relación con el servicio de revisión del uso de medicamentos algunos participantes revelaron miedos respecto a los posibles efectos adversos e interacciones de la medicación que debían tomar. Este miedo se incrementaba al leer el prospecto o buscar información en Internet. Y más si cabe en personas hipocondríacas. En relación con el servicio de revisión y control del riesgo vascular algunos participantes comentaron sus miedos a la hora de realizarse por sí mismos una toma de tensión, ya fuera por la necesidad compulsiva de realizarse medidas con demasiada frecuencia o por la aparición esporádica de valores fuera de lo normal. En relación con el servicio de cesación tabáquica, algunos participantes explicaron su rechazo a dejar de fumar por miedo a engordar. En todos estos casos el consejo y el apoyo psicológico del farmacéutico durante la realización del SPFA se valoró como muy positivo.

*“Un aspecto que me gusta del servicio es que ayuda a las personas que son como yo, que se preocupan demasiado, que le asesoren bien. Para tranquilizar a la persona que debería de tomárselo y no se lo toma o que se lo toma y no debería. Pienso yo. Es una ayuda que es importante.” (P3, revisión del uso de medicamentos)*

## Percepción de servicio innovador

A algunos participantes les sorprendió lo novedoso de algunos SPFA. Aspecto que se valoró como motivador a la hora de su consumo. Esto ya es mencionado en estudios previos y de hecho forma parte del conjunto de motivadores de compra de un consumidor que son comodidad, rapidez, novedad, servicio, tradición, aprecio, economía y orgullo, y que alguna manera u otra, muchos de ellos aparecen también reflejados en este estudio (24).

*“Me ha gustado, la verdad es que la idea es muy novedosa, y la verdad muy fácil. O sea, es mucho más fácil irte a la farmacia, como comentas, y tener un contacto, simplemente hay gente que necesita tener un contacto continuo sobre su enfermedad o sobre sus deficiencias. Entonces siempre tener alguien que te observe antes de llegar a un médico y llegar tarde, está mucho mejor. Llegar tarde, llegar a que no haya solución.” (P4 I, revisión y control del riesgo vascular)*

## Reconocimiento de automedicación irresponsable

Algunos participantes opinaron que el servicio de revisión del uso de medicamentos les ayudaría a evitar la automedicación, ya que valoraban ésta como potencialmente perjudicial.

*“Yo creo que lo importante de esa ayuda es que la persona no se automedique tanto. Porque me tomo esto porque a mi amiga le ha ido bien.” (P3, Revisión del Uso de Medicamentos)*

## Factores externos (interpersonales e influencias externas)

### Barreras

#### Apoyo de otros pacientes

Un aspecto no contemplado en las especificaciones de los SPFA estudiados es la realización de reuniones de grupos de personas con la misma necesidad ya sea que quieren dejar de fumar, que comparten la misma enfermedad, misma medicación, etc. En este sentido algunos pacientes, conocedores de este tipo de sesiones grupales en servicios percibidos como similares y ofrecidos fuera de la farmacia comunitaria (en asociaciones de pacientes, charlas guiadas por psicólogos y grupos organizados desde los centros de atención primaria) opinaron que esto les sería de gran ayuda. Compartir experiencias con personas que han pasado o están pasando por lo mismo les ayudaría a sentirse más arropados, a reducir miedos y a aumentar su motivación. Estas opiniones se centraron sobre

todo en servicios similares a la cesación tabáquica y a la revisión de uso de medicamentos. Además de reuniones presenciales, también opinaron que ponerles en contacto de forma virtual (por ejemplo, a través de WhatsApp) también contribuiría de forma positiva en la consecución de sus objetivos relacionados con su salud.

*“En las reuniones de grupo que tenemos en la asociación del cáncer, nos comprometemos. Y bueno, entre nosotros hemos creado un grupo de WhatsApp, con lo cual, cada vez que a uno le apetece un cigarro, pues ¡pam! y está funcionando. De hecho, llevamos tres sesiones y las cinco personas que hemos empezado pues estamos cumpliendo.” (P8, cesación tabáquica)*

### Falta de integración de la FC en el sistema sanitario

Algunos participantes creyeron necesario una mayor integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario. Por un lado, haciendo más fluida la comunicación entre el farmacéutico y otros profesionales sanitarios (médico de atención primaria, especialista, enfermería, etc.) para una mejora en el abordaje de las necesidades del paciente y seguimiento de éste. Por otro lado, integrando en un solo expediente o historial sanitario todas las intervenciones y resultados obtenidos tras tratar con un profesional sanitario u otro y que este pudiera ser consultado por cualquiera de las partes, siempre y cuando estuviera convenientemente protegida siguiendo la actual Ley Orgánica de Protección de Datos. Esta mejora en la integración ayudaría, según la opinión de algunos participantes, a optimizar el uso del sistema sanitario, evitando consultas innecesarias y haciendo más eficientes las consultas a realizar con cualquiera de los profesionales sanitarios que tuvieran que intervenir alrededor del paciente. Algunos de los participantes percibían ciertas similitudes entre algunos servicios ofrecidos por el sistema sanitario público y los SPFA, por lo que también valoraban como positiva esta integración en el sentido de ver como dichos servicios se pudieran complementar de una manera óptima sin replicar el trabajo realizado por uno u otro profesional sanitario.

*“Un punto de partida completamente distinto a lo que estás hablando. Para mí la farmacia debería formar parte del Sistema Nacional de Salud. Y más si hablamos de tabaquismo, que hay campañas que están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. Si esto forma parte de una campaña, de lo que creo que se debe hablar siempre qué se hace cualquier campaña no es para detectar si tienes cáncer de colon o EPOC o una enfermedad renal, diabética, lo que sea. Si no para ver cuál es tu nivel de salud en respiración, tu nivel de salud.” (P33, cribado y abordaje de la EPOC)*

### Mayor formación sobre SPFA

A pesar de que en muchos países la atención farmacéutica, farmacia clínica, farmacia social, comunicación, ética y promoción de la salud forman parte del currículo universitario del farmacéutico, algunos participantes opinaron que sería importante realizar más formación específica sobre SPFA en los Grados o Licenciaturas en Farmacia para reforzar la actitud y aptitudes del profesional farmacéutico a este respecto.

*“Creo que ahí también se tiene que hacer mucho trabajo de base, porque el germen de todo eso está en la facultad. Si a ti, como farmacéutico, desde la facultad te transmiten que puedes hacer todas esas cosas la inmensa mayoría se mete porque tiene una vocación asistencial muy grande.” (P28, cribado y abordaje de la EPOC)*

### Prescripción farmacéutica

Algunos participantes mencionaron, en referencia al servicio de cesación tabáquica, que sería de ayuda que el farmacéutico tuviera mayor autonomía a la hora de indicar medicamentos que ayudan a dejar de fumar sin la necesidad de tener que acudir a la consulta del médico.

*“En el tabaquismo yo creo que el farmacéutico debería tener una autonomía más amplia. Yo sé que siempre están relacionados con, según mi opinión, el médico. Y obviamente el médico es*

*la persona que te tiene que llevar un proceso de una enfermedad. Pero, bajo mi punto de vista, en concreto lo del tabaco, creo que, sería un servicio muy favorable para la sociedad el tenerlo tan accesible, ¿no? Con lo que, pues hasta, permíteme que ellos, pueden estar cualificados para saber qué tipo de medicación me podrían dar, y que me pudiera ir bien sin que tuviera que intervenir el médico.” (P36, cesación tabáquica)*

## Facilitadores

### Optimización de recursos del sistema sanitario

Muchos participantes valoraron positivamente los SPFA analizados como alternativa a las visitas, muchas veces innecesarias (174), al médico. Por un lado, porqué en los SPFA se tiene protocolizados y consensuados los criterios de derivación al médico y por lo tanto esto supondría una optimización de los recursos del sistema sanitario que, según la opinión de los participantes, se encuentran muchas veces saturados. En otras palabras, les podría evitar tiempo de espera para conseguir cita con el médico y las frecuentes colas antes de ser atendidos por éste. En este sentido también opinaron que estos SPFA mejorarían el control sobre su enfermedad o enfermedades y/o su medicación, al poder evitar esos tiempos de espera y los desplazamientos, en la mayoría de los casos mucho mayores que a los de su farmacia más cercana. Por otro lado, algunos participantes mostraron cierta vergüenza o reticencia a la hora de realizar determinadas consultas a su médico, ya fuera por miedo a reprimendas por falta de cumplimiento o por falta de confianza o cercanía a éste. Aspecto que, según lo que opinaron estos participantes, no les ocurre con su farmacéutico de referencia. También en relación con este facilitador, según algunos participantes en general la administración realiza más inversión en la curación de enfermedades que en la prevención de éstas y/o la promoción de la salud. En este sentido, los SPFA se percibieron como parte de la solución a este problema. En cualquier caso, para conseguir optimizar el uso de los recursos del sistema sanitario, los participantes indicaron que sería necesaria eliminar lo que ellos percibieron como jerarquía entre profesionales sanitarios en la cual el médico está en la parte superior de la escala. En su lugar, preferirían una relación más horizontal y colaborativa entre profesionales y donde el paciente estuviera en el centro de ésta.

*“Lo que me gusta es tener la opción de tener contacto con el farmacéutico, esa opción de una respuesta rápida. No digamos un diagnóstico, porque el diagnóstico no me lo va a dar el farmacéutico, me lo puede prever, pero me va a dar una respuesta rápida. Si te vas al Centro de Atención Primaria te puedes tirar una hora. A ver, entras a la farmacia y dices: “hola, cuando me levanto a primera hora de la mañana no veo nada. Es que no veo, veo todo borroso”. Si se lo digo a un amigo mío, me dirá que vaya al médico. Si se lo digo al farmacéutico, me dirá: “mírate la tensión, puede ser que estés alta cuando te levantes”. Ya me está vendiendo el producto: “vamos a hacer un control de una semana, y si en una semana vemos que por las mañanas estás alta, vamos al médico””. (P41, revisión y control del riesgo vascular)*

## PRECIO

### Factores basados en la relación con el profesional

#### Facilitadores

#### Adaptar la forma de pago del SPFA a las necesidades del usuario

Algunos participantes valoraron como un facilitador relevante la adaptación de la forma de pago del SPFA a sus necesidades. En este sentido algunos participantes preferían pagar el servicio a plazos (de forma semanal, mensual, anual, etc.) o por consulta, mientras que otros preferían el pago completo al inicio del servicio para adquirir mayor compromiso, incluso acompañándolo de algún tipo de penalización económica si se faltaba a alguna cita. Algunos de los que preferían el pago por consulta, vieron claro que la primera sesión debía tener un precio superior al resto, según la descripción que se les dio del SPFA en cuestión. Mientras que otros preferían que fuera al revés. Es decir, pagar poco o nada al principio como una especie de prueba del servicio y, una vez ganada la confianza del usuario, cobrar el precio estipulado. El pago de lo que se podría llamar tarifa plana o paquete, con pago mensual o anual, que les diera acceso a varios SPFA, también fue mencionado por varios participantes. Otros prefirieron condicionar el pago a los resultados haciendo alusión a mensajes escuchados en otros ámbitos como el de

“si no queda satisfecho le devolvemos su dinero”. Asimismo, y como se ha mencionado en el apartado *necesidad de garantía*, algunos participantes indicaron que el importe podría variar según las garantías de éxito que se le expusieran. Esto es, a mayores garantías, menores limitaciones en cuanto al precio. Por último, en el caso del servicio de la cesación tabáquica varios participantes coincidieron en la importancia de recalcar al potencial consumidor el ahorro que supone realizar el SPFA respecto al gasto en tabaco, incluso condicionando el precio del servicio a este ahorro.

*“Si tú vas a decir después de este estudio que en 10 años tengo un riesgo de un 80 o 90% de riesgo vascular y me vas a ayudar a que ese riesgo baje a un 30% no tendría pegos de pagar equis dinero.” (PIO, revisión y control del riesgo vascular)*

## Factores relacionados con el usuario (intrapersonales)

### Barreras

#### Habitación a la gratuidad de los servicios sanitarios

A pesar de lo indicado en el apartado anterior, muchos participantes se mostraron reticentes a la hora de tener que pagar por los SPFA. Sobre todo, por estar acostumbrados a recibir servicios sanitarios de forma gratuita por parte del Sistema Nacional de Salud, asociaciones de pacientes o incluso por las propias farmacias comunitarias. A pesar de ello, muchos de estos participantes entendieron que el farmacéutico debía percibir una contraprestación económica por el tiempo y recursos empleados durante el SPFA, pero que ésta debería correr a cargo de la Administración Pública. Otros, en cambio, opinaron que el servicio debía ser gratuito si el tratamiento vinculado a este era de un importe elevado. En otras palabras, bajo su punto de vista, el margen percibido por el farmacéutico en ese tratamiento (por ejemplo, el empleado para dejar de fumar en el servicio de cesación tabáquica, o el dispensado en la misma farmacia que realiza el servicio de RUM) debería ser suficiente para que el SPFA relacionado resultara rentable para el farmacéutico. Por otro lado, algunos participantes opinaron que el ser usuario habitual de la farmacia e incluso formar parte de los programas de fidelización

era una contraprestación suficiente como para poder recibir los SPFA de forma gratuita. Por último, otros opinaron que los SPFA deberían ser gratuitos para determinados colectivos, al igual que ocurre con los medicamentos. Por ejemplo, para jubilados, personas en desempleo o niños.

*“El paciente de EPOC tiende a ir al médico cuando los síntomas ya les hacen la vida imposible. O sea, no vamos porque sabemos que está relacionada la enfermedad con el tabaco. Entonces, me cuesta mucho trabajo creer que un paciente que crea que tiene síntomas de EPOC vaya a la farmacia a hacer un cribado, y encima, vaya a pagar dinero. Porque como decía el compañero, no estamos acostumbrados a gastar dinero en salud. Pero si lo gastamos es en algo que nos aporte. ¿Pero gastar dinero en diagnóstico? Cuando el diagnóstico encima nos da miedo, a mí me cuesta trabajo verlo.” (P32, cribado y abordaje de la EPOC)*

## Facilitadores

### Percepción más positiva del servicio si no es gratuito

En contraposición a lo expresado en el apartado previo, hubo algunos participantes que opinaron justo lo contrario. Es decir, mostraron una percepción más positiva del SPFA en cuestión si este no se ofrecía de forma gratuita. Los argumentos a favor de este concepto fueron varios. Por un lado, algunos participantes opinaron que al pagar aumentaban su compromiso hacia el SPFA, de forma similar a lo que ocurre por ejemplo con los gimnasios en relación con la actividad deportiva: “si pagas, vas”. Otro argumento que dieron fue que los SPFA gratuitos podrían ser utilizados por gente que no los necesitara realmente. Es un argumento similar al de realizar el copago de medicamentos para evitar el “síndrome barra libre” (174). Otros participantes opinaron que, como cualquier otro servicio profesional ya fuera sanitario o no (abogados, ingenieros, arquitectos, medicina privada, etc.), los SPFA debían tener un precio. Dicho de otra manera, entendían que el farmacéutico no podía trabajar de forma gratuita. Por último, algunos participantes opinaron que, en general, lo gratuito se desprecia. Es decir, genera una percepción más negativa sobre el servicio ofrecido. Incluso un

precio bajo podría generar la misma percepción. Por ejemplo, sería como poner un coche de alta gama a precio de utilitario o incluso gratis. Muchos usuarios potenciales no lo adquirirían porque la diferencia entre el valor percibido y su precio les haría dudar de su calidad. En otras palabras, como dice el refrán, sería como “dar gato por liebre”.

*“Depende del tiempo que utiliza el facultativo, nadie trabaja gratis ¿entiendes? Si una persona está contigo, no es lo mismo los tres minutos que yo le pregunto a la farmacéutica que está detrás del mostrador, a ponerme en una mesa y estar conmigo veinte minutos así explicándome cómo lo tengo que tomar. No es el mismo servicio.” (P15, revisión del uso de medicamentos)*

En la Tabla 19 y la Tabla 20 se muestra la opinión de los distintos participantes respecto el precio estimado del SPFA, el límite inferior (precio mínimo que estarían dispuestos a pagar sin que esto alterara de forma sustancial su percepción sobre el servicio) y el límite superior (precio máximo que estarían dispuestos a pagar y a partir del cual el importe les parecería abusivo o que no justificaría el valor percibido del servicio). Se ha agrupado por tipo de precio (estimado, límite inferior y límite superior), por forma de pago, servicio y por opiniones similares.

### Precios altos de servicios percibidos como similares ajenos a la farmacia comunitaria

Muchos de los participantes que conocían los precios de servicios percibidos como similares y ajenos a la farmacia comunitaria, estaban dispuestos a pagar por el SPFA en cuestión. Además, el precio con que valoraban el SPFA era mayor cuanto mayor era el precio del servicio equivalente según su punto de vista. Ejemplos de esto fueron la hipnosis para ayudar a dejar de fumar y la consulta de otros profesionales sanitarios privados como médicos y psicólogos.

*“Yo es que esto no sé por qué me echo a compararlo con la hipnosis, no sé por qué, como conozco gente que le ha funcionado bien. Mira, hay una chica que conozco que me dijo que le funcionó pero que luego decidió que quería volver a*

*fumar, pero estuvo tiempo sin fumar. Te digo, yo en este sitio que he contactado son 200€. Sé que hay algunos sitios que lo están haciendo por 50 ahora mismo, cuando hace muchos años empezó era más caro. Pero por ejemplo a mí no me daría tanta confianza pagar los 50€ que los 200. Por ejemplo, el sitio donde yo contacté es una neuropsicóloga y me da mucha más confianza que otra persona que simplemente ha hecho un curso de hipnosis. Entonces, preferiría pagar los 200€.” (P6, cesación tabáquica)*

*Tabla 19. Valoración de precios de los SPFA Cesación tabáquica y Cribado y abordaje de la EPOC*

| Tipo de precio                      | Forma de pago                    | Importe                                |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Servicio: Cesación tabáquica</b> |                                  |  |
| A) Límite inferior                  | a) Sin pago                      | 0 €                                    |
| A) Límite inferior                  | b) Pago por sesión               | 5 €                                    |
| A) Límite inferior                  | b) Pago por sesión               | 10 €                                   |
| A) Límite inferior                  | b) Pago por sesión               | 50 €                                   |
| A) Límite inferior                  | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 20 € 1ª sesión, siguientes 5 €         |
| A) Límite inferior                  | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 20 € 1ª sesión, siguientes 10 €        |
| A) Límite inferior                  | d) Pago por semana               | La mitad del consumo de tabaco semanal |
| A) Límite inferior                  | g) Pago por tratamiento completo | 20 €                                   |
| B) Precio estimado                  | a) Sin pago                      | 0 €                                    |
| B) Precio estimado                  | b) Pago por sesión               | 10 €                                   |
| B) Precio estimado                  | b) Pago por sesión               | 30 €                                   |
| B) Precio estimado                  | b) Pago por sesión               | 50 €                                   |

| Tipo de precio                                 | Forma de pago                    | Importe   |
|--|----------------------------------|---|
| B) Precio estimado                             | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 50 € 1ª sesión, siguientes según tiempo requerido |
| B) Precio estimado                             | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 50 € 1ª sesión, siguientes 10 €                   |
| B) Precio estimado                             | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 50 € 1ª sesión, siguientes 20 €                   |
| B) Precio estimado                             | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 70 € 1ª sesión, siguientes 50 €                   |
| B) Precio estimado                             | g) Pago por tratamiento completo | 100 €   |
| B) Precio estimado                             | g) Pago por tratamiento completo | 150 €   |
| C) Límite caro                                 | b) Pago por sesión               | 70 €  |
| C) Límite caro                                 | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 50 € 1ª sesión, siguientes 10 €                   |
| C) Límite caro                                 | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 100 € 1ª sesión, siguientes 50 €                  |
| C) Límite caro                                 | e) Pago por mes                  | El doble del consumo de tabaco mensual            |
| C) Límite caro                                 | g) Pago por tratamiento completo | 40 €  |
| C) Límite caro                                 | g) Pago por tratamiento completo | 150 €   |
| C) Límite caro                                 | g) Pago por tratamiento completo | 500 €   |
| <b>Servicio: Cribado y abordaje de la EPOC</b> |                                  |   |
| A) Límite inferior                             | a) Sin pago                      | 0 €   |
| B) Precio estimado                             | a) Sin pago                      | 0 €   |
| C) Límite caro                                 | b) Pago por sesión               | Precio simbólico (1€ aproximadamente)             |

*Tabla 20. Valoración de precios de los SPFA Revisión del uso de medicamentos y Revisión y control del riesgo vascular*

| Tipo de precio                                    | Forma de pago                    | Importe                          |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Servicio: Revisión del uso de medicamentos</b> |                                  |                                  |
| A) Límite inferior                                | a) Sin pago                      | 0 €                              |
| A) Límite inferior                                | b) Pago por sesión               | 10 €                             |
| A) Límite inferior                                | b) Pago por sesión               | 15 €                             |
| A) Límite inferior                                | e) Pago por mes                  | 10 €                             |
| A) Límite inferior                                | f) Pago por año                  | 10 €                             |
| B) Precio estimado                                | a) Sin pago                      | 0 €                              |
| B) Precio estimado                                | a) Sin pago                      | 0 € para determinados colectivos |
| B) Precio estimado                                | b) Pago por sesión               | 10 €                             |
| B) Precio estimado                                | f) Pago por año                  | 13 €                             |
| C) Límite caro                                    | b) Pago por sesión               | 10 €                             |
| C) Límite caro                                    | b) Pago por sesión               | 40 €                             |
| C) Límite caro                                    | c) Pago por sesión (1ª distinta) | 25 € 1ª sesión, siguientes 10 €  |
| C) Límite caro                                    | e) Pago por mes                  | 50 €                             |
| C) Límite caro                                    | f) Pago por año                  | 20 €                             |
| C) Límite caro                                    | g) Pago por tratamiento completo | 50 €                             |
| C) Límite caro                                    | g) Pago por tratamiento completo | 50 €                             |

| Tipo de precio                                | Forma de pago      | Importe |
|---|--------------------|---------|
| <b>Revisión y control del riesgo vascular</b> |                    |         |
| A) Límite inferior                            | a) Sin pago        | 0 €     |
| A) Límite inferior                            | b) Pago por sesión | 10 €    |
| A) Límite inferior                            | e) Pago por mes    | 10 €    |
| A) Límite inferior                            | e) Pago por mes    | 20 €    |
| A) Límite inferior                            | e) Pago por mes    | 5 €     |
| A) Límite inferior                            | e) Pago por mes    | 5 €     |
| A) Límite inferior                            | f) Pago por año    | 30 €    |
| B) Precio estimado                            | a) Sin pago        | 0 €     |
| B) Precio estimado                            | b) Pago por sesión | 10 €    |
| B) Precio estimado                            | b) Pago por sesión | 25 €    |
| B) Precio estimado                            | e) Pago por mes    | 10 €    |
| B) Precio estimado                            | e) Pago por mes    | 30 €    |
| B) Precio estimado                            | f) Pago por año    | 100 €   |
| B) Precio estimado                            | f) Pago por año    | 50 €    |
| C) Límite caro                                | b) Pago por sesión | 100 €   |
| C) Límite caro                                | b) Pago por sesión | 20 €    |
| C) Límite caro                                | b) Pago por sesión | 30 €    |
| C) Límite caro                                | b) Pago por sesión | 50 €    |
| C) Límite caro                                | e) Pago por mes    | 20 €    |
| C) Límite caro                                | e) Pago por mes    | 50 €    |

## PUNTO DE VENTA

### Factores relacionados con la farmacia

#### Barreras

Puntos de venta no extendidos actualmente o de difícil acceso desde la farmacia comunitaria

A muchos participantes les gustó la posibilidad de poder adquirir el SPFA en un centro sanitario, ya fuera este público o privado. Es decir, que el profesional sanitario con el que estuvieran tratando en centro de atención primaria, clínica privada, hospital, etc. pudiera ser capaz de prescribir un SPFA. Incluso a algunos de los participantes también les gustó la idea de poder emplear las instalaciones del centro sanitario para que el farmacéutico ofreciera (a través de charlas, presentaciones, etc.) e incluso realizara los SPFA. Además de en centros sanitarios, a algunos participantes también les gustó tener la opción de adquirir el SPFA en lugares relacionados con el concepto del servicio en cuestión, por ejemplo, revisión y control del riesgo vascular en centros deportivos y cesación tabáquica en un estanco de tabaco. Éste último podría parecer contradictorio, pero según la opinión de algunos participantes, sería algo parecido a las advertencias que aparecen en las cajetillas de tabaco por parte de las autoridades sanitarias. Otro de los lugares mencionados por algunos participantes para la adquisición de SPFA fue las empresas donde trabajan, ya fueran públicas o privadas. Por ejemplo, que un ayuntamiento ofreciera una cartera de SPFA a sus funcionarios o una empresa privada a sus empleados. Por último, a algunos participantes también les gustó la posibilidad de poder adquirir un SPFA directamente a través de Internet, refiriéndose a tiendas on-line que incluyeran un listado de SPFA junto con las farmacias comunitarias que los ofrecen o a la propia tienda on-line de la farmacia en cuestión.

*“Además de en la farmacia, sitios donde poder adquirir el servicio, pues no sé, deben ser sitios relacionados con sanidad, me imagino. Hombre, es contraproducente para los estancos, pero también es un lugar donde poder ofrecerlos. Lo que pasa es que ellos no querrían porque va en contra de sus intereses.”*  
(P37, cesación tabáquica)

## Facilitadores

### Puntos de venta extendidos actualmente en la farmacia comunitaria

A pesar de las opiniones mencionadas en el apartado anterior, la mayoría de los participantes opinó que, como primera opción, les gustaría adquirir un SPFA en la propia farmacia comunitaria.

*“El mejor punto es la propia farmacia. Yo lo veo así porque tú cuando vas a buscar carne dónde vas, a la carnicería. No te vas a la pescadería. Entonces, si tú quieres un tratamiento médico vas a tu médico y cuando quieres un tratamiento farmacéutico vas a la farmacia, es su sitio. Otra cosa es que luego, en privado ya sean otras cosas. Pero, en principio en la farmacia.” (P9, revisión del uso de medicamentos)*

## PROMOCIÓN

### Factores relacionados con la farmacia

#### Barreras

Difusión de los SPFA a través de medios no extendidos actualmente o de difícil realización desde la farmacia comunitaria

En relación con lo mencionado en el apartado anterior, muchos participantes indicaron que les gustaría que, sino adquirirlos, cuanto menos se les referenciara los SPFA desde los centros sanitarios, ya fueran estos públicos o privados. En concreto, muchos participantes coincidieron en señalar al médico de atención primaria como el principal promotor de este tipo de servicios, después del farmacéutico comunitario. Otro punto de difusión que apuntaron diversos participantes fueron los centros sociales. Algunos participantes opinaron que los SPFA se deberían promocionar también a través de campañas sanitarias financiadas por la Administración Pública, más teniendo en cuenta que estos servicios, según la opinión de algunos entrevistados, pueden ayudar a optimizar los recursos del sistema sanitario como se ha mencionado anteriormente. Diversos participantes prefirieron medios de comunicación de masas para la promoción de los SPFA. En

concreto la televisión, la radio y la prensa, tanto especializada como generalista. En el caso de la Cesación Tabáquica, algunos participantes apuntaron también a otros medios de difusión, como los carteles en autobuses y las cajetillas de tabaco.

*“Yo creo que una de las cosas que se me ha quedado siempre es “y consulta con tu farmacéutico” de los anuncios de televisión. No sé si se podría meter ahí algo relacionado con eso, hacer un cambio a eso para que a la gente le suene diferente y como mínimo ya generaría esa sensación de que hay algo diferente que está haciendo los farmacéuticos, vamos a ir a preguntar. No sé, cambiar el eslogan ese de “consulta con tu farmacéutico” de los anuncios, quizá pueda ayudaros a que la gente se plantee, ¡jostras, están haciendo algo diferente!” (P24, revisión y control del riesgo vascular)*

## Facilitadores

### Difusión de los SPFA a través de medios extendidos actualmente en la farmacia comunitaria

Por otro lado, algunos participantes señalaron como facilitadores para la demanda de SPFA a medios de difusión que ya están siendo empleados desde la farmacia comunitaria. Como es el caso de la comunicación desde la propia farmacia comunitaria. En otras palabras, muchos participantes creyeron que la recomendación del farmacéutico y el merchandising tanto interior (lineales, mostrador, recorrido del usuario, etc.) como exterior (fachada, escaparates, cruz luminosa, etc.) eran los mejores métodos para dar a conocer los SPFA. De igual forma, algunos participantes opinaron que Internet es buen vehículo para hacerles llegar los SPFA a los potenciales consumidores, ya fuera a través de redes sociales, el envío masivo de correos electrónicos o mensajes instantáneos como WhatsApp, el sitio Web de la propia farmacia o listados públicos de farmacias que ofrecen SPFA. Así mismo, la recomendación por una persona conocida (el conocido como “boca a boca”) fue apuntado por varios de los participantes como la mejor manera de promocionar los SPFA. También se indicó que las asociaciones de pacientes serían una buena plataforma para dar a conocer este tipo de servicios entre sus asociados. Por su parte, las sociedades científicas y colegios profesionales también

fueron destacados como método de difusión de los SPFA, tanto como impulsor dentro del colectivo farmacéutico como también de apoyo para promocionar estos servicios a los potenciales consumidores. Por último, algunos participantes opinaron que un buen método para dar a conocer los SPFA era “salir a la calle” a través de carpas ubicadas en lugares estratégicos (sitios muy transitados, accesos de los centros sanitarios, etc.) donde los farmacéuticos pudieran explicar y demostrar a la población en qué consisten estos servicios.

*“La publicidad es lo que entra a la gente, que se sepa que existe. Es que se está, como diría yo, descubriendo una faceta nueva que primero ha de entrar a la gente y la gente debe saber que existe de una manera publicitaria, después, si tienes el boca a boca de la gente, que yo he ido y me ha ido muy bien, pues miel sobre hojuelas.” (P43, revisión y control del riesgo vascular)*

En la Tabla 21 se recopilan todos los canales de difusión y puntos de venta detectados durante las entrevistas. Se han clasificado en dos categorías:

- Las no extendidas actualmente en la farmacia comunitaria y que, por lo tanto, se consideran barreras que hay que salvar en este momento
- Las extendidas o más comunes actualmente en la farmacia comunitaria y que, por consiguiente, se consideran facilitadores que hay que potenciar.

*Tabla 21. Canales de difusión y puntos de venta de los SPFA sugeridos por los participantes*

| NO extendidos en la actualidad               | Extendidos en la actualidad     |
|--|---------------------------------|
| Centros sanitarios                           | Farmacia comunitaria            |
| Centros sociales                             | Redes sociales                  |
| Administración pública (campañas sanitarias) | Correo electrónico              |
| Televisión                                   | Whatsapp                        |
| Radio  | Sitio Web                       |
| Prensa                                       | Boca a boca                     |
| Transporte público (autobuses)               | Asociaciones de pacientes       |
| Cajetillas de tabaco                         | Sociedades científicas          |
| Seguros privados                             | Colegios farmacéuticos          |
| Centros deportivos                           | Carpas informativas en la calle |
| Empresas públicas y privadas                 |                                 |
| Estancos                                     |                                 |

Factores influyentes de los SPFA relacionados con la propia farmacia extendidos actualmente

Además de las características propias de cada SPFA, tanto la cercanía como la accesibilidad de la farmacia que los ofrecía fueron señaladas por varios participantes como factores influyentes a la hora de demandar un determinado servicio.

*“Voy a donde al momento me pilla más cerca.” (P35, cesación tabáquica)*

## Factores basados en la relación con el profesional

### Barreras

Factores influyentes de los SPFA basados en la relación con el profesional no extendidos actualmente o de difícil acceso desde la farmacia comunitaria

La posibilidad de poder ser atendido en cualquier momento, como por ejemplo para una emergencia (disponibilidad 24x7), fue uno de los factores que varios de los participantes señalaron que más le influiría tanto en la demanda de SPFA como en la selección de una farmacia u otra. Del mismo modo, la posibilidad de realizar los servicios en forma remota (teleasistencia/teleconsultas) fue destacado como otro importante factor influyente.

*“Dar el servicio online, hacerlo online.” (P2, revisión del uso de medicamentos)*

### Facilitadores

Factores influyentes de los SPFA basados en la relación con el profesional extendidos actualmente en la farmacia comunitaria

Dentro de los factores basados en la relación con el profesional ya explicados anteriormente, los conocimientos actualizados del farmacéutico, adaptar la forma de pago del SPFA a las necesidades del usuario, un tiempo adecuado de atención al paciente y el propio trato con éste fueron los más destacados por varios participantes como influyentes para la demanda de SPFA.

*“A mí lo que más me influye es la confianza con el farmacéutico, que para mí es muy importante. Igual que con el médico o el terapeuta que sea, si te da confianza. Mi madre me decía: “a ti te dice el ginecólogo tírate desde el tercer piso y te tiras”. Yo tenía una confianza ciega en él, es verdad. Decía esto y yo lo hacía, aunque me diera miedo o lo que fuera, de pruebas y tal. Esa confianza para mí es básica. Que la persona me transmita: “estoy preocupado por ti y voy a hacer lo posible por atender-te.” (P17, revisión del uso de medicamentos)*

## Factores relacionados con el usuario (intrapersonales)

### Barreras

Factores influyentes de los SPFA relacionados con el usuario (intrapersonales) no extendidos actualmente o de difícil acceso desde la farmacia comunitaria

El mero hecho de conocer el SPFA en cuestión o de recibir suficiente información acerca de él, fue considerado como un aspecto lo suficientemente influyente como para motivar su demanda, según diversos participantes. De igual forma, la demostración de la eficacia del servicio por alguna de las vías explicadas en el apartado necesidad de garantía también fue apreciado por varios participantes como factor influyente.

*“Si es un proyecto que yo veo que, además, está avalado por una asociación o por unos estudios, que detrás están, pues consolidados, me parecerían atractivos.” (P36, Cesación Tabáquica)*

### Facilitadores

Factores influyentes de los SPFA relacionados con el usuario (intrapersonales) extendidos actualmente en la farmacia comunitaria

Algunos participantes hicieron alusión al hecho de que el SPFA les ayudara a aumentar su compromiso en la consecución del objetivo a nivel de salud como el principal factor influyente. Asimismo, algunos de los participantes señalaron que obtener más información sobre su salud y facilitar la interpretación de ésta, es decir, mejorar su alfabetización en salud, sería otro de los factores influyentes. La capacidad del SPFA de mejorar la calidad de vida del consumidor respecto a sus condiciones de salud (calidad de vida relacionada con salud) fue también citado como un aspecto que influiría de forma importante en el aumento de la demanda. Muchos participantes indicaron que lo que más les influiría de cara a demandar un SPFA y elegir la farmacia donde realizarlo, sería la referencia por una persona conocida (el “boca a boca”). Por último y en referencia al servicio de revisión del uso de medicamentos, algunos participantes destacaron la capacidad del SPFA

para aumentar su autonomía en el uso y control de su tratamiento como el aspecto más influyente.

*“Normalmente, si te cambian la medicación, y hay medicamentos que no conoces, o que no has tomado nunca, te ayudará a solicitar ese servicio.” (PI 2, Revisión del Uso de Medicamentos)*

## Factores externos (interpersonales e influencias externas)

### Facilitadores

Factores influyentes externos (interpersonal e influencias externas) de los SPFA extendidos actualmente en la farmacia comunitaria

Los aspectos mencionados en el apartado optimización de los recursos del sistema sanitario, en especial, reducir las visitas al médico a los casos estrictamente necesarios, fueron destacados por algunos participantes como influyentes en su demanda por SPFA.

*“Estar más controlada, tenerlo cerca, incluso no tener que ir tanto al médico, que para mí eso es importante también.” (PI 1, revisión y control del riesgo vascular)*

## MODELO TEÓRICO SOBRE LAS BARRERAS Y LOS FACTORES FACILITADORES EN LA DEMANDA DE LOS SPFA EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS

El proceso de ventas es el conjunto de actividades y tareas que utiliza una empresa para encontrar, calificar y cerrar clientes potenciales (175). El proceso de venta puede variar según la industria y el tipo de producto o servicio que se vende. Por ejemplo, el proceso de venta de un automóvil es diferente del proceso de venta de un SPFA en una farmacia comunitaria, pero los pasos son similares.

Un proceso de venta típico consta de los siguientes pasos:

1. **Prospección:** El proceso de encontrar y calificar clientes potenciales. Este paso también se conoce como generación de prospectos.
2. **Contacto inicial:** La primera interacción entre el vendedor y el cliente potencial.
3. **Calificación:** El proceso de determinar si el cliente potencial es una buena opción para los productos o servicios de la empresa.
4. **Evaluación de necesidades:** El proceso de descubrir las necesidades y requisitos del cliente potencial.
5. **Presentación de la solución:** El proceso de presentar los productos o servicios de la empresa como una solución a las necesidades del cliente.
6. **Negociación:** El proceso de negociación de un precio y otros términos de la venta.
7. **Cierre:** El proceso de finalizar la venta y obtener la firma del cliente en un contrato.

Dado que lo que se está analizando es lo que afecta en la demanda de los SPFA, en la Figura 5 se asocian las barreras y los factores facilitadores a las etapas donde más pueden influenciar en un proceso de venta de SPFA en una farmacia comunitaria. Si bien algunos de ellos podrían ubicarse en varias etapas de dicho proceso, se ha decidido ubicarlos donde se ha considerado que más pueden influir. De esta manera, en primer lugar, se identifican los factores que van a influenciar más a la hora de generar interés en el público objetivo y captar usuarios potenciales. En

segundo lugar, se determinan los factores que más pueden afectar a la hora de conocer las necesidades e identificar al usuario con verdadero interés. En tercer lugar, se identifican los factores que pueden influenciar de manera más específica a la hora de demostrar como uno o varios SPFA van a cubrir las necesidades del usuario interesado detectadas en la etapa anterior. En cuarto lugar, se establecen los factores que más pueden afectar a la hora de acordar la realización de uno o varios SPFA a un usuario interesado al que ya se le han demostrado las características, ventajas y beneficios de los servicios en cuestión. En esta etapa los aspectos más relevantes giran alrededor del precio, forma de pago y el apoyo de otros colaboradores en la venta. Por último, se ha añadido un último paso, una vez realizado el cierre, donde se identifican los factores que más pueden influenciar en realización del SPFA y seguimiento del paciente. El proceso es circular, ya que una vez alcanzada ésta última etapa, se puede volver de nuevo a la primera, reconociendo nuevos SPFA que puedan ser necesarios para el usuario.

A su vez, dentro de cada etapa del proceso se pueden distinguir los factores que están relacionados con la farmacia, los factores basados en la relación con el profesional farmacéutico, factores relacionados con el usuario potencial (intrapersonales) y factores externos (interpersonales e influencias externas).

Respecto a las 4 P del Marketing Mix sobre el que se basa el guion temático de las entrevistas, en el modelo se muestran los factores que tienen que ver con el producto o servicio (PD), con el precio (PR), el punto de venta (PV) y la promoción (PM). Por último, aparecen subrayados aquellos aspectos que son más influyentes según la opinión de los participantes.

Figura 5. Modelo teórico

## Barreras

| <b>Prospección. Generar interés en el público objetivo (<i>suspect</i>) y captar usuarios potenciales (<i>prospect</i>)</b>  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Factores farmacia:</b><br><u>PM:</u> difusión a través de medios no extendidos actualmente: centros sanitarios, centros sociales, Administración Pública, TV, radio, prensa, autobuses, cajetillas de tabaco.   | <b>Factores interpersonales:</b><br><u>PD:</u> nombre del servicio no entendible.<br><u>PD:</u> <u>desconocimiento del servicio</u>                     | <b>Factores relación con profesional</b><br><u>PD:</u> percepción de baja orientación asistencial |
| <b>Contacto inicial y Calificación del usuario potencial (<i>prospect</i>) para conocer sus necesidades e identificar al usuario con verdadero interés (<i>lead</i>)</b>   |   |   |
| <b>Factores intrapersonales:</b><br><u>PD:</u> no disponibilidad 24x7, percepción positiva de servicios percibidos como similares, preocupación por la confidencialidad de su información sanitaria y realización del servicio no acompañado de un familiar o amigo. | <b>Factores relación con profesional</b><br><u>PD:</u> imposibilidad de elegir a la persona que realiza el servicio                                     |   |
| <b>Evaluación de necesidades y presentación de la solución. Demostrarle al usuario potencial con interés cómo se pueden cubrir sus necesidades y cuál es el diferencial que ofrece la farmacia comunitaria a través del SPFA</b>                                     |   |   |
| <b>Factores intrapersonales:</b><br><u>PD:</u> <u>necesidad de garantías</u> , percepción de intrusismo laboral en el ámbito sanitario y apoyo de otros pacientes  | <b>Factores relación con profesional</b><br><u>PD:</u> falta de disponibilidad de teleasistencia, servicio no multidisciplinar                          |   |
| <b>Negociación y cierre. Negociar las condiciones que se adapten a las necesidades del usuario y las posibilidades de la farmacia</b>  |   |   |
| <b>Factores intrapersonales:</b><br><u>PR:</u> habituación a la gratuidad de los servicios sanitarios  | <b>Factores farmacia:</b><br><u>PV:</u> puntos de venta no extendidos actualmente: centros sanitarios, centros deportivos, estanco de tabaco y empresas |   |
| <b>Realización del SPFA y seguimiento del paciente</b>   |   |   |
| <b>Factores intrapersonales:</b><br><u>PR:</u> falta de integración de la FC en el sistema sanitario, mayor formación sobre SPFA en la carrera de Farmacia, prescripción farmacéutica  |   |   |

## Facilitadores

### Factores farmacia:

PM: difusión a través de medios extendidos actualmente: farmacia, Internet, recomendación de persona conocida (boca a boca), asociaciones de pacientes, sociedades científicas, colegios profesionales y carpas en lugares públicos.

PD: accesibilidad, cercanía y confortabilidad.

### Factores intrapersonales

PD: aumento del compromiso, baja alfabetización en salud, falta de autonomía en el tratamiento, baja calidad de vida relacionada con salud, conocimiento de la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, edad avanzada, elevada intención de uso, reconocimiento de automedicación irresponsable y miedos.

### Factores en relación con el profesional

PD: conocimientos actualizados del farmacéutico

### Factores intrapersonales

PD: percepción del servicio como innovador

### Factores en relación con el profesional

PR: adaptar la forma de pago del SPFA a las necesidades del usuario

### Factores intrapersonales:

PR: percepción más positiva del servicio si no es gratuito; precios altos de servicios percibidos como similares ajenos a la farmacia comunitaria

### Factores farmacia:

PV: puntos de venta extendidos actualmente: farmacia

### Factores en relación con el profesional

PD: tiempo adecuado de atención al paciente y trato con el paciente



# DISCUSIÓN

---



# DISCUSIÓN

## COMPARACIÓN CON LITERATURA PREVIA

Algunos estudios previos analizaron facilitadores y barreras para diseminación e implantación de SPFA considerando opiniones de farmacéuticos y expertos, otros trabajos evaluaron opiniones de pacientes de SPFA y, por último, otros estudios analizaron opiniones de potenciales usuarios, evaluando aspectos de la FC y no exclusivamente sobre SPFA. Consecuentemente, hasta donde se conoce, este es el primer estudio cualitativo cuyo objetivo es entender barreras y facilitadores en la demanda de determinados SPFA por parte de potenciales usuarios, empleando por primera vez el concepto de 4Ps del Marketing Mix. De hecho, la falta de estudios sobre el papel de los ciudadanos como motor determinante en la implantación exitosa de SPFA también es mencionado por publicaciones recientes (63).

Los resultados indican que las barreras y facilitadores de un SPFA son multifactoriales, pudiendo enmarcarse en cuatro áreas interrelacionadas: relacionados con la farmacia, con el farmacéutico, con el usuario (intrapersonales) y con factores externos (interpersonales/influencias externas).

Estudios anteriores identificaron varios aspectos que afectan tanto en la demanda de servicios por parte del usuario potencial como en la satisfacción de usuario que ya ha recibido el servicio (paciente) que también se han detectado en los resultados obtenidos en este proyecto (4,18–28,176). En concreto, como factores relacionados con la farmacia, ya han sido mencionados en estudios previos facilitadores como la accesibilidad y la cercanía de la farmacia comunitaria. Como factores basados en la relación con el farmacéutico, se han identificado en otras

publicaciones facilitadores como el trato con el paciente, el tiempo adecuado de atención y los conocimientos actualizados del farmacéutico y barreras como la percepción de baja orientación asistencial en determinados casos. Con respecto a los factores relacionados con el usuario potencial o paciente, se han citado en otros estudios facilitadores como el aumento del compromiso, la necesidad de mayor alfabetización en salud, la edad avanzada, la reducción de sus miedos relacionados con la enfermedad y/o el tratamiento, el conocimiento de la importancia de la prevención en salud, la necesidad de mayor calidad de vida relacionada con la salud y barreras como la habituación a la gratuidad de los servicios sanitarios, el desconocimiento de muchos de los servicios ofrecidos en la farmacia comunitaria y la preocupación por la confidencialidad de la información sanitaria. Y, por último, como factores externos, artículos previos han mencionado facilitadores como la optimización de los recursos del sistema sanitario y barreras como la falta de integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario y la necesidad de mayor formación sobre SPFA en la carrera de Farmacia.

Este estudio identifica nuevos factores y profundiza más en algunos de los ya analizados en estudios previos. En este sentido y siguiendo las 4Ps del Marketing Mix, respecto a la variable Producto, o Servicio en este caso, los resultados inducen a reflexionar sobre ciertos cambios necesarios en su definición, pasando de poner foco exclusivamente en sus características técnicas a centrarse más en satisfacer las necesidades de los usuarios. Teniendo en cuenta, entre otros aspectos, como conseguir diferenciarlos de forma clara de otros servicios que el usuario potencial percibe como similares tanto fuera de la farmacia (competencia) como dentro de ella (no diferenciación entre servicios), lo cual no sólo es un facilitador en la demanda, sino que también ayuda a reducir la percepción que se tiene, en algunos casos, de cierto intrusismo respecto al papel que desempeñan otros profesionales sanitarios. Y en este sentido no se plantea menospreciar otros servicios percibidos por el usuario como similares ofrecidos fuera de la farmacia comunitaria, sino de destacar las fortalezas de los SPFA frente a esos otros servicios y continuar trabajando estrategias para complementar la labor realizada por otros profesionales sanitarios, como también muestran estudios anteriores (177).

## VARIABLE PRODUCTO

### Modelos colaborativos

Dichas estrategias deberían tener como objetivo final que el usuario percibiera el servicio como un trabajo multidisciplinar, en la que varios profesionales sanitarios estén colaborando alrededor de su problema de salud, evitando al máximo la burocracia y los desplazamientos innecesarios y salvando así una barrera importante en su demanda.

Por este motivo sería oportuno reflexionar sobre la posibilidad de colaborar en la misma farmacia comunitaria con otros profesionales sanitarios no farmacéuticos, ya fuera virtual o presencialmente, o bien definir lugares de trabajo en común fuera de la farmacia comunitaria. Como, por ejemplo, Servicios de AF domiciliaria o en centros sociosanitarios como plantea Foro AF-FC en su sexto comunicado. En ambos casos, el objetivo final sería permitir a distintos profesionales sanitarios trabajar con un mismo paciente en un mismo servicio o servicios y en un mismo lugar, evitando o reduciendo así al máximo los desplazamientos del usuario y los trámites implícitos en una derivación. En este sentido, y según lo extraído de los resultados, compartir información del paciente (historial clínico, farmacológico, resultado de los servicios realizados en otras farmacias, etc.) en herramientas colaborativas es una alternativa válida, como ya actualmente se está empezando a realizar en plataformas como la propia receta electrónica. Pero se busca ir más allá, es decir que el usuario perciba que está empleando una sola entidad para solucionar sus problemas de salud y donde, en una misma o varias visitas, pueda ser atendido de forma conjunta por un farmacéutico, un psicólogo, un nutricionista, una enfermera, un médico, etc. en el contexto del mismo servicio profesional. Algo que ya se está realizando en otros países, como por ejemplo en Estados Unidos con los programas PCMH (178) o Australia donde la comunicación interprofesional, el trabajo en equipo y la toma de decisiones en colaboración se incluye ya en los planes de estudios universitarios (160)

Como ejemplo, sería algo similar a lo que ocurre con las asesorías. El usuario prefiere centralizar el máximo número de gestiones (fiscales, contables y laborales) en el mismo sitio, sin tener que preocuparse por tener que enviar su información a distintos lugares o tener que ponerse en contacto con entidades distintas. Una

de las posibles soluciones, ya mencionadas, podría ser el uso de herramientas telemáticas como las videollamadas, desde la propia farmacia comunitaria, con el resto de los profesionales sanitarios que pudieran intervenir en ese servicio y en presencia del paciente, de forma similar a como se está realizando en la actualidad con las teleconsultas con videollamadas en tiempo real entre médicos de Atención Primaria y Especializada (179) o, como se está realizando ya en otros países, entre el farmacéutico y el propio paciente (180).

Otro ejemplo de colaboración multidisciplinar es también lo que también es citado por los participantes en cuanto a la prescripción farmacéutica como ya pueden realizar, por ejemplo, en Nueva Zelanda aquellos farmacéuticos que hayan realizado el correspondiente curso de capacitación de posgrado sobre prescripción y luego se ha registrado como prescriptor en el Consejo de Farmacia de Nueva Zelanda, en Canadá para los Medicamentos de la Lista I o en países europeos a través de los servicios de dispensación de emergencia de medicamentos con receta sin prescripción (181) y la dispensación urgente de medicamentos con receta sin prescripción (74).

## Nombres de los servicios

Otro claro ejemplo de adaptación a las necesidades del usuario es el propio nombre del servicio, considerado por muchos de los participantes como demasiado técnico y poco entendible. Ya el propio nombre “Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales” resulta tedioso para muchos.

Una cosa es como se identifica el SPFA a nivel técnico dentro del ámbito de los profesionales farmacéuticos y otra es como se traslada a la población para que sea más comprensible y atractivo para el potencial usuario. Si bien cada farmacia puede acuñar al SPFA con el nombre que desee, lo ideal sería unificarlo a nivel nacional para que el ciudadano pudiera solicitarlo de igual manera en cualquier lugar y que las posibles campañas de comunicación fueran más eficientes. Ya que a pesar de la elevada intención de uso extraída de los resultados del estudio y del ya largo recorrido de los SPFA en España, siguen siendo algo poco conocido por la ciudadanía.

## Garantías de éxito

Otra de las necesidades claras del usuario potencial es tener claras las garantías del servicio en cuestión. Datos estadísticos sobre su eficacia, casos de éxito, el aval por parte de sociedades científicas, colegios profesionales y la administración sanitaria son facilitadores obvios, extraídos de los resultados, que deberían formar parte de las especificaciones de cada servicio. Para que esto fuera posible, sería oportuno consensuar una serie de indicadores de eficacia y eficiencia para que todos los farmacéuticos que ofrecen un determinado servicio pudieran medirlos de forma similar y de esta manera poder compartirlos con un mismo estándar. En este sentido las tecnologías de la información juegan un importantísimo papel al igual que la estrecha colaboración entre la administración sanitaria, colegios profesionales y sociedades científicas en la recopilación y difusión de estos datos. Mas teniendo en cuenta que este facilitador influye de forma notable en otro de los elementos del Marketing Mix, el Precio. Ya que se puede extraer de las entrevistas con los participantes de este estudio y de estudios previos (182) que existe una estrecha relación entre la intención de pago y la eficacia demostrable de los SPFA que se ofrecen. En otras palabras, a mayor certeza sobre el éxito del servicio mayor es la valoración económica que el usuario hace sobre el SPFA en cuestión.

En la actualidad ya existen en España diversas plataformas digitales para ayudar en el registro de datos del paciente y la gestión de los SPFA. Algunas de ellas permiten incluso al paciente el acceso a la plataforma a través de sus dispositivos móviles. Entre ellas destacan:

- Nodofarma Asistencial, desarrollada por el CGCOF (183).
- SEFAC e\_XPERT, como su nombre indica, creada por SEFAC (184).
- AxónFarma, puesto en marcha por el Consejo Andaluz de Colegios Farmacéuticos (185).
- ATENFARMA, lanzado por el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOV) (186).
- Farmatic - módulo de Atención Farmacéutica, desarrollado por Consoft (187).

Aunque estas herramientas ofrecen muchos beneficios, un inconveniente importante es la incapacidad de conectarse entre sí. Es decir, se están recopilando datos sobre los SPFA en toda España, sin embargo, están almacenados en plataformas separadas. Estos datos necesitan unirse y validarse para que puedan ser utilizados de una manera eficiente para generar indicadores que puedan apoyar a los SPFA ante el público y la administración pública.

Muchos profesionales y organizaciones farmacéuticas están trabajando arduamente para lograr la plena integración de la farmacia comunitaria con el Sistema Nacional de Salud. Para lo cual ya se han puesto las primeras piedras con la puesta en marcha de la receta electrónica en todas las CC.AA. Incluso, desde hace pocos años los pacientes españoles pueden retirar un medicamento en cualquier parte del país gracias a la interoperabilidad (188). Sin embargo, el propio sector farmacéutico no ha dado señales de querer integrar sus aplicaciones de gestión de SPFA, lo cual resulta incongruente.

### Configuración flexible

Siguiendo con la adaptación a las necesidades del usuario, algunos participantes demandan mayor flexibilidad en la oferta del SPFA en cuestión. En otras palabras, desean poder tener mayor capacidad de decidir la configuración del servicio que van a recibir de forma similar a como un usuario configura sus vacaciones en una agencia de viajes. Por ejemplo, como facilitadores, poder decidir si el servicio lo quiere realizar sólo o en compañía, poder determinar la forma de pago (a plazos, por consulta, por una cuota fija, por adelantado, con penalizaciones, etc.), poder elegir si lo quiere hacer de forma presencial y/o a distancia (teleconsultas) (180), poder seleccionar la persona de la farmacia que les va a realizar el servicio con la que tengan mayor afinidad o confianza, poder solicitar una atención en horario extendido para los casos de emergencia, poder elegir si desea formar parte de un grupo de pacientes que compartan las mismas inquietudes o problemas de salud y poder decidir qué información desea compartir con otros profesionales sanitarios siempre garantizando el cumplimiento de la LOPD.

## VARIABLE PRECIO

Por lo que se refiere a la variable Precio, existen tantas opiniones distintas como prácticamente participantes en el proyecto. Si bien no es objetivo de un estudio cualitativo como este determinar el precio óptimo de cada SPFA, para lo cual se requeriría, entre otras cosas, de un estudio cuantitativo con una muestra de mayor tamaño, lo que se pone de relieve en este trabajo es la variabilidad de opiniones respecto a la valoración económica de los servicios. Por un lado, y como también se menciona en estudios previos (17), muchos de los usuarios están habituados a la gratuidad de los servicios sanitarios mientras que otros perciben el SPFA de manera más positiva si este tiene un coste. En cualquiera de los casos, la mayoría de los participantes entienden que el farmacéutico debe recibir una contraprestación económica por el tiempo y recursos empleados durante el SPFA, bien sea a través del propio paciente o a través del Sistema Nacional de Salud, como ya está realizando en algunas comunidades autónomas de España y en otros países (33).

Por lo tanto, a la vista de los resultados obtenidos, conseguir hacer un SPFA rentable para la farmacia comunitaria, venciendo la barrera del precio del servicio mencionado también en varios estudios anteriores (4,17,182), se podría conseguir no sólo a través de su concertación por parte de la administración pública sino también a través de los cambios planteados en esta discusión, como son demostrar las garantías del servicio, dar mayor flexibilidad en su oferta, poner más foco en satisfacer las necesidades concretas de cada usuario que en las características meramente técnicas del servicio, demostrar una alta orientación asistencial (desde la propia dispensación hasta la distribución del local de la farmacia de una forma más enfocada a servicios y no sólo a productos) y destacar las fortalezas de los SPFA frente a los servicios percibidos como similares ofrecidos fuera de la farmacia comunitaria. Y en este sentido, es importante recalcar la importancia de analizar en detalle que se está ofreciendo fuera de la farmacia comunitaria y a que precios, obviando la gratuidad de aquellos servicios sanitarios ofrecidos sin coste para el paciente por la administración pública. Porque, a modo de ejemplo, a pesar de lo indican estudios anteriores sobre la voluntad de usar los SPFA a un precio muy asequible, como se ha podido ver en este estudio existen usuarios potenciales que pagan alrededor de 200€ por un servicio de hipnosis para ayudarles a dejar de fumar.

## VARIABLE PUNTO DE VENTA

Otro elemento del Marketing Mix, estudiado en este trabajo es el Punto de Venta considerando éste, como se ha mencionado previamente, como una variable que tiene por objetivo el analizar donde se adquiere y se presta el servicio, así como los posibles intermediarios o colaboradores que podrían ayudar a su distribución. En este sentido y a la vista de los resultados obtenidos se pone en relieve la necesidad de una mayor colaboración con otras entidades fuera de la farmacia comunitaria, tanto públicas, como privadas. En primer lugar y como se ha mencionado numerosas veces tanto en este estudio como en anteriores, sería oportuno alcanzar acuerdos con la sanidad pública, ya no sólo a la hora concertar económicamente los SPFA sino también a la hora de que éstos pudieran ser recomendados por los propios profesionales sanitarios públicos, como ya se está realizando en otros países (63) . En segundo lugar, otro gran facilitador sería realizar acuerdos con empresas, tanto públicas como privadas, para ofrecer los SPFA a sus empleados como parte de la cartera beneficios sociales e incentivos que la empresa ofrece a sus trabajadores. De esta manera se alcanzaría una especie de “simbiosis” en la que ambas partes se verían beneficiadas. Por un lado, la farmacia comunitaria aumentaría su demanda de servicios y por otro lado la empresa obtendría una mayor fidelización del capital humano. En último lugar y no por ello menos importante, la venta de SPFA a través de Internet también podría contribuir al incremento en su demanda, tal y como se observa en los resultados. Es común ver tiendas on-line de farmacias comunitarias donde ofrecen sus productos de parafarmacia e incluso medicamentos no sujetos a receta médica, pero es mucho menos común ver una plataforma Web donde se ofrezcan SPFA y donde además de describir el servicio en cuestión, el farmacéutico pudiera exponer las garantías del servicio, tal y como se ha descrito antes, los usuarios pudieran dar su experiencia, valoración del servicio, etc. En la actualidad, existen listados públicos de farmacéuticos capacitados en un determinado servicio (como ocurre por ejemplo en el sitio Web de SEFAC) o de las farmacias comunitarias certificadas en un SPFA concreto (como ocurre en varios sitios Web de Colegios Oficiales de Farmacéuticos). Pero lo que se propone a la luz de resultados obtenidos es ir más allá, no quedarse únicamente en citar a las farmacias que lo ofrecen sino también poder ofertar directamente un SPFA a través de la Web. Siguiendo con la variable de Punto de Venta, en cuanto al donde se ofrece el servicio, obviamente el lugar preferido por los participantes es la propia farmacia comunitaria. Pero a su vez, como se ha comentado anteriormente,

también al usuario potencial le gustaría que además del farmacéutico, participaran otros profesionales sanitarios en el mismo servicio, tal y como están haciendo, por ejemplo, diversas asociaciones de pacientes.

## VARIABLE PROMOCIÓN

Por otro lado, la P de Promoción es la variable del Marketing Mix que analiza como comunicar la oferta de productos o servicios ofrecidos a los usuarios potenciales de manera que estos se interesen por ellos. Existen numerosas herramientas que se pueden englobar en el proceso de venta, la publicidad, las relaciones públicas, el marketing directo y la promoción de ventas.

En primer lugar y a la luz de los resultados alcanzados, es necesario potenciar más la comunicación desde la propia farmacia comunitaria. Por un lado, para evitar que se perciba a simple vista como una “tienda” de parafarmacia y, por consiguiente, con una baja orientación asistencial, serían necesarios cambios en la distribución del local como se ha mencionado previamente. En concreto, dedicar más espacio a exponer claramente las zonas de atención personalizada donde se ofrecen los servicios. Por otro lado, y siguiendo las herramientas citadas para la comunicación eficiente, sería oportuno poner más foco en los protocolos de recomendación de los SPFA durante la dispensación ya desarrollados en muchos programas de capacitación, teniendo en cuenta que los factores intrapersonales más influyentes de los usuarios potenciales, según la opinión de los participantes son el aumentar el compromiso con sus objetivos relacionados con su salud, ampliar su alfabetización en salud, desarrollar una mayor autonomía en el tratamiento y mejorar calidad de vida relacionada con salud. Respecto a la publicidad expuesta en la propia farmacia sería también oportuno dedicar más espacio a la comunicación de servicios (carteles, folletos, tótems publicitarios, etc.). Esto no implica necesariamente que se deje de lado la comunicación del producto, ya que no hay que olvidar que hasta el momento es la principal fuente de ingresos del farmacéutico, pero si un cambio de planteamiento. En lugar de poner el foco en las características del producto (gestión por categorías) (189), poner el foco en las necesidades del usuario potencial (gestión por necesidades terapéuticas) (190) creando así espacio o áreas de salud especializadas en una necesidad concreta como puede ser, por ejemplo, el riesgo vascular. Respecto al marketing directo, los participantes del estudio se

han mostrado receptivos al uso de tecnologías de información para recibir comunicaciones por parte de la farmacia comunitaria. En este sentido, sería pertinente aprovechar herramientas como el correo electrónico, la mensajería instantánea y las redes sociales para comunicarse directamente con el público objetivo. Este último elemento también contribuiría al “boca a boca”, método de comunicación también muy mencionado por los participantes del proyecto, que por otro lado, también se podría potenciar mediante charlas en las que participaran usuarios clave de un SPFA o incluso crear grupos virtuales, por ejemplo, en plataformas de mensajería instantánea donde estos pacientes pudieran comunicar su experiencia a otros usuarios potenciales. En definitiva, se trataría de crear espacios donde estas personas que generan influencia pudieran comunicarse con el público objetivo. Con referencia a las relaciones públicas, los resultados conducen a pensar en que sigue siendo necesario trabajar las relaciones entre la farmacia comunitaria y otros organismos, sobre todo la administración pública, en la que se obtengan acuerdos de mutuo beneficio, pero también las relaciones con centros sanitarios privados, centros sociales y asociaciones de pacientes que colaboren en la comunicación de los SPFA a la población. En tal sentido, tanto las sociedades científicas como los colegios profesionales pueden jugar un importante papel tanto en las citadas relaciones públicas como en la propia difusión de los SPFA a la ciudadanía, empleando medios también mencionados por los participantes y de difícil acceso por parte de la farmacia comunitaria de forma individual, como son la televisión, la radio y la prensa, tanto especializada como generalista (medios de comunicación de masas) y las carpas informativas en la calle. En concreto, este último tipo de comunicación, ya empleado por sociedades científicas (como SEFAC), colegios profesionales farmacéuticos e incluso universidades, consiste en la creación de espacios en lugares públicos donde poder promocionar y presentar los SPFA a los ciudadanos, el colectivo farmacéutico, administración y otros colectivos sanitarios. En estos espacios se realizan versiones reducidas de los SPFA en cuestión, adaptados al ámbito de una estructura itinerante, desmontable y de tipo carpa.

## LIMITACIONES

Los resultados de este estudio deben ser considerados con las siguientes limitaciones.

Los porteros iniciales fueron varias asociaciones de pacientes que desde el primer momento tuvieron muy buena predisposición para colaborar en el estudio. Pero casi todas ellas reconocieron, al poco tiempo, la dificultad para reclutar participantes. Es por eso por lo que se optó por incluir a farmacéuticos comunitarios y enfermeras de diversos centros sanitarios de la provincia de Alicante como porteros.

También se utilizó el método de bola de nieve, es decir, algunos participantes ayudaron a identificar a otros participantes que cumplieran los criterios de inclusión. A pesar de todo esto, resultó muy complicado conseguir y reunir a participantes suficientes para poder realizar diversos grupos focales como se pretendía inicialmente. Por esta razón se optó por realizar también entrevistas individuales semiestructuradas y un grupo de discusión aprovechando un evento organizado por SEFAC en el que participaron representantes de las principales asociaciones de pacientes de España.

En los grupos focales y de discusión existe el sesgo de que la participación y opinión de todos o parte del grupo de participantes sea vea influenciada por otros participantes. Pero, por otro lado, el grupo también puede ser positivo en la medida en que algunos participantes pueden despertar nuevas opiniones en el resto que en otras circunstancias no hubieran caído en la cuenta. Algo que, por el contrario, no ocurre en las entrevistas individuales.

Los investigadores son todos farmacéuticos, pudiendo existir sesgos en el análisis y discusión de resultados.

## FORTALEZAS

Hasta lo que se conoce, este es el primer estudio cualitativo cuyo objetivo ha sido conocer y entender las barreras y facilitadores en la demanda de servicios profesionales farmacéuticos por parte de potenciales usuarios. Por lo tanto, que sepamos, es el primer estudio que tiene en cuenta el papel de los ciudadanos como motor determinante para la correcta y extensa implantación de los SPFA.

Se han seguido los procedimientos adecuados para asegurar el rigor y la calidad de esta investigación cualitativa. En concreto se ha realizado lo siguiente:

- Parar mejorar la credibilidad del estudio, durante la primera etapa del estudio, se revisó que existiera una relación lógica entre el problema (un bajo porcentaje de farmacias comunitarias que ofrecen SPFA, a excepción de la dispensación, indicación farmacéutica, medida de parámetros clínicos, la educación/información sanitaria y la formulación magistral) y el tipo de investigación propuesto, entre el objetivo y el método y, por último, entre el problema y objetivos con la teoría existente hasta el momento.
- Con el objetivo de conseguir credibilidad y transferabilidad se definió y eligió a las personas que tenían las características más relevantes respecto al fenómeno social estudiado.
- También para aumentar la credibilidad, la conformabilidad y la dependencia, se ha explicado detalladamente los contextos y todos los pasos que se han seguido en la recogida de datos. Para ello ha resultado muy útil, además de la información recogida durante la entrevista, el utilizar también un diario de campo, donde se ha recogido información más allá de la propia entrevista (con quien se trabajó, que técnicas se utilizaron, donde, cuando, problemas que hubo, etc.).
- La fase de análisis ha sido sistemática y en ella han participado más de un analista con buen conocimiento en el contexto (triangulación de investigadores). Con esto también se ha logrado mejorar la credibilidad, la conformabilidad y la dependencia.
- Se ha explicado con detalle el marco teórico, el diseño del estudio, la muestra, la estrategia de recogida de datos, las técnicas de análisis, resultados, el contexto y el posicionamiento del investigador, así como los cambios que se han realizado sobre la propuesta inicial y los motivos. Todo esto ha mejorado la credibilidad, la conformabilidad y la dependencia del estudio.
- Se han contrastado los datos y su interpretación, además de en forma reflexiva, por el propio equipo investigador, también con los

propios informantes (en inglés, *member-check*). En concreto se ha realizado contrastando los resultados con los informantes justo al acabar la entrevista. Todo esto ha ayudado a aumentar la credibilidad y confirmabilidad del estudio.

- Se ha realizado triangulación de técnicas de obtención de información (grupos focales, grupos de discusión, entrevistas individuales y análisis documental) lo cual ha ayudado a obtener datos diferentes y una interpretación más detallada de la realidad que se ha estudiado.

El estudio es relevante ya que se ha conseguido obtener más conocimiento sobre el problema del bajo porcentaje de farmacias comunitarias españolas que ofrecen SPFA, a excepción de los servicios ya arraigados en la profesión desde hace tiempo, ya mencionados.

Se ha incluido un modelo teórico sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los SPFA en las farmacias comunitarias, basado en un proceso de ventas, que aporta conocimiento añadido para ayudar a los farmacéuticos a saber en qué momento concreto de dicho proceso potenciar los facilitadores hallados y disminuir las barreras detectadas en el estudio.

## FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En el futuro, se debería estudiar cómo influye la disminución de la barreras y potenciación de los facilitadores descubiertos en este estudio en la demanda real de los SPFA en las farmacias comunitarias españolas, usando el marco teórico desarrollado en esta tesis.

Sería también interesante ampliar la evaluación de las barreras y facilitadores de SPFA en las farmacias comunitarias españolas añadiendo otros servicios tales como los sistemas personalizados de dosificación, la adherencia terapéutica, la conciliación de la medicación o el asesoramiento nutricional entre otros.



# CONCLUSIONES

---



# CONCLUSIONES

- Los SPFA, a excepción de los ya arraigados en la profesión desde hace tiempo (dispensación, indicación farmacéutica, medida de parámetros clínicos, la educación/información sanitaria y la formulación magistral), son desconocidos por los ciudadanos, lo que supone la principal barrera en su demanda.
- Una vez conocidos, los nombres de los SPFA resultan poco entendibles. Por eso es importante que sean descriptivos y que se tomen en consideración algunas convenciones para su uso. Esto ayuda a que los posibles usuarios sepan cómo acceder a los distintos servicios de forma rápida y sencilla.
- Los SPFA no son lo suficientemente flexibles ya que no se ajustan a las necesidades cambiantes de los usuarios. Deberían ofrecer a éste la posibilidad de elegir dónde llevar a cabo el servicio (in situ, de forma remota o mixta), quién lo proporciona (dentro de la propia FC y fuera de ella, es decir, como un servicio multidisciplinar), poder interactuar con otros usuarios, la forma de pago y la posibilidad de mayor disponibilidad horaria por parte del farmacéutico para atender al usuario.
- La falta de integración de la farmacia comunitaria con en el sistema sanitario es una notable barrera para el acceso a los SPFA.
- Los SPFA tienen insuficientes evidencias de éxito para garantizar la satisfacción de los usuarios. Por lo tanto, es importante tener un proceso de medición y evaluación unificado a nivel nacional para comprobar si los servicios realmente están cumpliendo con las expectativas de los consumidores. Para ello es necesaria la integración de las diversas plataformas digitales, ya existentes en España, que ayudan en el registro de datos del paciente y la gestión de los SPFA.

- Es necesario crear nuevos métodos de difusión y ampliar los lugares que recomienden los SPFA, así como potenciar los ya existentes.
- Algunos servicios realizados fuera de la farmacia comunitaria son percibidos por el ciudadano como semejantes a los SPFA y su satisfacción con ellos es considerable. Se debería trabajar en transmitir la diferencia y/o la forma en que los SPFA complementan a estos otros servicios.
- La habituación a la gratuidad de los servicios sanitarios está muy extendida dado el actual modelo de financiación pública del sistema sanitario. Por lo tanto, su pago de forma íntegra por parte del usuario resulta una barrera hacia la demanda de los SPFA. Sin embargo, se reconoce que el farmacéutico debe ser retribuido por su trabajo.
- Los conocimientos actualizados del farmacéutico y la actitud proactiva hacia su labor clínica y asistencial son considerados por el ciudadano como un facilitador para la demanda de SPFA.
- Para favorecer el uso de los SPFA, los ciudadanos valoran la atención que el farmacéutico les proporciona, tanto a nivel de trato como en los tiempos de dedicación.
- La accesibilidad, cercanía y confortabilidad de la farmacia comunitaria son características significativas para impulsar la demanda de SPFA.
- Los ciudadanos con mayor necesidad por mejorar su estado de salud, bien sea debido a su edad avanzada, temor a los tratamientos, falta de autonomía o baja alfabetización en salud, son más proclives a ser usuarios de SPFA.
- Se valora de forma muy positiva que el farmacéutico haya recibido capacitación y certificación para llevar a cabo un SPFA por un organismo sanitario de buena reputación.





# BIBLIOGRAFÍA

---



# BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Rodríguez A, Ramírez-Pompa L, Lahera-Rosales M. La atención farmacéutica: componente de calidad necesario para los servicios de salud. *Multimed*. 2017;16(2).
2. Martínez Martínez F. Consigue. Informe sobre 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.
3. Walsh CA, Cahir C, Tecklenborg S, Byrne C, Culbertson MA, Bennett KE. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(11):2464-78.
4. Baixauli-Fernández V, Rodríguez M, Calle J, Vaillo M, Barral P. Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad: conclusiones del proyecto REFCOM, La realidad de la farmacia comunitaria en España, Propuestas para la mejora de la relación farmacéutico-paciente. Madrid: IM&C; 2015.
5. Garzón González G, Montero Morales L, de Miguel García S, Jiménez Domínguez C, Domínguez Pérez N, Mediavilla Herrera I. Análisis descriptivo de los errores de medicación notificados en atención primaria: aprendiendo de nuestros errores. *Aten Prim*. 2020;52(4):233-9.
6. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open*. 2018;8(5):e019101.
7. Gil-Girbau M, Aznar-Lou I, Peñarrubia-María MT, Moreno-Peral P, Fernández A, Bellón JÁ, et al. Reasons for medication non-initiation: A qualitative exploration of the patients' perspective. *Res Soc Adm Pharm*. 2020;16(5):663-72.
8. Isabel Baena Parejo M, José Faus Dáder M, Marín Iglesias R, Zarzuelo Zuri-

- ta A, Jiménez Martín J, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin.* 2005;124(7):250-5.
9. Mil JWF, Schulz M, Tromp ThFJD. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci.* 2004;26(6):303-11.
  10. McCarthy EJ, Perreault VD. *Basic marketing: a managerial approach.* 10th ed. Homewood, IL: Irwin; 1990.
  11. Mirzaei A, Carter SR, Schneider CR. Marketing activity in the community pharmacy sector - A scoping review. *Res Social Adm Pharm.* 2018;14(2):127-37.
  12. Aguilar Santamaría J. Cuatro propuestas para el futuro de la salud y del estado del bienestar para el futuro de la salud y del estado del bienestar, Comisión para la Reconstrucción Social y Económica Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública Congreso de los Diputados. Madrid: Consejo General de Colegios Farmacéuticos; 2020.
  13. Sexto comunicado Foro AF-FC. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/6%C2%BA%20comunicado%20FORO%20AF%20FC\\_Servicios\\_Profesionales\\_Farmac%C3%A9uticos\\_Asistenciales.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/6%C2%BA%20comunicado%20FORO%20AF%20FC_Servicios_Profesionales_Farmac%C3%A9uticos_Asistenciales.pdf)
  14. Worthen DB, editor. *The Millis Study Commission on Pharmacy: a road map to a profession's future.* New York: Pharmaceutical Products Press; 2006. 264 p.
  15. Reebye RN, Avery AJ, Bissell P, van Weel C. The issue of territoriality between pharmacists and physicians in primary care. *Int J Pharm Pract.* 2011;10(2):69-75.
  16. Mil JWF, Schulz M, Tromp ThFJD. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci PWS.* 2004;26(6):303-11.
  17. García Sevillano L, Mediero Hernández P. 20. Servicios profesionales en la farmacia comunitaria: ¿qué opina el paciente? *Farm Comunitarios.* 2014;6(4):14-20.

18. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SJ, Castrillon C, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007;39(9):465-70.
19. Kamei M, Teshima K, Fukushima N, Nakamura T. Investigation of Patients' Demand for Community Pharmacies: Relationship between Pharmacy Services and Patient Satisfaction. *Yakugaku Zasshi*. 2001;121(3):215-20.
20. Volume CI, Farris KB, Kassam R, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical Care Research and Education Project: Patient Outcomes. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(3):411-20.
21. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Pract-Granada*. 2005;3(4):205-12.
22. Erah PO, Chuks-Eboka NA. Patient's Perception of the Benefits of Pharmaceutical Care Services in the Management of Hypertension in a Tertiary Health Care Facility in Benin City. *Trop J Pharm Res*. 2008;7(1):897-905.
23. Kassam R, Collins JB, Berkowitz J. Comparison of Patients' Expectations and Experiences at Traditional Pharmacies and Pharmacies Offering Enhanced Advanced Pharmacy Practice Experiences. *Am J Pharm Educ*. 2010;74(5):90.
24. Amir M. Assessing the acceptability of community pharmacy based pharmaceutical care services in Karachi. *Innov Pharm*. 2011;2(4).
25. Al-Arifi MN. Patients' perception, views and satisfaction with pharmacists' role as health care provider in community pharmacy setting at Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Pharm J*. 2012;20(4):323-30.
26. Catic T, Jusufovic F, Tabakovic V. Patients Perception of Community Pharmacist in Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed*. 2013;25(3):206.
27. Rayes IK, Hassali MA, Abdulkarem AR. A qualitative study exploring public perceptions on the role of community pharmacists in Dubai. *Pharm Pract-Granada*. 2014;12(1):363.
28. Bojke C, Philips Z, Sculpher M, Campion P, Chrystyn H, Coulton S, et al. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract*. 2010;60(570):e20-7.
29. Oliveira DR, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Braz J Pharm Sci*. 2008;44(4):763-72.

30. Doucette WR, McDonough RP. Beyond the 4Ps: Using Relationship Marketing to Build Value and Demand for Pharmacy Services. *J Am Pharm Assoc.* 2002;42(2):183-94.
31. Constitución Española. BOE núm. 311, de 29 de 1978.
32. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29/04/1986.
33. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de julio de 2022. Estadística de Migraciones (EM). Primer semestre de 2022. [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/cp\\_j2022\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/cp_j2022_p.pdf)
34. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional Anual de España: principales agregados. Años 2019-2021 [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/cna\\_pa\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/cna_pa_2021.pdf)
35. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Spain. *Pharm Pract (Granada).* 2020;18(2):1999.
36. Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidad-Datos/home.htm>
37. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003.
38. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24/04/2012.
39. Resolución de 14 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 2015, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Licenciado en Farmacia. BOE núm. 236, de 2 de octubre de 2015, páginas 89595 a 89598 (4 págs.).
40. Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. BOE núm. 109, de 07/05/2022.

41. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante. Funciones del colegio ante sus colegiados [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cofalicante.com/>
42. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Información institucional y organizativa [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/el-consejo-general/portal-transparencia/informacion-institucional-y-organizativa/funciones/>
43. Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Sobre FEFE [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://fefe.com/sobre-fefe/>
44. CCOO. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://sanidad.ccoo.es/Negociacion\\_Colectiva/Farmacia](https://sanidad.ccoo.es/Negociacion_Colectiva/Farmacia)
45. UGT. UGT Sanidad [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ugt.es/sanidad>
46. Resolución de 15 de diciembre de 2022, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el XXV Convenio colectivo estatal de oficinas de farmacia. BOE núm. 311, de 28 de diciembre de 2022, páginas 188007 a 188033 (27 págs.).
47. SEFAC. SEFAC: misión, visión y valores [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sefac.org/mision-vision-y-valores>
48. Diariofarma. Nacen dos nuevas sociedades científicas farmacéuticas [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://diariofarma.com/2022/10/10/nacen-dos-nuevas-sociedades-cientificas-farmaceuticas>
49. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2021 [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2022/06/Estadisticas-de-Colegiados-y-Farmacias-2021-portal-1.pdf>
50. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE núm. 100, de 26 de abril de 1997, páginas 13450 a 13452 (3 págs.).

51. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, de 27/07/2006.
52. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2011, páginas 6306 a 6329 (24 págs.).
53. Dirección general de farmacia y productos sanitarios, Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*. 2001;(42):221-41.
54. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso [Internet]. 2008 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sefac.org/pdf/consensoforoafcompleto.pdf>
55. CGCOF. Farmacia Asistencial. Foro AF-FC [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/>
56. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la farmacia comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
57. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Competencias profesionales para la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021.
58. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). FoCo en RED [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foco-en-red/>
59. DECRETO 188/2018, de 19 de octubre, del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación. *Diario oficial de la Generalidad Valenciana*, nº 8414, (31-10-2018).
60. Arrillaga A, Zulaika D. Situación actual de los test rápidos de VIH en nuestro país. *Revista multidisciplinar del SIDA*. 2015;3(5):57-66.

61. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Garay A, Echeveste FA. Intervención desde la farmacia comunitaria a pacientes atendidos en los servicios de ayuda domiciliaria municipal. *Farm Comunitarios*. 2010;2(1):15-20.
62. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Bases del acuerdo entre la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y los colegios oficiales de farmacéuticos de Alicante, Castellón y Valencia en representación de los farmacéuticos y las farmacéuticas titulares de las oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana para el registro de los casos positivos a SARS-COV-2, detectados mediante una prueba de autodiagnóstico de antígeno [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.micof.es/bd/archivos/archivo20824.pdf>
63. Alvarez-Risco A, Alves da Costa F, van Mil JWF, editores. *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care*. 1st ed. 2019. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Springer; 2019. 1 p.
64. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2010. Proporcionar servicios de farmacia de calidad a las comunidades en tiempos de cambio. 2010.
65. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2013. Farmacia Comunitaria, el recurso de atención sanitaria accesible. 2013.
66. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2014. Promoviendo la eficiencia, mejorando vidas. 2014.
67. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2015. La farmacia contigo toda la vida. 2015.
68. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2016. La farmacia comunitaria, un centro de salud pública. 2016.
69. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2020. El papel del farmacéutico en la lucha frente al COVID-19. 2020.
70. Asociación Farmacéutica Europea (PGEU). Informe Anual 2021. El papel ejemplar de los farmacéuticos comunitarios como proveedores de atención primaria en la pandemia de COVID-19. 2021.
71. Pharmaceutical Group of European Union. *Pharmacy 2030: A Vision for Community Pharmacy in Europe* [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre

- de 2022]. Disponible en: [https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/Pharmacy-2030\\_-\\_A-Vision-for-Community-Pharmacy-in-Europe.pdf](https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/Pharmacy-2030_-_A-Vision-for-Community-Pharmacy-in-Europe.pdf)
72. Pharmaceutical Group of European Union. Overview of Community Pharmacy Services in Europe [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Item-2b-Overview-Community-Pharmacy-Services-Svarcaite%20.pdf>
  73. Committee of Ministers of Council of Europe. Resolution CM/Res(2020)3 on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/EDQM-Resolution-on-Pharmaceutical-Care.pdf>
  74. Institut for Evidence Based Health. Pharmacy services in europe: evaluating trends and value report [Internet]. 2020 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/IS-BE-Report\\_Pharmacy-Services-in-Europe\\_Evaluating-Trends-and-Value\\_-\\_FINAL\\_20201209.pdf](https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/IS-BE-Report_Pharmacy-Services-in-Europe_Evaluating-Trends-and-Value_-_FINAL_20201209.pdf)
  75. IQVIA. U.S. National Pharmacy Market Summary [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.onekeydata.com/downloads/reports/IQVIA\\_Report\\_US\\_Pharmacy\\_Market\\_Report\\_2019.pdf](https://www.onekeydata.com/downloads/reports/IQVIA_Report_US_Pharmacy_Market_Report_2019.pdf)
  76. National Community Pharmacists Association. 2021 NCPA Digest [Internet]. 2021 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://ncpa.org/sites/default/files/2021-10/2021-Digest.pdf>
  77. Avalere Health LLC. Exploring Pharmacists' Role in a Changing Healthcare Environment [Internet]. 2014 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nacds.org/pdfs/comm/2014/pharmacist-role.pdf>
  78. Bluml BM. Definition of Medication Therapy Management: Development of Professionwide Consensus. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2005;45(5):566-72.
  79. Choe HM, Farris KB, Stevenson JG, Townsend K, Diez HL, Remington TL, et al. Patient-centered medical home: Developing, expanding, and sustaining a role for pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm*. 2012;69(12):1063-71.
  80. Boersma P, Black LI, Ward BW. Prevalence of Multiple Chronic Conditions Among US Adults, 2018. *Prev Chronic Dis*. 2020;17:200130.

81. American Pharmacists Association, American Society of Health-System Pharmacists, Steeb D, Webster L. Improving care transitions: optimizing medication reconciliation. *J Am Pharm Assoc.* 2012;52(4):e43-52.
82. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165(4):424-9.
83. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61(16):1689-95.
84. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med.* 2008;23(9):1414-22.
85. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ.* 2005;173(5):510-5.
86. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SMH, Huh JH, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother.* 2008;42(10):1373-9.
87. Patient-Centered Outcomes Research Institute. National priorities for research and research agenda [Internet]. 2012 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.pcori.org/assets/PCORI-National-Priorities-and-Research-Agenda-2012-05-21-FINAL1.pdf>
88. RTI International. Accountable Care Organization 2013 Program Analysis [Internet]. 2012 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.ishnonline.com/files/qm1\\_2013\\_ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf](https://www.ishnonline.com/files/qm1_2013_ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf)
89. Ayorinde AA, Porteous T, Sharma P. Screening for major diseases in community pharmacies: a systematic review. *Int J Pharm Pract.* 2013;21(6):349-61.
90. Higginbotham S, Stewart A, Pfalzgraf A. Impact of a pharmacist immunizer on adult immunization rates. *J Am Pharm Assoc.* 2012;52(3):367-71.
91. Wertz D, Hou L, DeVries A, Dupclay L, McGowan F, Malinowski B, et al. Clinical and economic outcomes of the Cincinnati Pharmacy Coaching Program for diabetes and hypertension. *Manag Care.* 2012;21(3):44-54.

92. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA). National Statistics 2022 [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.napra.ca/wp-content/uploads/2022/11/NAPRA-National-Statistics-2022-EN-Final.pdf>
93. Gobierno de Canadá. Prescription drug insurance coverage [Internet]. 2020 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/pharmaceuticals/access-insurance-coverage-prescription-medicines.html>
94. Kelly DV, Young S, Phillips L, Clark D. Patient attitudes regarding the role of the pharmacist and interest in expanded pharmacist services. *Can Pharm J*. 2014;147(4):239-47.
95. Canadian Pharmacist Association. Pharmacist's Scope of Practice in Canada [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/function/utilities/pdf-server.cfm?thefile=/cpha-on-the-issues/Scope\\_of\\_PracticeNov\\_22.pdf](https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/function/utilities/pdf-server.cfm?thefile=/cpha-on-the-issues/Scope_of_PracticeNov_22.pdf)
96. Government of Canada. Controlled Drugs and Substances Act, Justice Laws Website [Internet]. 1996 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-38.8/page-9.html>
97. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2012;14(1):51-65.
98. Canadian Society of Hospital Pharmacists. Prescribing by Pharmacists: Statement (2009) [Internet]. 2009 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.cshp.ca/docs/pdfs/30-Prescribing%20by%20Pharmacists\\_Statement%20\(2009\).pdf](https://www.cshp.ca/docs/pdfs/30-Prescribing%20by%20Pharmacists_Statement%20(2009).pdf)
99. Ontario Ministry of Health. MedsCheck [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck\\_original.aspx](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck_original.aspx)
100. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1986;1(1):13-27.
101. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2009;49(5):e132-146; quiz e147-149.

102. Internet World Stats. Latin American Internet User Statistics [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.internetworldstats.com/stats10.htm>
103. PAHO. Guidelines for the development of pharmaceutical services in primary health care [Internet]. 2011 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PAHO-Guide-to-Pharmaceutical-Services-in-PHC.pdf>
104. Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci*. 2008;30(3):211-5.
105. de Castro MS, Correr CJ. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. *Ann Pharmacother*. 2007;41(9):1486-93.
106. Salazar A, Carrascal B, Benjumea D, Amariles P. Farmacia clínica, atención farmacéutica: conceptos, filosofía, práctica profesional y su aplicación en el contexto colombiano. *Vitae*. 2012;19:109-29.
107. Reyes Hernández I, Bermúdez Camps I, Castro Pastrana L, Brice M, Morán J. Caracterización de la práctica de la atención farmacéutica en instituciones hospitalarias de Santiago de Cuba. *Rev Cubana de Farmacia*. 2013;47(2):225-38.
108. Alvarez-Risco A, van Mil JWF. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Peru. *Ann Pharmacother*. 2007;41(12):2032-7.
109. Vázquez et al. Experiencia Uruguay en Atención Farmacéutica activa en la comunidad. *Rev Cubana de Farmacia*. 2014;48(1):63-72.
110. Salazar-Ospina A, Amariles P, Benjumea DM, Gutierrez F, Faus MJ, Rodriguez LF. Effectiveness of the Dader Method for pharmaceutical care in patients with bipolar I disorder: EMDADER-TAB: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:174.
111. Villanueva M, Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcентаles S, Sanchez-Parra G. Impacto de la Atención Farmacéutica en la adherencia de los pacientes con VIH en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Pharm Care Esp*. 2017;19:3-15.
112. Alvarez-Risco A, Quiroz-Delgado D, Del-Aguila-Arcентаles S. Pharmaceutical

- Care in Hypertension Patients in a Peruvian Hospital. *Indian J Publ Health Res Dev.* 2016;7(3):183.
113. Melo AC, Galato D, Maniero HK, Frade JCQP, Palhano TJ, da Silva WB, et al. Pharmacy in Brazil: Progress and Challenges on the Road to Expanding Clinical Practice. *Can J Hosp Pharm.* 2017;70(5):381-90.
114. Fang Y, Yang S, Feng B, Ni Y, Zhang K. Pharmacists' perception of pharmaceutical care in community pharmacy: a questionnaire survey in Northwest China. *Health Soc Care Community.* 2011;19(2):189-97.
115. Jiang SP, Zheng X, Li X, Lu XY. Effectiveness of pharmaceutical care in an intensive care unit from China. A pre- and post-intervention study. *Saudi Med J.* 2012;33(7):756-62.
116. Yezli S, Li H. Antibiotic resistance amongst healthcare-associated pathogens in China. *Int J Antimicrob Agents.* 2012;40(5):389-97.
117. Fang Y, Yang S, Zhou S, Jiang M, Liu J. Community pharmacy practice in China: past, present and future. *Int J Clin Pharm.* 2013;35(4):520-8.
118. Song M, Ung COL, Lee VW yan, Hu Y, Zhao J, Li P, et al. Community pharmacists' perceptions about pharmaceutical service of over-the-counter traditional Chinese medicine: a survey study in Harbin of China. *BMC Complement Altern Med.* 2017;17(1):9.
119. Song M, Ung COL, Lee VW yan, Hu Y, Zhao J, Li P, et al. Community pharmacists' perceptions about pharmaceutical service of over-the-counter traditional Chinese medicine: a survey study in Harbin of China. *BMC Complement Altern Med.* 2017;17(1):9.
120. Yamamura S, Yamamoto N, Oide S, Kitazawa S. Current state of community pharmacy in Japan: practice, research, and future opportunities or challenges. *Ann Pharmacother.* 2006;40(11):2008-14.
121. Han S, Lee G, Han N, Oh J. Analysis of drug related problems and evaluation of clinical pharmacist's intervention on chronic kidney disease patients. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2014;34(10):e282.
122. Lee IH, Rhie SJ, Je NK, Rhew KY, Ji E, Oh JM, et al. Perceived needs of pharmaceutical care services among healthcare professionals in South Korea: a qualitative study. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(5):1219-29.

123. Yamada K, Nabeshima T. Pharmacist-managed clinics for patient education and counseling in Japan: current status and future perspectives. *J Pharm Health Care Sci.* 2015;1:2.
124. Kang J, Rhew K, Oh JM, Han N, Lee IH, Je NK, et al. Satisfaction and expressed needs of pharmaceutical care services and challenges recognized by patients in South Korea. *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:1381-8.
125. Yang S, Kim D, Choi HJ, Chang MJ. A comparison of patients' and pharmacists' satisfaction with medication counseling provided by community pharmacies: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:131.
126. Kheir N, Al Saad D, Al Naimi S. Pharmaceutical care in the Arabic-speaking Middle East: literature review and country informant feedback. *Avicenna.* 2013;2013(1).
127. Jarab AS, Alqudah SG, Mukattash TL, Shattat G, Al-Qirim T. Randomized controlled trial of clinical pharmacy management of patients with type 2 diabetes in an outpatient diabetes clinic in Jordan. *J Manag Care Pharm.* 2012;18(7):516-26.
128. Basheti IA, Qunaibi EA, Hamadi SA, Reddel HK. Inhaler technique training and health-care professionals: effective long-term solution for a current problem. *Respir Care.* 2014;59(11):1716-25.
129. Katoue MG, Awad AI, Schwinghammer TL, Kombian SB. Pharmaceutical care in Kuwait: hospital pharmacists' perspectives. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(6):1170-8.
130. Al Haqan AA, Al-Taweel DM, Awad A, Wake DJ. Pharmacists' Attitudes and Role in Diabetes Management in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2017;26(3):273-9.
131. Hassali MA, Shafie AA, Al-Haddad MS, Abduelkarem AR, Ibrahim MI, Palaian S, et al. Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education. *Res Social Adm Pharm.* 2011;7(4):415-20.
132. Sharrad A, Hassali M, Shafie A. Generic medicines: Perceptions of Physicians in Basrah, Iraq. *Australas Med J.* 2008;58-64.
133. Al-Arifi MN. Pharmacy students' attitudes toward pharmaceutical care in Riyadh region Saudi Arabia. *Pharm World Sci.* 2009;31(6):677-81.

134. Alanazi AS, Alfadl AA, Hussain AS. Pharmaceutical Care in the Community Pharmacies of Saudi Arabia: Present Status and Possibilities for Improvement. *Saudi J Med Med Sci.* 2016;4(1):9-14.
135. Alsultan MS, Mayet AY, Khurshid F, Al-Jedai AH. Hospital pharmacy practice in Saudi Arabia: Drug monitoring and patient education in the Riyadh region. *Saudi Pharm J.* 2013;21(4):361-70.
136. Kheir N, Fahey M. Pharmacy practice in Qatar: challenges and opportunities. *South Med Rev.* 2011;4(2):92-6.
137. Basak SC, Sathyanarayana D. Community pharmacy practice in India: past, present and future. *South Med Rev.* 2009;2(1):11-4.
138. Gharat MS, Bell CA, Ambe GT, Bell JS. Engaging community pharmacists as partners in tuberculosis control: a case study from Mumbai, India. *Res Social Adm Pharm.* 2007;3(4):464-70.
139. Tumkur A, Muragundi P, Shetty R, Naik A. Pharmaceutical care: need of the hour in India. *J Young Pharm.* 2012;4(4):282-6.
140. Azhar S, Hassali MA, Ibrahim MIM, Ahmad M, Masood I, Shafie AA. The role of pharmacists in developing countries: the current scenario in Pakistan. *Hum Resour Health.* 2009;7:54.
141. Chua SS, Kok LC, Yusof FAM, Tang GH, Lee SWH, Efendie B, et al. Pharmaceutical care issues identified by pharmacists in patients with diabetes, hypertension or hyperlipidaemia in primary care settings. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1):388.
142. Lee SWH, Mak VSL. Train-the-trainer program on cardiovascular health for community pharmacists in Malaysia. *Int J Clin Pharm.* 2017;39(6):1166-70.
143. Lee SWH, Mak VSL, Tang YW. Pharmacist services in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2019;85(12):2668-88.
144. Hassali M, Mak V, See O. Pharmacy practice in Malaysia. *J Pharm Pract Res.* 2014;44(3):391-6.
145. Chaiyakunapruk N, Laowakul A, Karnchanarat S, Pikulthong N, Ongphiphadhanakul B. Community pharmacy-based implementation and evaluation of an osteoporosis self-assessment tool for Asians. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2006;46(3):391-6.

146. Chaikunapruk N, Asuphol O, Dhippayom T, Poowaruttanawiwit P, Jeanpeera-pong N. Statins utilisation pattern: a retrospective evaluation in a tertiary care hospital in Thailand. *Int J Pharm Pract.* 2011;19(2):129-35.
147. Bell CA, Pichenda K, Ilomäki J, Duncan GJ, Eang MT, Saini B. Responding to cough presentations: an interview study with Cambodian pharmacies participating in a National Tuberculosis Referral Program. *J Eval Clin Pract.* 2016;22(2):261-6.
148. Bell CA, Eang MT, Dareth M, Rothmony E, Duncan GJ, Saini B. Provider perceptions of pharmacy-initiated tuberculosis referral services in Cambodia, 2005-2010. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(8):1086-91.
149. Hermansyah A, Sukorini AI, Setiawan CD, Priyandani Y. The conflicts between professional and non professional work of community pharmacists in Indonesia. *Pharm Pract (Granada).* 2012;10(1):33-9.
150. Agaceta C, Diano G, Lintag P, Loquias M. Perceived Barriers to the Implementation of Pharmaceutical Care among Pharmacists in Private and Government Hospitals in Metro Manila. *Int J Pharm Sci Res.* 2014;5:436-40.
151. Pharmaceutical Society of Australia. National Competency Standards Framework for Pharmacists in Australia 2016 [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.psa.org.au/wp-content/uploads/2018/06/National-Competency-Standards-Framework-for-Pharmacists-in-Australia-2016-PDF-2mb.pdf>
152. Pharmacy Council of New Zealand. Competence standards for the pharmacy profession [Internet]. 2015 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pharmacycouncil.org.nz/wp-content/uploads/2021/04/CompStds2015Web.pdf>
153. Pharmacy Council of New Zealand. Recertification [Internet]. 2021 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pharmacycouncil.org.nz/pharmacist/recertification/>
154. Pharmacy Guild of Australia. Seventh Community Pharmacy Agreement [Internet]. 2020 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.guild.org.au/programs/seventh-community-pharmacy-agreement>
155. Chen T, Crampton M, Krass I, Benrimoj S (charlie). Collaboration between community pharmacists and GPs - Impact on interprofessional communication. *J Soc Adm Pharm.* 2001;18(3):83-90.

156. Chen TF, de Almeida Neto AC. Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. *Pharm World Sci.* 2007;29(6):574-6.
157. de Almeida Neto AC, Chen TF. When pharmacotherapeutic recommendations may lead to the reverse effect on physician decision-making. *Pharm World Sci.* 2008;30(1):3-8.
158. Pharmaceutical Society of Australia. General Practice Pharmacist [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.psa.org.au/wp-content/uploads/2019/01/General-Practice-Pharmacist.pdf>
159. Pharmaceutical Society of New Zealand, New Zealand Medical Association. Integrated Health Care Framework for Pharmacists and Doctors [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.psnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder\\_id=86&File=IntegratedHealth-CareFramework\\_ConsultationDraft.pdf](https://www.psnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder_id=86&File=IntegratedHealth-CareFramework_ConsultationDraft.pdf)
160. Jorm C, Nisbet G, Roberts C, Gordon C, Gentilcore S, Chen TF. Using complexity theory to develop a student-directed interprofessional learning activity for 1220 healthcare students. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):199.
161. Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
162. De la Cuesta C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cult Cuid.* 2006;20:136-40.
163. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
164. Gastelurrutia M. Remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos [Internet]. *El Farmacéutico.* 2017 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.elfarmacutico.es/tendencias/te-interesa/remuneracion-de-los-servicios-profesionales-farmacuticos\\_107740\\_102.html](https://www.elfarmacutico.es/tendencias/te-interesa/remuneracion-de-los-servicios-profesionales-farmacuticos_107740_102.html)

165. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2008 : la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 2008;125.
166. Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas (IFM-PA). Marco de Consenso para la colaboración ética entre las organizaciones de pacientes, los profesionales de la salud y la industria farmacéutica. [Internet]. 2014 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2014/01/Consensus\\_Framework\\_-\\_ES-vF\\_Web.pdf](https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2014/01/Consensus_Framework_-_ES-vF_Web.pdf)
167. Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública de la Generalitat Valenciana. Domi EQIFar. Programa de atención farmacéutica domiciliaria. [Internet]. 2017 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.san.gva.es/domi-eqifar;jsessionid=5EE5E76615BB1763C49B9A39F1C0D607.appli7\\_node2](https://www.san.gva.es/domi-eqifar;jsessionid=5EE5E76615BB1763C49B9A39F1C0D607.appli7_node2)
168. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro [Internet]. 2015 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2019/12/XIX-CNF-Informe-Colaboracion-entre-Profesionales-Sanitarios-1.pdf>
169. SEFAC. Programa de capacitación Cesar [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.campussefac.org/cesar/inicio>
170. SEFAC. Programa de capacitación Epoca [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.campussefac.org/epoca/inicio>
171. SEFAC. Programa de capacitación Impachta [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.campussefac.org/impachta19/inicio>
172. SEFAC. Programa de capacitación Revisa [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.campussefac.org/revisa/inicio>
173. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-5.
174. Grande E. Copago. *Farm Prof*. 2004;18(9):6-11.

175. Tracy B. *Psicología de ventas*. Nashville: Thomas Nelson Publishers; 2009.
176. Alghurair SA, Simpson SH, Guirguis LM. What elements of the patient-pharmacist relationship are associated with patient satisfaction? *Patient Preference Adherence*. 2012;6:663-76.
177. Costa KS, Goldbaum M, Guayta-Escolies R, Modamio P, Mariño EL, Tolsá JLS. Coordinación entre servicios farmacéuticos para una farmacoterapia integrada: el caso de Cataluña. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(8):2595-608.
178. Luder HR, Shannon P, Kirby J, Frede SM. Community pharmacist collaboration with a patient-centered medical home: Establishment of a patient-centered medical neighborhood and payment model. *J Am Pharm Assoc*. 2018;58(1):44-50.
179. El Hospital General de Villalba incorpora la teledermatología para mejorar la atención médica y reducir tiempos de espera en el diagnóstico y desplazamientos de pacientes [Internet]. *Quirónsalud*. [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/hospital-general-villalba-incorpora-teledermatologia-mejora>
180. Diedrich L, Dockweiler C. Video-based teleconsultations in pharmaceutical care - A systematic review. *Res Social Adm Pharm*. 2021;17(9):1523-31.
181. Morecroft CW, Mackridge AJ, Stokes EC, Gray NJ, Wilson SE, Ashcroft DM, et al. Emergency supply of prescription-only medicines to patients by community pharmacists: a mixed methods evaluation incorporating patient, pharmacist and GP perspectives. *BMJ Open*. 2015;5(7):e006934.
182. Jaber D, Aburuz S, Hammad EA, El-Refae H, Basheti IA. Patients' attitude and willingness to pay for pharmaceutical care: An international message from a developing country. *Res Soc Adm Pharm*. 2019;15(9):1177-82.
183. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). *Mi Farmacia Asistencial* [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/mi-farmacia-asistencial/>
184. SEFAC. ¿Qué es SEFAC e\_XPERT? [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sefacexpert.org/>

185. Consejo Andaluz de Colegios Farmacéuticos. AxónFarma, nuestro modelo de farmacia asistencial [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://axonfarma.es/>
186. Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF). Atenfarma, plataforma de servicios profesionales del MICOF [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://atenfarma.micof.es/>
187. Consoft. Características de Farmatic [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www2.consoft.es/farmatic/caracteristicas-de-farmatic/>
188. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España. Interoperabilidad de receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2018 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/sns/docs/Doc\\_Bas\\_Proyect\\_Interop\\_RESNS\\_v2.1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/sns/docs/Doc_Bas_Proyect_Interop_RESNS_v2.1.pdf)
189. González Vázquez MÁ. Gestión por categorías. Farmacia Profesional. 2009;23(5):28-31.
190. De la Fuente L. La gestión del surtido por Necesidades Terapéuticas [Internet]. 2022 [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.pmfarma.es/colaboradores/mediformplus/3575-la-gestiyin-del-surtido-por-necesidades-terapyuticas.html>



ANEXOS

---



# ANEXOS

## ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **De participación en el “Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las Farmacias Comunitarias españolas”**

Acepto participar en el estudio denominado “Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las Farmacias Comunitarias españolas”, promovido por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), y dirigido a mejorar la forma de ofrecer los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) por parte de las farmacias comunitarias. Con esto se desea contribuir a aumentar su demanda por parte de los ciudadanos y en consecuencia su nivel de implantación en las farmacias comunitarias de España.

He quedado informado de que mi participación en el estudio consiste en asistir a un grupo de conversación en el que también participarán de 3 a 9 personas más<sup>1</sup> / He quedado informado de que mi participación en el estudio consiste en asistir a una entrevista individual<sup>2</sup>. La conversación será guiada por una persona entrenada, moderador, que me solicitará mi opinión sobre el SPFA objeto del estudio. Los datos de la conversación se recogen de manera anónima (sin consignar mis datos personales en el formulario), y serán remitidos, también de manera anónima, a SEFAC para su tratamiento por el equipo investigador del estudio. Si algún momento me siento incómodo o no deseo participar en la discusión de alguna pregunta, estoy en total libertad de no hacerlo.

Igualmente, se me ha asegurado de que mi participación en este estudio en ningún caso interferirá en el tratamiento o servicios recibidos en la farmacia.

---

1 Para grupos focales y grupos de discusión

2 Para las entrevistas individuales

Acepto también que parte de la información recogida en este estudio, previamente anonimizada, se emplee en el Curso de investigación para farmacia comunitaria de SEFAC.

Por último, se me ha informado de que los datos personales que facilite quedarán incorporados a un fichero titularidad de Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (en adelante SEFAC), con domicilio social en Madrid, Paseo de las Delicias, 31 - Esc. Izq. 4º Dcha. (28045), con el fin exclusivo de gestionar mi participación dentro del estudio referido, y ello al amparo de lo establecido en el art. 6.1 del Reglamento 2016/679 europeo de protección de datos (RGPD).

De acuerdo con lo igualmente previsto en el art. 13 del mencionado RGPD, se me ha informado de que mis datos personales se conservarán únicamente durante el tiempo necesario para el desarrollo del citado estudio y, también, que puedo ejercitar gratuitamente mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y olvido respecto de mis datos personales registrados, dirigiéndome por escrito a SEFAC en la dirección [sefac@sefac.org](mailto:sefac@sefac.org)). Además, me asiste el derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si fuera el caso.

PACIENTE (Nombre y apellidos):

DNI:

He leído la información anterior, el farmacéutico ha contestado a todas mis preguntas y acepto participar en el estudio.

Firma:

Fecha:

INVESTIGADOR (Nombre y apellidos): **Iván Qart Fernández**

DNI: **44764484K**

He explicado con detalle el estudio al paciente y contestado a todas sus preguntas sobre el mismo.

Firma:

Fecha:

## ANEXO 2. ENCUESTA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



Rellene por favor los siguientes campos, marcando con una "X" las respuestas que contengan una casilla

|  |  |
|--|--|
| <b>Edad</b>  | <b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| <b>Código postal</b>   | <b>¿Vive sólo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>País de nacimiento</b>  | <b>Año nacimiento</b>  |
| <b>Estudios</b> <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Formación Profesional <input type="checkbox"/> Universitarios |  |
| <b>Profesión</b>   |  |
| <b>Consumo habitual de alcohol</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No  |  |
| <b>Fumador</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exfumador  | <b>Nº de cigarrillos al día</b>  |
| <b>Situación especial</b> <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática/renal <input type="checkbox"/> Alergias                               |  |
| <b>Enfermedades diagnosticadas</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión  | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Depresión   | <input type="checkbox"/> Migraña   |
| <input type="checkbox"/> Artrosis  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                                      |
| <input type="checkbox"/> Otras, especificar:   | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia                               |
|  | <input type="checkbox"/> EPOC  |
|  | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide                               |
|  | <input type="checkbox"/> Obesidad  |
|  | <input type="checkbox"/> Asma  |
|  | <input type="checkbox"/> Alzheimer   |
| <b>Problemas de salud que le preocupan</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias  | <input type="checkbox"/> Enfermedades neurodegenerativas                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares   | <input type="checkbox"/> Enfermedades osteoarticulares                     |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas, especificar  |  |
| <b>Número de medicamentos usados habitualmente</b>   |  |

## ANEXO 3. HOJAS INFORMATIVAS DE CADA SPFA

### Cesación Tabáquica

#### **Servicio de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria**

##### **Definición y Descripción breve**

Es el servicio profesional realizado en la farmacia comunitaria por un farmacéutico capacitado, encaminado a concienciar, apoyar y acompañar al fumador en el abandono del consumo de tabaco.

Se actúa a dos niveles: concienciación y apoyo

Comprende tres procesos:

- Información sobre el tabaquismo y oferta del servicio
- Intervención mínima
- Atención personalizada

##### **Objetivo general**

Facilitar la cesación tabáquica entre la población que atiende la farmacia

##### **Objetivos específicos**

- Proporcionar información sobre el tabaco
- Posicionar a la farmacia comunitaria como espacio de salud frente al tabaco
- Motivar a los fumadores para que dejen de fumar
- Proveer de herramientas eficaces a los que quieran dejarlo
- Aumentar el porcentaje de éxito en la cesación tabáquica

##### **Población/Pacientes diana**

Fumadores, a los que se les ofrecerá distintas intervenciones dependiendo de su disposición a dejar de fumar:

- Fumadores que no deseen dejar de fumar
- Fumadores que deseen dejar de fumar
- Fumadores en proceso de cesación
- Fumadores que han recaído

## Capacitación del farmacéutico

El farmacéutico ha de realizar un curso de capacitación que consta de 3 fases: teórica, práctica y registro de casos clínicos.

## Lugar de realización

Se hace en una zona de atención personalizada de la farmacia

## Duración del servicio

1ª entrevista (40 minutos)

- Historia completa sobre el hábito tabáquico
- Medida del monóxido de carbono espirado
- Medida del grado de motivación (test de Richmond) y de dependencia (test de Fageström)

Siguiente semana el paciente anota

- Situaciones en las que fuma
- Situaciones en las que el cigarrillo es considerado fundamental
- Motivos para dejar de fumar

2ª entrevista, se decide conjuntamente el mejor método para dejar de fumar (15 - 20 minutos)

- Valorar el uso de tratamiento farmacológico
- Información sobre cómo afrontar los primeros días de abstinencia
- Se fija un día para dejar de fumar

Seguimiento con visitas individualizadas periódicas (15 - 20 minutos)

## Derivación

En el transcurso del servicio, el farmacéutico puede detectar situaciones que excedan los objetivos de este servicio y precisen de una intervención profesional.

En estos casos, el farmacéutico indicará al paciente la conveniencia de derivarle a otro servicio, en el que se aborde la situación detectada.

La derivación puede ser de dos tipos:

- interna (otro servicio de la farmacia) y
- externa (a otro profesional sanitario, generalmente el médico de cabecera o unidad de tabaquismo).

## Cribado y Abordaje de la EPOC

### Servicio de cribado y abordaje de la EPOC en la farmacia comunitaria

#### Definición y Descripción breve

Este servicio consiste en la realización del cribado de la EPOC y/o abordaje de la farmacoterapia del paciente con EPOC.

- El cribado de EPOC puede realizarse en la farmacia comunitaria, a través de distintos métodos de medición validados en función de las características y necesidades del paciente,
- mientras que el abordaje de su farmacoterapia se realiza a través del asesoramiento farmacéutico al paciente, el seguimiento del número de exacerbaciones, la percepción de la calidad de vida por parte del paciente y la colaboración con el resto de los profesionales sanitarios.

Los métodos de cribado consisten en:

- Aplicar el test COPDPS en pacientes mayores de 35 años fumadores o exfumadores con síntomas respiratorios (disnea, mucosidad),
- y en caso necesario, se les realiza una espiración forzada con el COPD6, siendo derivados al médico si procede para la realización de una espirometría y la detección de una posible EPOC

Las acciones a realizar con el paciente durante el seguimiento y control de la farmacoterapia consisten en:

- Educación en la enfermedad (básica para mejorar la adherencia).
- Medición del flujo inspiratorio del paciente (para comprobar si el tipo de inhalador es el adecuado al estado de salud del paciente).
- Medida de la adherencia a la terapia inhalada.
- Revisión del manejo de los inhaladores (al menos una vez cada 2 meses).
- Seguimiento de la autopercepción de los síntomas del paciente con el CAT test EPOC (ya que éste da una idea de la efectividad del tratamiento)
- Control de las exacerbaciones mediante el seguimiento de las visitas a urgencias y el consumo de antibioterapia.
- Recomendación de la vacunación antigripal y antineumocócica.

- La promoción de la actividad física y la emisión de recomendaciones nutricionales

### **Duración del servicio**

- Cribado: La medición del flujo espiratorio ocupa entre 5-10 minutos en función del número de medidas correctas efectuadas y su interpretación.
- Abordaje EPOC: el tiempo medio utilizado es muy variable dependiendo de si es la primera visita o sucesivas, el estado del paciente, número de medicamentos con dispositivos de inhalación utilizados, comorbilidades, exacerbaciones, intervenciones, etc. y suele estar en torno a los 45-60 minutos pudiendo reducirse las visitas sucesivas hasta los 20-30 minutos.

### **Objetivo general**

- Realizar el cribado de la EPOC a pacientes y usuarios.
- Mejorar el grado de control de la EPOC de los pacientes atendidos a través del seguimiento y control de su farmacoterapia.
- Asesorar e implicar a los pacientes en el control del tratamiento de la EPOC

### **Objetivos específicos**

- Identificar a posibles pacientes con EPOC.
- Mejorar el conocimiento del paciente sobre la EPOC, los estilos de vida saludables, así como medidas farmacoterapéuticas e higiénico-dietéticas.
- Realizar informes con los resultados obtenidos que puedan ser de utilidad tanto para el paciente como para el médico y otros profesionales sanitarios.
- Colaborar con el médico y otros profesionales sanitarios que atiendan al paciente con EPOC en el control de la farmacoterapia.

### **Población/Pacientes diana**

- Para cribado de la EPOC podrían ser cualquier persona mayor de 35-40 años fumadora o exfumadora con síntomas respiratorios que acude a la farmacia y se le ofrece el servicio.

- Para el abordaje de la EPOC serían aquellos pacientes que están diagnosticados y son usuarios de inhaladores de forma crónica.

### **Capacitación del farmacéutico**

- El farmacéutico ha de realizar un curso de capacitación que consta de 3 fases: teórica, práctica y registro de casos clínicos.

### **Lugar de realización**

Se hace en una zona de atención personalizada de la farmacia

### **Derivación**

En el transcurso del servicio, el farmacéutico puede detectar situaciones que excedan los objetivos de este servicio y precisen de una intervención profesional.

En estos casos, el farmacéutico indicará al paciente la conveniencia de derivarle a otro servicio, en el que se aborde la situación detectada.

La derivación puede ser de dos tipos:

- interna (otro servicio de la farmacia) y
- externa (a otro profesional sanitario, generalmente el médico de cabecera o unidad de tabaquismo).

## Revisión del Uso de Medicamentos

### **Servicio de revisión del uso de los medicamentos (RUM) en la farmacia comunitaria**

#### **Definición y descripción breve**

El servicio RUM consiste en la realización por el farmacéutico junto con el paciente (o cuidador en caso necesario) de una revisión estructurada del grado de conocimiento que éste tiene de sus medicamentos y del uso que hace de los mismos, para ayudarle a emplear sus medicamentos con mayor eficacia, ofreciéndole asesoramiento sobre su utilización correcta, y asegurándose de que entiende por qué los tiene que tomar y sabe cómo utilizarlos y/o administrarlos, identificando los problemas observados y realizando las recomendaciones oportunas sobre los cambios necesarios y, si es necesario, comunicándolos al médico prescriptor mediante un formulario específico.

La idea básica del servicio RUM es utilizar los conocimientos de los farmacéuticos para asesorar a los pacientes en la manera de utilizar correctamente sus medicamentos y el por qué deben tomarlos.

#### **Duración del servicio**

Puede variar según el número de medicamentos, pero el promedio de duración de un servicio de RUM de alrededor de 10 medicamentos es de una hora.

#### **Objetivo General**

Mejorar el conocimiento, la adherencia y el proceso de uso de los medicamentos que utilizan los pacientes.

#### **Objetivos Específicos**

- a) Averiguar el conocimiento que tiene el paciente sobre sus medicamentos (sobre su indicación, cuándo los utiliza y cómo se los administra, sus expectativas y su experiencia cuando los toma).
- b) Identificar, examinar y resolver el mal uso o uso ineficaz de sus medicamentos a través de la detección de los Problema Relacionados con Medicamentos (por ej.: administración errónea del medicamento; dosis, pauta y/o duración no adecuada; etc.), y Resultados Negativos asociados a Medicamentos (por ej.: efectos adversos), que inciden sobre la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente.

- c) Proporcionar al paciente la información necesaria para resolver sus dudas sobre su farmacoterapia, para instruirle en su proceso de uso y para facilitar su adherencia al tratamiento.
- d) Reducir el gasto derivado del uso innecesario y del mal uso de los medicamentos.

### **Población/Pacientes diana**

En principio la RUM está dirigida a cualquier paciente que utilice medicamentos y desconozca algún aspecto de ellos o tenga alguna dificultad para cumplir con su tratamiento. Sin embargo, algunos de los pacientes que podrían ser destinatarios prioritarios de este servicio serían:

1. Pacientes que pueden estar teniendo problemas para manejar su medicación, o que tienen un historial de incumplimiento.
2. Pacientes que han sufrido cambios significativos en su régimen medicamentoso durante los últimos 3 meses. Como por ejemplo con medicamentos nuevos o sustituidos por otros, cambios al alta hospitalaria, etc.
3. Pacientes que usan medicamentos de “alto riesgo” ya que causan muchas hospitalizaciones: anticoagulantes, antiplaquetarios (hemorragias), AINES (úlceras) y diuréticos (caídas provocadas por los mareos), medicamentos con un índice terapéutico estrecho o que requieren la monitorización terapéutica, como por ejemplo warfarina, digoxina u opiáceos, litio, metotrexato.
4. Pacientes polimedicados que toman regularmente cinco o más medicamentos.
5. Pacientes con síntomas que sugieran una reacción adversa a los medicamentos.

Estos criterios podrían ser otros, de forma que se podrían realizar RUM específicos para determinados grupos de pacientes o que utilizan determinados medicamentos dependiendo de las necesidades.

La forma de acceder al servicio puede ser bien a propuesta del paciente, a propuesta de otros profesionales sanitarios, o bien a propuesta del farmacéutico, cuando detecte la necesidad.

La forma más habitual de derivar al paciente a este servicio es cuando durante el servicio de dispensación el farmacéutico responsable de la misma detecta un problema significativo del paciente respecto a su tratamiento, por ejemplo, cuando el paciente nos comenta que:

- Está usando la medicación de un modo diferente al que le hemos indicado.
- Tiene dificultades para administrársela.

- Tiene efectos secundarios.
- No recuerda para qué está tomando la medicación.
- Está tomando/usando la medicación de manera incorrecta.

El farmacéutico debe decidir si la derivación es o no procedente y si se necesitará más que un breve consejo (que estaría incluido en el servicio de dispensación). La optimización de la dosis y/o la sincronización de tomas por sí solas no justifican una derivación al servicio RUM.

### **Lugar de realización**

Se hace en una zona de atención personalizada de la farmacia

### **Capacitación del farmacéutico**

El farmacéutico ha de realizar un curso de capacitación que consta de 3 fases: teórica, práctica y registro de casos clínicos

### **Derivación**

En el transcurso del servicio RUM, el farmacéutico puede detectar situaciones que excedan los objetivos de este servicio y precisen de una intervención profesional. En estos casos, el farmacéutico indicará al paciente la conveniencia de derivarle a otro servicio, en el que se aborde la situación detectada.

La derivación quedará reflejada en el informe del servicio, así como en el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) del mismo, donde se especificarán las situaciones y circunstancias que la determinen. La derivación puede ser de dos tipos: interna (otro servicio de la farmacia) y externa (a otro profesional sanitario, generalmente el médico responsable del paciente).

## Revisión y control riesgo vascular

### Revisión y control de riesgo vascular en la farmacia comunitaria

#### Definición y Descripción breve

Este servicio consiste en la medida y el control del riesgo vascular (RV) del paciente, dentro de la farmacia comunitaria.

La medida del RV puede realizarse desde la farmacia comunitaria, a través de distintos métodos de medición validados en función de las características y necesidades del paciente, mientras que el control se realiza a través del seguimiento de los valores obtenidos respecto de los objetivos de control de ese paciente, el asesoramiento farmacéutico al paciente y la colaboración con el resto de los profesionales sanitarios.

El método de medida se basa en el cálculo del RV con las tablas SCORE o REGICOR que permiten estimar el riesgo de un acontecimiento coronario (angina, infarto de miocardio con o sin síntomas, mortal o no) a 10 años.

Para su cálculo es necesario conocer cierta información clínica relacionada con algunos factores de RV del paciente usuario de este servicio:

- Resultado analítico de una glucemia basal y/o de la hemoglobina glicosilada o
- Diagnóstico de diabetes (con el objetivo de saber si el paciente es diabético o no).
- Valores de presión arterial sistólica obtenidas mediante AMPA.
- Resultado analítico del colesterol total en sangre.
- Si el paciente es fumador o no.
- La edad y sexo.

#### Duración del servicio

- La entrevista y el cálculo del RV según el método SCORE pueden requerir alrededor de 10 minutos.
- En caso de que además fuera necesario obtener los valores de los factores de RV para el cálculo del RV (presión arterial, prueba de colesterol total, PA ) este tiempo podría incrementarse en unos 10-15 minutos más.

#### Objetivo general

- Determinar el Riesgo Vascular (RV) de los pacientes y usuarios
- Asesorar e implicar a los pacientes en el control de su RV

### **Objetivos específicos**

- Mejorar el conocimiento del paciente sobre los estilos de vida saludables, medidas higiénico-dietéticas y farmacoterapéuticas relacionadas con los factores de RV: hipertensión, dislipemia, diabetes, tabaquismo, obesidad, estrés.
- Informar de los resultados obtenidos a los pacientes y a los profesionales sanitarios que los precisen.
- Colaborar con el médico u otros profesionales de la salud que atiendan al paciente en el control de su RV.

### **Población/Pacientes diana**

La población diana como tal podría ser cualquier paciente o usuario que acude a la farmacia, que presente al menos un factor de RV: hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, estrés, y/o tenga una edad mayor a 40 años en hombres y 50 años en mujeres.

Sin embargo, los pacientes diana para recibir este servicio están condicionados por su edad debido a que para el cálculo del RV se utilizan unas tablas en función de la edad.

### **Capacitación del farmacéutico**

El farmacéutico ha de realizar un curso de capacitación que consta de 3 fases: teórica, práctica y registro de casos clínicos.

### **Lugar de realización**

Se hace en una zona de atención personalizada de la farmacia

### **Derivación**

En el transcurso del servicio, el farmacéutico puede detectar situaciones que excedan los objetivos de este servicio y precisen de una intervención profesional.

En estos casos, el farmacéutico indicará al paciente la conveniencia de derivarle a otro servicio, en el que se aborde la situación detectada.

La derivación puede ser de dos tipos:

- interna (otro servicio de la farmacia) y
- externa (a otro profesional sanitario, generalmente el médico de cabecera o unidad de tabaquismo).

## ANEXO 4. CONCESIÓN DE VII BECA STADA-SEFAC PARA LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA



Madrid, 10 de mayo de 2018

A/A. D. Ivan Qart

Apreciado Iván:

En nombre de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) y STADA, nos ponemos en contacto contigo para comunicarte oficialmente que el jurado de la VII Beca STADA-SEFAC para la investigación en atención farmacéutica, que se reunió en Barcelona el pasado lunes, 7 de mayo, ha acordado conceder la beca de 5.000 euros al trabajo *Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las Farmacias Comunitarias españolas*, en el que figuras como primer autor y en el que también participan Fernando Mud Castello y Vicente J. Baixauli.

El acto de entrega de la beca tendrá lugar el próximo 26 de mayo en el Auditorio de la Diputación de Alicante a partir de las 13.30 horas en el marco del acto de clausura del VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios. Es imprescindible que estés presente para recoger la beca, ya que deberás presentar una breve exposición de la idea del proyecto que necesitaríamos tener el 17 de mayo, como tarde. Te adjuntamos la plantilla para ello.

Asimismo, te recordamos que la concesión de la beca está supeditada a la ejecución del trabajo entre el 1 de junio de 2018 y el 1 de enero de 2020 y sus resultados finales tendrán que presentarán en el IX Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, que SEFAC celebrará en 2020. El trabajo también deberá publicarse en la revista científica FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS ([www.farmaceticoscomunitarios.org](http://www.farmaceticoscomunitarios.org)), de SEFAC.

Termino ya dándote la enhorabuena y esperando saludarte personalmente en el congreso.

Recibe un afectuoso saludo.

Jesús C. Gómez  
Presidente de SEFAC

Mar Fábregas  
Directora General de STADA



## ANEXO 5. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA A SEFAC PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA INTERNA SOBRE USO DE DATOS GENERADOS POR SEFAC

Para utilizar la información recogida durante el estudio financiado por la VII Beca STADA-SEFAC requería de una aprobación que está sujeta al cumplimiento de la Normativa interna sobre el uso de datos generados por SEFAC y que regula la utilización de la información no personal obtenida en cualquiera de las actividades realizadas, participadas, coordinadas u organizadas por SEFAC. Para ello tuve que presentar la siguiente documentación:

### DECLARACIÓN JURADA

Por la presente yo, Iván Qart Fernández con DNI 44764484K, juro que me comprometo a no ceder los datos a terceros, a explotar los datos solicitados con el fin de realizar mi tesis doctoral y no con otro en el tiempo de tres a cinco años, a mantener mi condición de socio de SEFAC hasta que termine dicho plazo, que no estoy afectado por conflicto de intereses, que permito que se incluyan en la web de SEFAC mis datos personales como solicitante y beneficiario de la cesión de los datos, así como los datos necesarios para acceder a las publicaciones derivadas de esta cesión.

En Alicante, a 12 de noviembre de 2017.

Fdo:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ivan', enclosed within a large, loopy circular scribble.

Iván Qart Fernández

### **SOLICITUD DE UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

(Según Art. 5)

Yo, Iván Qart Fernández con DNI 44764484K, solicito el uso de los datos del proyecto *GRUPOS FOCALES CON PACIENTES PARA LA MEJORA DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACEUTICOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA* realizado en *ESPAÑA* con el fin de realizar mi tesis doctoral. El tema de mi tesis se basará en *SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA*.

En Alicante, a 12 de NOVIEMBRE de 2017.

Fdo:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ivan', enclosed within a large, stylized circular scribble.

Iván Qart Fernández

## ANEXO 6. HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPANTES SELECCIONADOS

### Información sobre entrevista grupal/individual

#### **¿Por qué has recibido esta información?**

Porque has sido seleccionado/a para participar en un proyecto promovido por la sociedad española de farmacia comunitaria (SEFAC) titulado: Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las Farmacias Comunitarias españolas.

#### **Antecedentes**

Los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) tienen un largo recorrido internacional y un gran soporte científico que avala su eficacia. No obstante, en España son ofrecidos por menos del 50% de las farmacias comunitarias. Existen diversos factores que lo dificultan como es el cambio de paradigma en la profesión, la difícil relación que existe en ocasiones entre el farmacéutico y otros profesionales sanitarios, la falta de remuneración y por último y no por ello menos importante su desconocimiento y/o la mejorable disposición a utilizarlos por parte de la población.

Para entender este comportamiento y poder intervenir se ha desarrollado este estudio cualitativo a través de grupos focales / grupos de discusión / entrevistas individuales con participantes (pacientes potenciales) que desconocen o no han realizado nunca un SPFA.

#### **¿Cuál es el propósito del proyecto?**

Los resultados de este estudio se quieren utilizar para diseñar una mejora en la forma de ofrecer los SPFA por parte de las farmacias comunitarias. Con esto se desea contribuir a aumentar su demanda por parte de los ciudadanos y en consecuencia su nivel de implantación en las farmacias comunitarias de España.

#### **¿Qué implica participar?**

Si aceptas participar en este estudio, participarás en una entrevista grupal / individual que la realizarán investigadores de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de dos

horas. Toda la entrevista se registrará en audio y posteriormente se transcribirá y anonimizará para su análisis.

### **¿Quién podrá acceder a tu entrevista y datos?**

La entrevista es confidencial y ninguna persona externa al equipo investigador tendrá acceso a tu entrevista. Ni el nombre, ni cualquier otro dato que pueda identificarte serán compartidos por otras personas que no formen parte del equipo investigador ni se hará público en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación. Los datos obtenidos en el estudio son confidenciales, toda la información recogida se tratará confidencialmente y solo podrán acceder a los datos los investigadores del estudio, que firmarán el correspondiente compromiso de confidencialidad.

### **¿Quiénes somos?**

Este proyecto lo desarrollarán los siguientes investigadores de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria de la delegación de la Comunidad Valenciana.

### **Responsable del proyecto**

Iván Qart Fernández

Correo electrónico: [ivanqf@farmacialinaria.es](mailto:ivanqf@farmacialinaria.es)

Teléfono: 619 61 18 16 / 966 81 14 49

### **Equipo**

Fernando Mud Castello

Correo electrónico: [fernando@farmaondara.es](mailto:fernando@farmaondara.es)

Teléfono: 636 211 666

Vicente Javier Baixauli Fernández

Correo electrónico: [v.baixauli.000@micof.es](mailto:v.baixauli.000@micof.es)

Teléfono: 658867156

### **¿Dónde puedes obtener más información?**

Si necesitas más información, puedes llamar al teléfono 619 64 18 16.

## ANEXO 7. ARTÍCULO EN REVISTA FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



### Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas

Ivan Qart-Fernández<sup>1</sup>, M Bermejo<sup>2</sup>, M González-Álvarez<sup>3</sup>, A Melero-Zaera<sup>4</sup>, Fernando Mud-Castelló<sup>5</sup>, Vicente Javier Baixauli-Fernández<sup>6</sup> 

1. Farmacéutico comunitario en Benidorm (Alicante). 2. Doctora en Farmacia. Catedrática en Universidad Miguel Hernández, Eliche (Alicante). 3. Doctora en Farmacia y profesora en la Universidad Miguel Hernández, Eliche (Alicante). 4. Doctora en Farmacia y profesora en la Universidad de Valencia. 5. Doctor en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Ondara (Alicante). 6. Doctor en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Mislata (Valencia).

#### PALABRAS CLAVE

Farmacia Comunitaria, Servicios Profesionales Asistenciales en Farmacia Comunitaria, Marketing de Servicios de Salud, Atención Primaria de la Salud, Investigación Cualitativa

#### ABREVIATURAS

AP: asociación de pacientes  
BN: bola de nieve  
CAE: Servicio de cribado y abordaje de la EPDC  
CF: Community Pharmacy  
CPPS: Clinical Professional Pharmacy Services  
CT: servicio de cesación tabáquica  
EISS: entidades sociales  
EN: enfermeras  
FC: farmacéutico comunitario (como recludor, tabla 2)  
FC: Farmacia Comunitaria  
Foro AF-FC: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria  
FP: formación profesional  
GD: grupo de discusión  
GF: grupo focal  
IN: individual  
MCEAP: miembro del comité ejecutivo de una asociación de pacientes  
MCRV: servicio de medición y control del riesgo vascular.  
NE: Nivel de estudios  
PR: primarios  
RUM: servicio de revisión del uso de medicamentos  
SC: sociedad científica (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria)  
SE: secundarios  
SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria  
SPFA: Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.  
TE: tipo de entrevista  
UN: universitarios

Recibido: 15/02/2022  
Aceptado: 31/05/2022  
Disponible online:

#### RESUMEN

**Introducción:** según estudios recientes, los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) demostraron sus beneficios en la calidad de vida de pacientes y sistemas de salud. Los SPFA son actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria (FC) para la prevención de enfermedades y la mejora de la salud mediante la optimización del uso y del resultado de los tratamientos. Sin embargo, en España existe un bajo porcentaje de farmacias comunitarias que ofrecen SPFA, a excepción de la dispensación, indicación farmacéutica, medida de parámetros clínicos, la educación/información sanitaria y la formulación magistral, ya arraigados en la profesión desde hace tiempo.

**Objetivo:** analizar los factores facilitadores y barreras en la demanda de determinados SPFA por parte de usuarios potenciales, desde el enfoque del producto según las 4Ps del *Marketing Mix*.

**Material y métodos:** estudio cualitativo de tipo explicativo-interpretativo y exploratorio basado en la teoría fundamentada, mediante análisis inductivo aplicado a entrevistas semi-estructuradas, individuales y grupales.

**Resultados:** las barreras y facilitadores son similares en todos los SPFA analizados, salvo algunas excepciones. Estas barreras y facilitadores son multifactoriales, porque están vinculados con la farmacia, el usuario, factores externos y el farmacéutico.

**Conclusiones:** las barreras en la demanda de los SPFA son la baja adaptación a las necesidades del usuario, los nombres poco entendibles, la falta de integración de la FC en el sistema sanitario, el desconocimiento sobre los SPFA, las insuficientes evidencias de éxito y la satisfacción en servicios percibidos como similares realizados fuera de la FC. Por el contrario, los facilitadores que ayudan al aumento de la demanda de los SPFA son la actitud y aptitud del farmacéutico, el buen trato al paciente, la accesibilidad, cercanía y confortabilidad de la FC y la necesidad del paciente por mejorar su estado de salud.

El proyecto fue ganador de la VII Beca STADA-SEFAC para investigación en atención farmacéutica entregada en el VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, celebrado en Alicante (España), 2018. Fue posteriormente presentado en el IX Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios en 2020.

**Financiación:** el proyecto fue financiado por el laboratorio STADA y la SEFAC mediante la VII Beca STADA-SEFAC para investigación en atención farmacéutica, entregada en el VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, celebrado en Alicante (España), 2018.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

**Cite este artículo como:** Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Álvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ. Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas. *Farm Com*. 2022 Jul xx; 14 (3): 1-10. doi:10.33620/FC.2173-9218.(2022/Vol14).003.0x

**Correspondencia:** Ivan Qart-Fernández (ivanq@farmacialinaria.es).

ISSN 1885-8619 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria). Todos los derechos reservados.

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.

Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas

## INTRODUCCIÓN

El *marketing* farmacéutico se diferencia del resto de sectores, particularmente si consideramos el enfoque de *Marketing Mix*; en concreto, el modelo de las 4Ps: Producto, Precio, Punto de Venta y Promoción (1). Dicho modelo es una estrategia de *marketing* ampliamente utilizada en multitud de sectores desde su definición en 1960 por Jerome McCarthy para influir y captar nuevos usuarios, que se ha ido introduciendo en el sector farmacéutico en las últimas décadas (2).

Actualmente, estas variables están cambiando, principalmente el producto, donde la tendencia es ofrecer servicios junto al producto (fármaco), siendo el farmacéutico un aliado clave para la fidelización del paciente (3). En otras palabras, el farmacéutico ha pasado de centrarse exclusivamente en el medicamento a orientar sus actividades en el paciente. Aquí surge el concepto de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), definidos según Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) como *aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad* (4).

Estudios previos (5–18) analizan la satisfacción y percepción con diversos SPFA en distintos países. Dichos estudios son mayoritariamente de tipo cuantitativo, lo que dificulta explicar de forma completa la baja disposición al uso y el elevado desconocimiento de los SPFA por los pacientes y usuarios, a diferencia de estudios cualitativos (19), empleando las 4Ps del *Marketing Mix*, poco utilizadas en el ámbito farmacéutico (20).

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo general del estudio fue analizar los factores facilitadores y las barreras en la demanda de determinados SPFA por parte de usuarios potenciales, desde el enfoque del servicio según las 4Ps del *Marketing Mix*.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de tipo explicativo-interpretativo y exploratorio basado en la teoría fundamentada, desarrollado en España, mediante análisis inductivo de datos narrativos obtenidos en entrevistas semi-estructuradas individuales y

grupales (grupos focales y grupo de discusión), realizadas entre marzo de 2019 y febrero de 2020 a pacientes y usuarios potenciales sobre los SPFA prestados en la FC. Los métodos han sido descritos siguiendo las recomendaciones COREQ (21).

### Contexto

El Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) consensuó en el año 2015 la definición de los SPFA, de acuerdo con los objetivos del sistema sanitario. Estos SPFA, junto con los SPF no asistenciales, constituyen el núcleo de los servicios prestados en la FC (4). El farmacéutico comunitario puede especializarse en la prestación de diferentes SPFA mediante capacitaciones en sociedades científicas y colegios farmacéuticos. Éstos últimos, a su vez, pueden certificar los requisitos para su realización, lo cual no es obligatorio, según la actual normativa.

Particularmente, en la Comunidad Valenciana, el Decreto 188/2018 del Consell regula la concertación y acreditación de los SPFA con la Administración sanitaria (22). La financiación de la mayoría de los SPFA en España corre a cargo del paciente, excepto en acuerdos entre la Administración pública y farmacias comunitarias para su subvención total o parcial. Cada farmacia decide su precio, incluso, pueden ofrecerlos gratuitamente.

### Equipo de investigación

BPVJ (doctor, hombre), MCF (doctor, hombre), IQF (graduado, hombre) son farmacéuticos comunitarios e investigadores a tiempo parcial. BM (catedrática, mujer), GAM (doctora, mujer), MZA (doctora, mujer) son personal docente e investigador universitario a tiempo completo.

### Muestreo y reclutamiento

La muestra estuvo conformada por participantes no usuarios de SPFA, entre 28 y 85 años, 26 mujeres y 17 hombres, 6 tenían estudios primarios, 9 estudios secundarios, 7 formación profesional y 21 estudios universitarios, y eran residentes en las provincias de Alicante, Valencia, Madrid, Barcelona, Tarragona, Baleares, Cantabria y Navarra.

El criterio de segmentación al diseñar la muestra fue el SPFA ofertado al ciudadano (16,17). Los SPFA incluidos fueron la medición y control del riesgo vascular, cesación tabáquica, revisión del uso de los medicamentos, cribado y abordaje de EPOC, y están asociados a programas de capacitación de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).

### Recopilación de datos

El guion temático (tabla 1) fue diseñado según el concepto de *Marketing Mix*, consensuado por el equipo de

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ. Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas.

**Tabla 1** Guion temático

| Tema              | Subtema               | Preguntas de muestra  |
|-------------------|-----------------------|---|
| Producto/Servicio | Concepto del servicio | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conocías este servicio? ¿Desde cuándo y qué te parece?</li> <li>• ¿Qué aspectos te gustan del servicio?</li> <li>• Si pudieses cambiar algo de este servicio, ¿qué aspectos cambiarías?</li> <li>• ¿Utilizarías un servicio como este?</li> <li>• ¿Recomendarías este servicio a un amigo o familiar?</li> <li>• ¿Cuál sería el mejor beneficio que esperarías recibir en este servicio?</li> </ul> |
|                   | Competencia           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conoces algún servicio similar?</li> <li>• ¿Lo has utilizado? ¿Qué es lo que más te ha gustado de ese servicio?</li> <li>• ¿Qué cambiarías de ese servicio?</li> </ul>  |
|                   | Nombre                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Crees que se ajusta el nombre SERVICIO* al servicio que te he descrito?</li> <li>• ¿Qué es lo que más te gusta de este nombre?</li> <li>• ¿Qué es lo que menos te gusta de este nombre?</li> <li>• Si quisieras cambiarle el nombre, ¿qué otro nombre le pondrías a este servicio?</li> </ul>   |
| Precio            | Precio                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto estarías dispuesto a pagar por este servicio? ¿Por qué?</li> <li>• ¿A partir de qué precio te empezaría a parecer el servicio barato?</li> <li>• ¿A partir de qué precio te empezaría a parecer este servicio caro?</li> </ul>   |
| Punto de venta    | Punto de venta        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué lugar o lugares os gustaría poder adquirir este servicio? ¿Por qué?</li> </ul>   |
| Promoción         | Promoción             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo piensas que se podría hacer difusión de estos servicios?</li> <li>• Aparte de las características del servicio, ¿qué otros factores te influirían en la decisión de utilizar este servicio?</li> </ul>   |

investigadores y revisado por una experta investigadora en estudios cualitativos: Montserrat Gil Girbau, doctora en Farmacia. Al comenzar cada entrevista, se explicó a los participantes el SPFA sobre el que se iba a consultar (según las especificaciones de la SEFAC). En los grupos focales se invirtieron un promedio de 94,5 minutos, el grupo de discusión 123 minutos y las entrevistas individuales un promedio de 43,2 minutos.

### Análisis

Siguiendo la teoría fundamentada, cada entrevista previamente grabada se reprodujo iterativamente para familiarizarse con los textos, identificando segmentos (citas) de texto y elaborando un listado de ideas resumiendo lo expuesto por los participantes. Posteriormente, se agrupó la información en categorías o temas similares descubiertos durante el análisis (codificación), iterando conforme se procesaban más entrevistas.

Alcanzada la saturación, donde nuevas entrevistas no aportaron información relevante, se definió un marco ex-

plicativo de barreras y facilitadores en la demanda de SPFA, desarrollando explicaciones para los hallazgos obtenidos. El análisis fue realizado manualmente, con apoyo de las aplicaciones ATLAS.ti v8.4.24.0 y Microsoft Excel 365 versión 2007.

### Consentimientos y comité ético

Los participantes firmaron un consentimiento revisado por SEFAC. Previamente al desarrollo del estudio, el proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Elche.

## RESULTADOS

La **tabla 2** muestra características de los 43 participantes. Para alcanzar la saturación, se entrevistaron a 11 participantes sobre el servicio de revisión del uso de medicamentos, 19 sobre el servicio de cesación tabáquica, 13 sobre el

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.

Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas

**Tabla 2** Características de los participantes

| Nº P | Grupo         | Rec. | Género | Edad | NE | Trabajo                             | Nacionalidad | TE |
|------|---------------|------|--------|------|----|-------------------------------------|--------------|----|
| 1    | RUM           | FC   | Mujer  | 65   | PR | Ama de casa                         | Española     | GF |
| 2    | RUM           | FC   | Hombre | 42   | UN | Profesor de secundaria              | Española     | GF |
| 3    | RUM           | FC   | Mujer  | 68   | UN | Jubilada                            | Belga        | GF |
| 4    | RUM           | FC   | Mujer  | 35   | FP | Ama de casa                         | Española     | GF |
| 5    | CT            | FC   | Hombre | 64   | SE | Jubilado                            | Española     | GF |
| 6    | CT            | FC   | Mujer  | 44   | FP | Asistente personal                  | Española     | GF |
| 7    | CT            | FC   | Mujer  | 55   | UN | Abogada                             | Española     | GF |
| 8    | CT            | FC   | Hombre | 32   | UN | Abogado                             | Española     | GF |
| 9    | RUM           | BN   | Hombre | 61   | UN | Jubilado                            | Española     | IN |
| 10   | MCRV          | FC   | Mujer  | 48   | SE | Administrativa                      | Española     | IN |
| 11   | MCRV          | BN   | Mujer  | 50   | SE | Ama de casa                         | Española     | IN |
| 12   | RUM           | AP   | Hombre | 47   | UN | Pensionista                         | Española     | IN |
| 13   | RUM           | BN   | Mujer  | 66   | PR | Ama de casa                         | Española     | IN |
| 14   | RUM           | BN   | Hombre | 70   | PR | Jubilado                            | Española     | IN |
| 15   | RUM           | EN   | Mujer  | 58   | PR | Aparadora de calzado                | Española     | IN |
| 16   | RUM           | EN   | Mujer  | 55   | SE | Desempleada                         | Española     | IN |
| 17   | MCRV          | BN   | Mujer  | 57   | SE | Desempleada                         | Española     | IN |
| 18   | MCRV          | BN   | Mujer  | 69   | PR | Jubilada                            | Española     | IN |
| 19   | CT            | EN   | Mujer  | 50   | FP | Auxiliar de enfermería              | Española     | IN |
| 20   | CT            | EN   | Hombre | 56   | PR | Técnico de inyección                | Española     | IN |
| 21   | RUM           | EN   | Hombre | 62   | SE | Mecánico                            | Española     | IN |
| 22   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 64   | UN | Ingeniero industrial y MCEAP        | Española     | GD |
| 23   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 47   | UN | Director de RRHH y MCEAP            | Española     | GD |
| 24   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 41   | UN | Psicóloga y MCEAP                   | Española     | GD |
| 25   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 60   | FP | Regidora de ayuntamiento y MCEAP    | Española     | GD |
| 26   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 39   | SE | Gerente clínica privada y MCEAP     | Española     | GD |
| 27   | CAE, MCRV     | SC   | Mujer  | 47   | UN | Gerente de AP                       | Española     | GD |
| 28   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 28   | UN | responsable de investigación en AP  | Española     | GD |
| 29   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 39   | UN | Trabajador social y MCEAP           | Española     | GD |
| 30   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 37   | UN | Responsable comunicación AP y MCEAP | Española     | GD |
| 31   | CAE, MCRV     | SC   | Hombre | 49   | UN | Gerente de AP                       | Española     | GD |
| 32   | CAE, MCRV     | SC   | Hombre | 64   | UN | MCEAP                               | Española     | GD |
| 33   | CAE, MCRV, CT | SC   | Hombre | 46   | UN | Responsable de EESS AP y MCEAP      | Española     | GD |
| 34   | CAE, MCRV, CT | SC   | Mujer  | 73   | FP | Administrativa y MCEAP              | Española     | GD |
| 35   | CT            | AP   | Mujer  | 35   | SE | Auxiliar administrativo de AP       | Española     | IN |
| 36   | CT            | AP   | Mujer  | 49   | UN | Administrativa de AP                | Española     | IN |
| 37   | CT            | BN   | Mujer  | 36   | UN | Redactora productora de TV          | Española     | IN |
| 38   | MCRV          | AP   | Hombre | 45   | UN | Ingeniero                           | Española     | IN |
| 39   | MCRV          | AP   | Mujer  | 63   | UN | Administrativa                      | Española     | IN |
| 40   | MCRV          | AP   | Mujer  | 41   | UN | Administrativa                      | Peruana      | IN |
| 41   | MCRV          | AP   | Mujer  | 56   | FP | Administrativa                      | Española     | IN |
| 42   | MCRV          | AP   | Hombre | 79   | FP | Jubilado                            | Española     | IN |
| 43   | MCRV          | AP   | Hombre | 85   | SE | Jubilado                            | Española     | IN |

Grupo: MCRV: servicio de medición y control del riesgo vascular; CT: servicio de cesación tabáquica; RUM: servicio de revisión del uso de medicamentos; CAE: servicio de cribado y abordaje de la EPOC. Reclutadores (Rec.): FC: farmacéutico comunitario; BN: bola de nieve; AP: asociación de pacientes; EN: enfermeras; SC: sociedad científica (SEFAC). Nivel de estudios (NE): PR: primarios; SE: secundarios; FP: formación profesional; UN: universitarios. Trabajo: MCEAP: miembro del comité ejecutivo de una asociación de pacientes; EESS: entidades sociales. Tipo de entrevista (TE): GF: grupo focal; IN: individual; GD: grupo de discusión.

servicio de cribado y abordaje de EPOC y 23 sobre el servicio de medición y control del riesgo vascular. Algunos facilitadores y barreras en la demanda de SPFA en España se describen a continuación sólo para la variable *Producto*, según los factores de la figura 1. La tabla 3 muestra la codificación de las barreras y facilitadores hallados en el estudio según

teoría fundamentada, considerando la variable *Producto* de las 4Ps.

Las citas de los participantes (indicando número de participante y SPFA consultado) se sitúan a continuación de la descripción de cada factor, ilustrando el proceso de análisis.

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.  
 Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas.



**Figura 1** Esquema de organización de los resultados

**Tabla 3** Codificación de barreras y facilitadores según teoría fundamentada, variable *Producto* del enfoque 4Ps de *Marketing Mix*

| Factor                                  | Tipo        | Subtema               | Código   |
|---|-------------|-----------------------|--|
| Relación c/farmacia                     | Facilitador | Concepto del servicio | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Cercanía</li> <li>• Confortabilidad</li> </ul>   |
| Relación c/farmacéutico                 | Facilitador | Concepto del servicio | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos actualizados del farmacéutico</li> <li>• Tiempo adecuado de atención al paciente</li> <li>• Trato con el paciente</li> </ul>  |
|   | Barrera     | Concepto de servicio  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposibilidad de elegir la persona que realiza el servicio</li> <li>• No teleasistencia</li> <li>• Percepción de baja orientación asistencial</li> <li>• Servicio no multidisciplinar</li> </ul>  |
| Factores externos (interpersonales)     | Facilitador | Concepto de servicio  | Optimización de los recursos del sistema sanitario   |
|   |             | Competencia           | Percepción de baja calidad del servicio en el SNS  |
|   | Barrera     | Concepto de servicio  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidad de indicación de medicamentos que actualmente requieren de receta</li> <li>• Falta de integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario</li> <li>• Mayor formación sobre SPFA en la carrera de Farmacia</li> </ul>   |
|   |             | Competencia           | Apoyo de otros pacientes con la misma necesidad  |
| Factores del paciente (intrapersonales) | Facilitador | Concepto de servicio  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del compromiso</li> <li>• Baja calidad de vida relacionada con salud</li> <li>• Edad avanzada</li> <li>• Miedos</li> <li>• Reconocimiento de automedicación irresponsable</li> <li>• Conocimiento de la importancia de prevención en salud</li> <li>• Percepción de servicio innovador</li> <li>• Baja alfabetización en salud</li> <li>• Elevada intención de uso</li> </ul>   |
|   |             | Competencia           | Conocimiento de servicios percibidos como similares ajenos a la FC   |
|   | Barrera     | Concepto de servicio  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento del servicio</li> <li>• Necesidad de garantía</li> <li>• No disponibilidad 24x7</li> <li>• Preocupación por la confidencialidad de su información sanitaria</li> <li>• Realización del servicio no acompañado de un familiar o amigo</li> <li>• Percepción de intrusismo laboral en el ámbito sanitario</li> <li>• Desconocimiento de la oferta del servicio en la FC</li> <li>• Nombre del servicio no entendible</li> </ul> |
|   |             | Competencia           | Percepción positiva de servicios similares ofrecidos fuera de la FC  |

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.

Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas.

### Factores relacionados con la farmacia

#### Facilitadores

##### Accesibilidad

Indicada por muchos participantes como facilitador, incluye disponibilidad horaria, acudir sin cita y evitar tiempos de espera en comparación con otros centros sanitarios.

"Considero que los farmacéuticos son más fáciles de acceder, por el tema de esperas" (P36, cesación tabáquica).

##### Cercanía

Identificada como facilitador, debido a la capilaridad de las farmacias comunitarias en España, propiciando contacto frecuente con el farmacéutico.

"Para mí es comodísimo, bajo aquí y no tengo que desplazarme" (P11, revisión y control del riesgo vascular).

##### Confortabilidad

Algunos participantes perciben a la FC como un lugar confortable, limpio y sereno.

"Creo que es un lugar que la sensación te da confortabilidad, tranquilidad, limpio" (P38, revisión y control del riesgo vascular).

### Factores basados en la relación con el profesional

#### Barreras

##### Percepción de baja orientación asistencial

Identificada por participantes que no recibieron información por parte del profesional del uso del medicamento o posibles efectos adversos, o que percibieron a la farmacia como perfumería y no como establecimiento sanitario.

"Creo que necesita evolucionar el rol del farmacéutico comunitario en cuanto a educación y acompañamiento. Muchos hemos visto a los farmacéuticos como dispensadores. Y muchas veces el farmacéutico no ha favorecido ser accesible y preguntar a la persona que tienes enfrente y proponer venirle una semana después para ver cómo ha ido todo" (P29, cribado y abordaje EPOC).

##### Imposibilidad de elegir al profesional que realiza el servicio

Algunos participantes indicaron que quisieran elegir el farmacéutico para el SPFA, pero lo consideran complejo porque todo el personal de la farmacia debería capacitarse sobre SPFA.

"Yo creo que este servicio será mucho en función de la persona que lo dé" (P42, revisión y control del riesgo vascular).

##### Falta de disponibilidad de teleasistencia

Algunos participantes indicaron que sería importante la atención a distancia (por teléfono, correo electrónico, etc.) desde la farmacia, como lo realizan otros profesionales sanitarios.

"El CAP Salut, de Generalitat, ha montado una web, *La Meva Salut*. Te registras, pides autorización al CAP para

que te den la contraseña y tienes acceso a tu historial médico y analíticas. Y desde ahí puedes conectar con tu médico o enfermera asignada" (P38, revisión y control del riesgo vascular).

##### Servicio no multidisciplinar

La falta de integración en los SPFA ocasiona desplazamientos para recibir un servicio integral, a diferencia de servicios similares de asociaciones o centros sanitarios con carácter multidisciplinar.

"Si pudiera cambiar algo del servicio añadiría algún profesional específico acompañando al farmacéutico" (P19, cesación tabáquica).

#### Facilitadores

##### Conocimientos actualizados del farmacéutico

Muchos participantes destacaron como facilitador la profesionalidad del farmacéutico, considerando actitud, aptitud y conocimientos actualizados en medicamentos y patologías.

"Creo que la base de esto sería que tengan una buena capacitación continua porque supongo que esto va cambiando, los equipos o nuevas medidas" (P40, revisión y control del riesgo vascular).

##### Tiempo adecuado de atención

Este facilitador indicado por muchos participantes involucra mayor relación paciente-profesional, seguimiento y contacto continuo.

"Lo que más me gusta de la definición del servicio, es que cuando llegas a una farmacia, no sea tan fría. Llegar, dar la receta, te cobran, te vas... Me estás dando un proyecto más amplio para llegar a mi farmacéutico y tener una relación que sería ideal" (P14, revisión uso de medicamentos).

##### Trato con el paciente

Muchos participantes lo consideraron facilitador para conseguir sus objetivos de salud, mediante empatía, confianza, amabilidad, preocupación por el paciente, etc.

"El mejor beneficio, sin mencionar el fármaco, es el trato. Una sonrisa puede hacer mucho, porque ese paciente a lo mejor va a por un ansiolítico y el escucharlo dos minutos y decirle: 'qué bien le veo hoy', es muy importante" (P9, revisión uso de medicamentos).

### Factores relacionados al usuario (intrapersonales)

#### Barreras

##### Desconocimiento del servicio

Muchos participantes desconocían los SPFA y se sorprendían de que se estuvieran ofreciendo desde hace años.

"El servicio parece completo, yo solo conocía el hecho de ir a tomarte la tensión en la farmacia" (P39, revisión y control del riesgo vascular).

### Necesidad de garantía

Muchos participantes opinaron que ayudaría disponer de garantías sobre la efectividad del SPFA, mediante datos estadísticos, casos de éxito, certificación, etc.

"Si hubiese estadísticas del número de fumadores y cantidad de cigarrillos que fuman, si ha servido este método, no me parecería caro el precio, 500 o 1.000 euros, pero si hay estadísticamente que fumadores de 40 cigarrillos al día han dejado de fumar siguiendo estas terapias" (P8, cesación tabáquica).

### No disponibilidad 24x7

Indicado como barrera por no disponer del servicio 24 horas al día, 7 días a la semana, cuando se compara con servicios similares que ofrecen teléfono para emergencias.

"Me gustaría disponer de servicio de urgencias 24 horas. Si las farmacias son de 24 horas, cuando te pasa, da igual que sea a las 3 de la tarde o de la mañana" (P2, revisión uso de medicamentos).

### Percepción de intrusismo laboral en ámbito sanitario

Algunos participantes percibieron los SPFA como similares a servicios realizados por otros profesionales sanitarios, especialmente profesionales de enfermería, suponiendo invasión de competencias de dichos profesionales.

"Es importante que nadie se meta en el campo del otro" (P19, cesación tabáquica).

### Percepción positiva de servicios similares

Diferentes participantes valoraron positivamente otros servicios similares a los SPFA (ejemplo, hipnosis para dejar de fumar), que presentan gratuidad, rapidez en atención y obtención de resultados, teleasistencia, y buen trato.

"Digamos que algo similar tengo en el hospital. Tengo una enfermera especializada que resuelve mis dudas, me da información, dice como conservar la medicación" (P2, revisión uso de medicamentos).

### Preocupación por confidencialidad de información sanitaria

Algunos participantes expresaron preocupación sobre la confidencialidad de su información sanitaria, dentro de la farmacia o entre profesionales involucrados en el SPFA.

"Lo que hablas con el médico es personal. Si el farmacéutico tiene que hablar con tu médico para ayudarte, ahí van datos confidenciales" (P11, revisión y control del riesgo vascular).

### Facilitadores

#### Aumento del compromiso

Muchos participantes expresaron que el SPFA ayudaría a aumentar su compromiso con sus objetivos de salud.

"El papel del farmacéutico es importante a la hora de acompañar a la persona en esta fase pre-contemplativa

para que dé el salto a la contemplativa y acabe en la decisión y acción" (P24, cesación tabáquica).

### Baja alfabetización en salud

Diferentes participantes transmitieron cierto grado de dificultad para gestionar información relevante para su salud, ya sea por inaccesibilidad, incompreensión, mala interpretación, etc.

"El control me parece fantástico. Creo que es una labor que tiene que hacer el farmacéutico porque en primaria o especializada no te enseñan a usar inhaladores" (P32, cribado y abordaje EPOC).

### Edad avanzada y miedos

Algunos participantes lo consideraron facilitadores, debido al consejo y apoyo psicológico del farmacéutico durante el SPFA.

"Un aspecto que me gusta del servicio es que ayuda a las personas que se preocupan demasiado, que le asesoren bien. Para tranquilizar a la persona que debería de tomárselo y no se lo toma o que se lo toma y no debería" (P3, revisión uso de medicamentos).

### Elevada intención de uso

La mayoría de los participantes mostró elevada intención de uso del SPFA consultado.

"Claro que lo utilizaría. Es un servicio que le das a la mano a la persona, un servicio que le das en casa, prácticamente" (P5, cesación tabáquica).

### Percepción de servicio innovador

A varios participantes les sorprendió lo novedoso de algunos SPFA, al igual que la comodidad, rapidez, servicio, aprecio, economía y orgullo (23).

"La idea es muy novedosa y fácil. Es más fácil irte a la farmacia, y tener contacto continuo sobre tu enfermedad o sobre tus deficiencias. Entonces tener alguien que te observe antes de llegar al médico y llegar tarde, está mucho mejor" (P41, revisión y control del riesgo vascular).

### Factores externos (interpersonales e influencias externas)

#### Barreras

##### Apoyo de otros pacientes

Los SPFA no contemplan reuniones grupales, presenciales o virtuales, considerado de ayuda por varios participantes para reducir miedos y aumentar su motivación para lograr sus objetivos de salud.

"En las reuniones de grupo en la asociación del cáncer, nos comprometemos. Hemos creado un grupo de WhatsApp, y, cada vez que a uno le apetece un cigarrillo, pues ¡pam! y está funcionando. De hecho, llevamos tres sesiones y las cinco personas que hemos empezado estamos cumpliendo" (P8, cesación tabáquica).

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.

Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas

#### Falta de integración de la FC en el sistema sanitario

Algunos participantes consideran necesaria la integración de la FC en el sistema sanitario, teniendo un único expediente por paciente, optimizando el uso del sistema sanitario mediante consultas eficientes y complementando el trabajo realizado por diferentes profesionales.

"La farmacia debería formar parte del Sistema Nacional de Salud. Y más si hablamos de tabaquismo, que hay campañas que están cubiertas por el Sistema de Salud. Si esto forma parte de una campaña, de lo que creo que se debe hablar no es para detectar si tienes cáncer de colon o EPOC, sino para ver cuál es tu nivel de salud en respiración" (P33, cribado y abordaje EPOC).

#### Mayor formación sobre SPFA

Varios participantes señalaron importante la formación específica sobre SPFA en Grados o Licenciaturas en Farmacia para reforzar la actitud y aptitud del profesional farmacéutico.

"Creo que se tiene que hacer mucho trabajo de base. Si a ti, como farmacéutico, desde la facultad te transmiten que puedes hacer todas esas cosas... La inmensa mayoría se mete porque tiene vocación asistencial muy grande" (P28, cribado y abordaje EPOC).

#### Facilitadores

##### Optimización de recursos del sistema sanitario

Los SPFA se señalaron como facilitadores para optimizar recursos del sistema sanitario y mejorar el control de enfermedad o medicación al evitar tiempos de espera y desplazamientos.

"Me gusta tener una respuesta rápida. No un diagnóstico, porque no me lo va a dar el farmacéutico. Si vas al Centro de Atención Primaria te puedes tirar una hora. A ver, entras a la farmacia y dices: 'Cuando me levanto a la mañana no veo nada'. Me dirá: 'Mirate la tensión, puede ser que esté alta'. Ya me está vendiendo el producto: 'Vamos a hacer un control y si en una semana vemos que por las mañanas estás alta, vamos al médico'" (P41, revisión y control del riesgo vascular).

## DISCUSIÓN

Algunos estudios previos analizaron facilitadores y barreras para diseminación e implantación de SPFA considerando opiniones de farmacéuticos y expertos, otros trabajos evaluaron opiniones de pacientes de SPFA y, por último, otros estudios analizaron opiniones de potenciales usuarios, evaluando aspectos de la FC y no exclusivamente sobre SPFA. Consecuentemente, hasta donde se conoce, este es el primer estudio cualitativo cuyo objetivo es entender barreras y facilitadores en la demanda de determinados SPFA por parte de potenciales usuarios, empleando por primera vez el concepto de 4Ps del *Marketing Mix*.

Los resultados indican que las barreras y facilitadores de un SPFA son multifactoriales, pudiendo enmarcarse en cuatro áreas interrelacionadas: relacionados con la farmacia, con el farmacéutico, con el usuario (intrapersonales) y con factores externos (interpersonales/influencias externas). Tanto el presente estudio como estudios previos identificaron aspectos que afectan al potencial usuario y al que recibió el servicio (paciente). Adicionalmente, este estudio profundiza en aspectos analizados en estudios previos, identificando algunos nuevos.

Respecto al *Producto*, que en este caso es cada uno de los SPFA estudiados, los resultados inducen a cambios en su definición, para centrarse en las necesidades de los usuarios. Así, el nombre de los SPFA fue considerado como técnico y poco entendible, siendo ideal su unificación a nivel nacional, para una comunicación eficiente. También, la falta de garantías de los SPFA mediante datos estadísticos, casos de éxito o aval de sociedades científicas fue expresada como barrera, para lo cual sería importante consensuar indicadores estandarizados de efectividad, y eficiencia para medirlos y compartir resultados, ya que existe una estrecha relación entre intención de pago y la efectividad de los SPFA: a mayor garantía del servicio, mayor valoración económica (24).

Algunos participantes demandaron mayor flexibilidad en los SPFA, como la forma de pago, asistencia (presencial/virtual), profesional que lo realiza, información compartida con otros profesionales, etc. Incluso algunos de ellos manifestaron la necesidad de que diferentes profesionales sanitarios trabajaran conjuntamente en un mismo servicio y lugar. Alternativas para ello serían compartir información del paciente (historial clínico, farmacológico, etc.) en herramientas colaborativas, y utilizar videollamadas con los profesionales involucrados, como se está realizando actualmente entre médicos de Atención Primaria y Especializada (25).

Según el guion temático, a los participantes también se les preguntó sobre servicios de la competencia o servicios sustitutos y los SPFA, observándose aspectos positivos de la competencia, como la atención multidisciplinar, la disponibilidad 24x7, la rapidez de atención, la teleasistencia y el apoyo de otros pacientes, entre otros, que deberían considerarse para mejorar los SPFA, así como fortalezas de los SPFA como, por ejemplo, la innovación, accesibilidad, cercanía, el trato con el paciente y la optimización de los recursos del sistema sanitario. Así, se diferencian los SPFA de otros servicios que el usuario potencial percibe como similares, ayudando a reducir la percepción de intrusismo respecto al papel de otros profesionales sanitarios (26), y proponiendo estrategias para que el servicio sea percibido como multidisciplinar, mediante colaboración entre profesionales, evitando burocracia y desplazamientos innecesarios.

Según los resultados obtenidos, se considera conveniente adaptar los SPFA a las opiniones de los pacientes y usuarios para garantizar su implantación en la farmacia comunitaria. Estas adaptaciones se deben centrar, sobre todo,

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.

Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas.

en la realización de cambios en la definición de los SPFA, haciendo foco en satisfacer necesidades de los pacientes y usuarios y destacando las fortalezas de los SPFA frente a otros servicios ofrecidos fuera de la FC.

Entre las limitaciones encontradas a la hora de realizar este estudio cabe mencionar: (i) dificultad para reclutar participantes; (ii) análisis inicial realizado por uno de los investigadores y consensado con el resto; (iii) validación de los participantes al finalizar cada entrevista, sin envío de informe de resultados, y (iv) los investigadores son todos farmacéuticos, pudiendo existir sesgos en el análisis y discusión de resultados.

## CONCLUSIONES

En la relación al análisis de la variable *Producto* en el modelo de la 4Ps del *Marketing Mix*, las barreras que dificultan la demanda de los SPFA son la baja adaptación a las necesidades del usuario, los nombres poco entendibles, la falta de integración de la FC en el sistema sanitario, el desconocimiento sobre los SPFA, las insuficientes evidencias de éxito y la satisfacción en servicios percibidos como similares realizados fuera de la FC. Por el contrario, los facilitadores que ayudan al aumento de la demanda de los SPFA son la actitud y aptitud del farmacéutico, el buen trato al paciente, la accesibilidad, cercanía y confortabilidad de la FC y la necesidad del paciente por mejorar su estado de salud. Futuros estudios deberían ayudar a entender mejor a los pacientes y usuarios en su demanda de los SPFA y analizar el resto de las variables del modelo de las 4Ps del *Marketing Mix*.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a participantes y asociaciones, farmacéuticos comunitarios, enfermeras y particulares por su participación. También agradecemos a la doctora Montserrat Gil Girbau todo su apoyo en este proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McCarthy EJ, Perreault WD. Basic marketing: a managerial approach. 10th ed. Homewood, IL: Irwin; 1990.
- Mirzaei A, Carter SR, Schneider CR. Marketing activity in the community pharmacy sector - A scoping review. *Res Social Adm Pharm*. 2018;14(2):127-37. doi:10.1016/j.sapharm.2017.03.056
- Aguilar Santamaría J. Cuatro propuestas para el futuro de la salud y del estado del bienestar para el futuro de la salud y del estado del bienestar, Comisión para la Reconstrucción Social y Económica Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública Congreso de los Diputados. Madrid: Consejo General de Colegios Farmacéuticos; 2020. Disponible en: <https://www.diariofarma.com/2020/06/08/cuatro-propuestas-para-el-futuro-de-la-salud-y-del-estado-del-bienestar>
- Sexto comunicado Foro AF-FC. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/privado/documentos\\_sefac/documentos/6%C2%BA%20comunicado%20FORO%20AF%20FC\\_Servicios\\_Profesionales\\_Farmac%C3%A9uticos\\_Assistenciales.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/privado/documentos_sefac/documentos/6%C2%BA%20comunicado%20FORO%20AF%20FC_Servicios_Profesionales_Farmac%C3%A9uticos_Assistenciales.pdf)
- Gastelurrutia MA, Fernández-Llamos F, Benrimoj SJ, Castrillon C, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007;39(9):465-70. doi:10.1157/13109494
- Kamei M, Teshima K, Fukushima N, Nakamura T. Investigation of Patients' Demand for Community Pharmacies: Relationship between Pharmacy Services and Patient Satisfaction. *Yakugaku Zasshi*. 2001;121(3):215-20. doi:10.1248/yakushi.121.215
- Kassam R, Farris KB, Burbuck L, Volume CI, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical care research and education project: pharmacists' interventions. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001 May-Jun;41(3):401-10. doi:10.1016/s1086-5802(16)31254-2. PMID: 11372905. doi:10.1016/s1086-5802(16)31254-2
- Armando P, Uema S, Solá N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Pract-Granada*. 2005;3(4):205-12. Disponible en: [https://www.academia.edu/24288743/Valoraci%C3%B3n\\_de\\_la\\_satisfacci%C3%B3n\\_de\\_los\\_pacientes\\_con\\_el\\_seguimiento\\_farmacoterap%C3%A9utico](https://www.academia.edu/24288743/Valoraci%C3%B3n_de_la_satisfacci%C3%B3n_de_los_pacientes_con_el_seguimiento_farmacoterap%C3%A9utico)
- Erah PO, Chuks-Eboka NA. Patient's Perception of the Benefits of Pharmaceutical Care Services in the Management of Hypertension in a Tertiary Health Care Facility in Benin City. *Trop J Pharm Res*. 2008;7(1):897-905. doi:10.4314/tjpr.v7i1.14674
- Kassam R, Collins JB, Berkowitz J. Comparison of Patients' Expectations and Experiences at Traditional Pharmacies and Pharmacies Offering Enhanced Advanced Pharmacy Practice Experiences. *Am J Pharm Educ*. 2010;74(5):90. doi:10.5688/aj740590
- Amir M. Assessing the acceptability of community pharmacy based pharmaceutical care services in Karachi. *Innov Pharm*. 2011;2(4). doi:10.24926/iip.v2i4.242
- Al-Arif MN. Patients' perception, views and satisfaction with pharmacists' role as health care provider in community pharmacy setting at Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Pharm J*. 2012;20(4):323-30. doi:10.1016%2Fj.jsps.2012.05.007
- Catic T, Jusufovic F, Tabakovic V. Patients Perception of Community Pharmacist in Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed*. 2013;25(3):206. doi:10.5455/msm.2013.25.206-209
- Rayes IK, Hassali MA, Abdulkarem AR. A qualitative study exploring public perceptions on the role of community pharmacists in Dubai. *Pharm Pract-Granada*. 2014;12(1):363. doi:10.18549/pharm-pract.2016.03.738
- Bojke C, Phillips Z, Sculpher M, Campion P, Chrystyn H, Coulton S, et al. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract*. 2010;60(570):e20-7. doi:10.3399/bjgp09x482312
- García Sevillano L, Mediero Hernández P. Servicios profesionales en la farmacia comunitaria: ¿qué opina el paciente? *Farm Com*. 2014;6(4). doi:10.5672/FC.2173-9218.2014.Vol6.004.03
- Baixauli-Fernández V, Rodríguez M, Calle J, Vaíllo M, Barral P. Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad: conclusiones del proyecto REFCOM, La realidad de la farmacia comunitaria en España, Propuestas para la mejora de la relación farmacéutico-paciente. Madrid: IM&C; 2015. Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/privado/documentos\\_sefac/documentos/C%C3%B3mo%20deber%20ser%20la%20farmacia%20que%20necesita%20la%20sociedad\\_Conclusiones%20proyecto%20Refcom.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/privado/documentos_sefac/documentos/C%C3%B3mo%20deber%20ser%20la%20farmacia%20que%20necesita%20la%20sociedad_Conclusiones%20proyecto%20Refcom.pdf)
- Alghurair SA, Simpson SH, Guirguis LM. What elements of the patient-pharmacist relationship are associated with patient satisfaction? *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:663-76. doi:10.2174/ppa.s35688

Qart-Fernández I, Bermejo M, González-Alvarez M, Melero-Zaera A, Mud-Castelló F, Baixauli-Fernández VJ.

*Estudio cualitativo sobre las barreras y los factores facilitadores en la demanda de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en las farmacias comunitarias españolas*

19. Oliveira DR, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Braz J Pharm Sci.* 2008;44(4):763-72. doi:10.1590/S1516-93322008000400024
20. Doucette WR, McDonough RP. Beyond the 4Ps: Using Relationship Marketing to Build Value and Demand for Pharmacy Services. *J Am Pharm Assoc.* 2002;42(2):183-94. doi:10.1331/108658 002763508470
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042
22. DECRETO 188/2018, de 19 de octubre, del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación. Diario oficial de la Generalidad Valenciana, no 8414, (31-10-2018). Disponible en: [https://dogv.gva.es/datos/2018/10/31/pdf/2018\\_10016.pdf](https://dogv.gva.es/datos/2018/10/31/pdf/2018_10016.pdf)
23. Gil JV. COMTO04PO - Fundamentos de Atención al Cliente. Málaga: Editorial Elearning; 2020.
24. Jaber D, Aburuz S, Hammad EA, El-Refae H, Basheti IA. Patients' attitude and willingness to pay for pharmaceutical care: An international message from a developing country. *Res Soc Adm Pharm.* 2019;15(9):1177-82. doi:10.1016/j.sapharm.2018. 10.002
25. Quiónsalud [Internet]. El Hospital General de Villalba incorpora la tele dermatología para mejorar la atención médica y reducir tiempos de espera en el diagnóstico y desplazamientos de pacientes. 2018 [citado 4 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.quionsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/hospital-general-villalba-incorpora-tele dermatologia-mejora>
26. Costa KS, Goldbaum M, Guayta-Escobes R, Modamio P, Mariño EL, Tolsá JLS. Coordinación entre servicios farmacéuticos para una farmacoterapia integrada: el caso de Cataluña. *Cienc Saude Coletiva.* 2017;22(8):2695-608. Disponible en: doi:10.1590/1413-812320172228.02232017. Errata en: doi:10.1590/1413-81232017 229.19572017