

## Revisión / Review

# Barriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies

## Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española

Miguel A. GASTELURRUTIA, Fernando FERNANDEZ-LLIMOS, Pilar GARCIA-DELGADO, Paloma GASTELURRUTIA, Maria J. FAUS, Shalom I. BENRIMOJ.

Text in English

Texto en español

### RESUMEN

La implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria está siendo más lenta de lo deseable. Muchos autores han descrito barreras que dificultan esta implantación, y facilitadores que podrían contribuir a acelerarla. En el presente trabajo se realiza una revisión de la literatura sobre estos elementos en España.

No existe un patrón común en cuanto a la descripción de barreras, existiendo importantes omisiones en algunos de los trabajos; además no se han encontrado trabajos específicamente orientados a la búsqueda de facilitadores.

**Palabras clave:** Servicios cognitivos. Farmacia comunitaria. España.

### ABSTRACT<sup>†</sup>

The implementation of cognitive services in the community pharmacy is proving to be slower than expected. A number of authors have described barriers to implementation, and facilitators that might contribute to accelerating the process. This paper reviews the literature on these two groups of elements in Spain.

Descriptions of the barriers show no common pattern, and some of the studies contain important omissions. Moreover, we have been unable to find any papers specifically dealing with the search for facilitators.

**Keywords:** Cognitive services. Community pharmacy. Spain.

## (English)

### COGNITIVE SERVICES

A lack of precision with regard to terminology is common to much practice and research related to the community pharmacy. In Spain, this is the case of the term *atención farmacéutica* [Pharmaceutical Care]<sup>1</sup> itself. This confusion, with regard to Pharmaceutical Care, also occurs in other countries.<sup>2-4</sup> As a result, some authors explain that, although certain services are known under

\* Miguel A. GASTELURRUTIA. Master en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (España) (GIAF-UGR).

Fernando FERNÁNDEZ-LLIMÓS. Doctor en Farmacia Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (España) (GIAF-UGR).

Pilar GARCIA-DELGADO. Master en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (España) (GIAF-UGR).

Paloma GASTELURRUTIA. Licenciada en Farmacia.

María J. FAUS. Doctora en Farmacia Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (España) (GIAF-UGR).

Shalom I. BENRIMOJ. Doctor en Farmacia. Profesor de Práctica Farmacéutica, Universidad de Sydney.

Dirección: Paseo de Lartxo 98. 20017 San Sebastián (España)

<sup>†</sup>Miguel A. GASTELURRUTIA. MSc. (Pharm). Pharmaceutical Care Research Group., University of Granada (Spain).

Fernando FERNÁNDEZ-LLIMÓS. PhD. PharmD.

Pharmaceutical Care Research Group., University of Granada (Spain).

Pilar GARCIA-DELGADO. MSc. (Pharm). Pharmaceutical Care Research Group., University of Granada (Spain).

Paloma GASTELURRUTIA. BSc Pharm..

María J. FAUS. PhD. PharmD. Pharmaceutical Care Research Group., University of Granada (Spain).

Shalom I. BENRIMOJ. PhD. Professor of Pharmacy Practice, University of Sydney (Australia).

Address: Paseo de Lartxo 98. 20017 San Sebastián (Spain)

different names, on many occasions they describe interchangeable practices<sup>5</sup>.

Cipolle et al.<sup>6</sup>, in analysing the underlying concept behind the term "cognitive services", say that it is difficult to determine when it appeared for the first time with reference to pharmacy, and provides several different definitions. The authors reach the conclusion that the term "community pharmacy cognitive services", encompasses a broad group of different activities carried out in the community pharmacy, including for example – patient counselling, the offering of technical education and information, drug utilization evaluation, disease management programmes and the drug therapy follow up service.

There are authors<sup>7</sup> who interpret cognitive services in general terms as being added-value services in pharmaceutical care, including traditional counselling, specific disease management programmes, and services for preventing and detecting a range of pathologies.

For Roberts et al.<sup>8</sup>, cognitive pharmaceutical services are "services offered by pharmacists, in which they use their specialised knowledge to enhance patient drug therapy and disease management, through interaction with both the patient and other health professionals".

Other authors see cognitive services as being services that help to ensure that the patient's therapy is suitable, safe, effective and convenient and divide them into 1) Pharmaceutical care, including programmes of disease state management, 2) Collaborative practice agreements: arrangements by which pharmacists work with physicians under written and signed protocols to perform certain patient care functions under certain specified conditions and 3) Pharmacist - directed services run by pharmacists related to situations in which effective drug therapy is most critical.<sup>9</sup>

In summary, cognitive services could be defined as being those patient-oriented services, offered by pharmacists, which require a specific knowledge, intended to improve the process of use of medicines and/or pharmacotherapy outcomes. There might be said to be two types of cognitive services, some centred on the process of use of medicines and others centred on assessing the outcomes of drug therapy:

- Process-oriented cognitive services. Essentially based on improving the process of use of medicines.
- Outcomes-oriented cognitive services. These are cognitive services essentially oriented towards analysing and assessing the outcomes of drug therapy. They have also been called advanced cognitive services.<sup>10</sup>

Table 1 gives some examples of cognitive services.

### Society's medicine-related needs

Community pharmacy cognitive services could therefore be said to be a set of professional services that community pharmacy can offer society as a result of the change in the orientation from the product to the patient.

In fact, what these new cognitive services provide are tools that help pharmacists to meet patients' medicine-related needs. This requires further analysis to determine

needs and whether they ultimately refer to society or to each patient as an individual. The inherent complexity of the term makes it difficult to define the concept of "need" and, as a result, a great number of definitions have been proposed.<sup>11,12</sup> The Royal Academy of Spanish Language<sup>13</sup> gives six meanings for the term "necesidad" (need), some of them with no relationship with health. Only two meanings defining 'need' can be cited: 'lack of things which are necessary for life preservation' and 'especial suffered risk or jeopardy that needs an immediate action'. The important issue is to clarify that there is a difference between the concept of need and that of health care needs.<sup>11</sup>

Process cognitive services	Outcome cognitive services
Syringe interchange program.	
Methodone program.	Nicotine Replacement
Screenings.	Pharmacovigilance
Indicators:	Disease State Management (DSM)
BP, Weight and size, Dry chemistry.	Drug Therapy Follow up
Unit Dose Packaging	
Health education	
Pharmacist counselling	
Medication review	
Compounding	
Quality programs*	
(*Quality is included as a service, not being one really, because its implementation leads to a general improvement of the other services.)	

In developing his taxonomy of needs, Bradshaw identified four types of social needs: (a) Normative Needs (defined by experts and determined by investigation and knowledge), (b) Felt Needs, (c) Expressed Needs and (d) Comparative Needs.<sup>14</sup>

Due to a lack of resources, health needs are commonly divided into Needs, Demands and Supply<sup>12</sup> (figure 1). Demand is what the patient asks for; it is the need that patients feel when they go to their doctor or pharmacist. General practitioners have a key role as gatekeepers in controlling this demand, and, for example, waiting lists can be seen as an intermediary indicator and a consequence of this demand. Interestingly, demand from patients for services can depend on the characteristics of the patient or on the media's interest in the service. Also of note is that demand can be stimulated by supply<sup>12</sup>. Supply can be defined as the health care provided and will be influenced by the interests of health professionals, the priorities of politicians and the amount of money available. Assessments of health technologies, at a national level, are intended to assess the supply of new services and treatments before their widespread introduction<sup>12</sup>.

The problem is that in assessing needs, we only base our strategic thinking on the services that are currently being provided.<sup>15</sup> The health care expert must try to establish the needs of each individual patient. If the assessment of needs is intended to be a trigger for change in the existing health services, the best thing would be to develop definitions that are oriented towards achieving the greatest possible level of health and which are clinically appropriate for the population being served.<sup>11</sup>

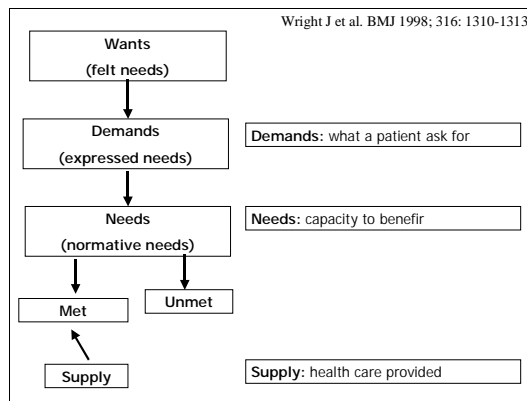


Figure 1. Health needs

If the results of surveys regarding satisfaction with current performance are accepted, there appears to be no need to introduce new services. Why offer new community pharmacy cognitive services, if the public is satisfied with current levels of service? What people require of pharmacies is that they be accessible, have the medicines in stock, have a pleasant environment and do not make them wait long to be served.<sup>10,16,17</sup> These results have been mirrored in other countries in the region, such as Portugal.<sup>18</sup>

A survey carried out by Sigma Dos in Spain<sup>16</sup> showed that Spanish consumers reported “high level of satisfaction with the service provided in Spanish pharmacies”. The highest scores were given to the following aspects: professionalism, service/attention to the user, proximity and availability of medicines; all with scores of above eight (out of a possible 10). Another three aspects were rated at an average of between seven and eight points these included, opening times, the health advice/care given to users and the emergency service. The two aspects that scored lowest—although still close to seven points—were value for money and disease monitoring. Naturally, this study<sup>16</sup> analyses the existing dispensing pharmacy. The main activity of the pharmacy continues to be to dispense medicine and medical devices.<sup>19-24</sup>

A survey of this kind can be misleading.<sup>10</sup> People’s satisfaction with a service is entirely conditioned by their expectations of that service. Similarly, satisfaction refers to the consumer’s judgement regarding how he/she has been provided a given service. The level of satisfaction is therefore the result of the consumer’s comparison between his or her expectations and the actual service experience. This gap between expectation and experience impacts on how the consumer feels about the service experience, and their satisfaction with the service.<sup>25</sup> Consequently, surveys that assess satisfaction levels will vary depending on whether distributive or cognitive services are measured.<sup>26</sup> Rodríguez et al. have measured knowledge and satisfaction exclusively with regard to drug therapy follow up.<sup>27</sup> In evaluating the practice of drug therapy follow up, this survey found a high degree of satisfaction. However, in this case it was limited to a specific cognitive service.

Unfortunately, current consumers do not realise what the pharmacy can offer them. Indeed they are not acquainted with the problems associated with public health. These issues are preventable,<sup>28</sup> by being resolved by the

pharmacist. Moreover, consumers are unaware that the pharmacy can provide medicines, give information on their use,<sup>23</sup> and help ensure that medicines are safe and effective.<sup>29</sup> It is in this new vision of pharmacy practice that the various community pharmacy cognitive services are dealing with. Fundamentally, drug therapy follow up, as a basic service in the future practice of the community pharmacist, is particularly important.<sup>30</sup>

Ultimately, the cognitive services the community pharmacy can offer will seek to address unstated needs, not demands. As a result, it could be argued that 1) these are new care services with no demand, as the public is not familiar with them. Therefore they are not expressed needs; 2) these unexpressed needs are not apparent to doctors or health authorities; and 3) in some cases, these needs have not been demonstrated as effective or efficient.<sup>5</sup>

### Barriers and Facilitators

All the factors listed above can partially explain why the process of changing the community pharmacy is proving to be slow in reality.<sup>31</sup> Although most pharmacists approve the philosophy underlying pharmaceutical care,<sup>32</sup> and more specifically the benefits of the drug therapy follow up programmes, widespread implementation in daily practice is still rare.<sup>4,33-35</sup>

The current international literature analyses barriers to the dissemination, implementation and subsequent sustainability of different cognitive services. However the possible facilitators that can help overcome these barriers would benefit from further debate. To do this, the ideas behind the implementation of new services need to be defined. The concept of innovation and the dissemination, implementation and sustainability of new cognitive services need analysis, with a view to highlighting complications and subsequent ways to overcome these barriers.

Innovation is an idea, practice or concept that is perceived as new by an individual or other adopters.<sup>36</sup> Using this definition, community pharmacy cognitive services, and more specifically drug therapy follow up, can be seen as innovations in the field of pharmacy practice. Dissemination is the spread of an innovation which is directed and managed.<sup>36</sup> In the area of the community pharmacy, Benrimoj defines dissemination as “the act of ensuring that the pharmaceutical service concepts are spread and accepted through all areas of the profession leading to optimal implementation”.<sup>37</sup> Implementation consists of the establishment, in practice, of a cognitive service, including protocols, processes, documenting systems and assessment of results, as required. Sustainability can be defined as the maintenance of a service over time, including its documentation systems and monitoring indicators. This is an essential element when considering the introduction of a service. A barrier is any type of obstacle (material or immaterial) which hinders or impedes the dissemination, implementation and/or sustainability of community pharmacy cognitive services. Finally, a facilitator is any type of element (material or immaterial) which can help to overcome barriers and/or accelerate the dissemination,

implementation and/or sustainability of community pharmacy cognitive services.

## BARRIERS

Since the process of change is proving slow, a number of authors have examined the elements that hinder the implementation of community pharmacy cognitive services. These studies have confirmed the broad consensus on the importance of introducing and implementing pharmaceutical care services in the community pharmacy.<sup>38-42</sup>

In 1998 Bell et al. analysed barriers to the implementation of cognitive services in Northern Ireland.<sup>43</sup> They found that factors which impeded action consisted essentially of (1) inadequate training (2) business orientation of pharmacists (3) isolation of pharmacists (4) lack of enthusiasm (5) lack of contact with patients.

Similarly, Odenina<sup>44</sup> has focused on the processes of change within the United States. An analysis into the obstacles associated with these processes resulted in the following list of barriers: (1) physical layout of the pharmacy, (2) qualifications of personnel, (3) practice orientation, (4) patient expectation, (5) physician cooperation, (6) computer support, (7) competency.

1	Lack of money (reimbursement)
2	Lack of time
3	Attitude/opinion of other professionals
4	Lack of communication skills
5	Health care structure in general
6	Lack of clinical education
7	Attitude/opinion of pharmacists
8	Lack of education in communication
9	Lack of management skills
10	Lack of vision on professional development

In their work, van Mil et al.<sup>45</sup> analyse the perceived barriers to the implementation of services of pharmaceutical care in the community pharmacy in 11 European countries including Spain. In all of the countries selected, some experience had been gained in introducing these services. The two most important barriers were a lack of time and a lack of money, or rather, a lack of reimbursement for services. Table 2 shows the 10 most significant barriers in absolute values listed by this survey. Lack of reimbursement for services is the barrier which is perceived as being the greatest in all countries except one—Spain, where money was not cited as a factor by those interviewed (Table 3). In their conclusions, the authors recommended that European pharmaceutical societies should address the system of reimbursement of pharmacists before trying to introduce community pharmacy cognitive services in their respective countries. However, the Australian experience, as reported by Roberts et al. suggests that payment alone does not create rapid change. A number of complex and interconnected facilitators are also important. Van Mil et al. also highlighted the importance of altering pharmacists' attitudes to a change in professional practice. This would ultimately require modifications in university curricula. Although van Mil et al. do not site

Spain in their conclusions, it is worth noting the importance the “attitude/opinion of other health professionals”, particularly the doctor's opinions, which were highlighted by Spanish interviewees as being the most highly ranked barrier for Spanish pharmacists. The attitude of both the owner (in 2nd place) and the other staff working in the pharmacy (11th place) should also be noted.

1	Attitude/opinion of other professionals
2	Attitude of pharmacy owner (the boss)
3	Health care structure in general
4	Lack of time
5	Lack of software for medication assessment
6	Attitude/opinion of patients (no demand)
7	Lack of communication skills of pharmacists
8	Attitude/opinion of practising pharmacists (product orientation)
9	Lack of clinical education
10	Lack of management skills
11	Attitude/opinion of staff
12	Lack of education in communication

Recently, Plaza and Herrera,<sup>46</sup> published the results of a Delphi survey covering these issues. The authors sent questionnaires to two groups of pharmacists: one group whom they considered to be “experts in pharmaceutical care” (on the basis of previously established selection criteria) and another group of pharmacists from Seville who were chosen at random and stratified. All those interviewed mentioned one barrier, which was the absence of training to meet the needs of the new activity. According to this survey, experts tend to strategise an ideal model of pharmaceutical care. The barriers described by the experts are, 1) the change of mentality in the way of working, 2) deficient training, and 3) negative attitude of the pharmacists themselves (lack of enthusiasm, incredulity, fear of change, etc). These experts did not report the lack of time and the lack of space in the pharmacy. The barriers found in this study were: 1) overwork, 2) lack of time, 3) insufficient structure, 4) deficient training, 5) lack of personal and economic motivation, 6) absenteeism linked to age, 7) lack of autonomy of assistants—who are generally the ones who are most motivated, 8) isolation in rural pharmacies, 9) the patient and the doctor as barriers and 10) the staff of the pharmacy themselves, due to their lack of collaboration. This study also showed that when the pharmacist engaged the philosophy and practice of pharmaceutical care a greater number of difficulties arose and these were related essentially with criteria of structure. In contrast, as they increasingly adopted pharmaceutical care, the difficulties diminished and then become more associated with the process and the outcomes. Interestingly, Plaza and Herrera analysed the barriers on the basis of the pharmacist's degree of experience in introducing pharmacy cognitive services. They suggest that: (a) pharmacists who have already introduced services are concerned about the issues of training and communication with doctors; (b) those who are about to begin to introduce these services are concerned about the lack of time, training and payment; (c) those who have abandoned practice have done so because of lack of time, lack of space in the pharmacy, lack of payment, lack of consensus in the working procedures and a lack of collaboration from the team in the pharmacy, from the patients and from the doctors.

They also mention problems associated with training; and (d) those who consider pharmaceutical care not to be viable attribute structural problems (lack of staff, training, money, space, and time), a lack of recognition by authorities and a lack of support from association structures.

Another study<sup>47</sup> analysed the level of knowledge among community pharmacists in Granada with regard to drug therapy follow up and the barriers they think hinder its development. Before the study was conducted a nominal group was formed to prepare a list of barriers to implementation of drug therapy follow up. The barriers described by this group and prioritised by the participants in the study are listed in Table 4. The barriers detected as results in the study are listed in Table 5.

1	Lack of time
2	Lack of training in drug therapy follow up
3	Unawareness of the importance of DTP by pharmacists, physicians and society in general.
4	Pharmacists are not really aware of the meaning of drug therapy follow up, although they believe they actually do it in practice.
5	Dispensing as a priority
6	Fear of responsibility and commitment
7	Pharmacy as a business activity but not as a health profession
8	Shame and fear of communicating to physicians and patients.

In a review analysing the barriers to implementation of pharmaceutical care services, Martin Calero et al.<sup>33</sup> say that "like all innovative practices, it provokes a certain rejection among professionals, made worse by the lack of recognition and the lack of reimbursement for the services". The authors feel that these barriers explain why community pharmacy cognitive services are proving slow and difficult to implement. Although the authors are Spanish, they suggest that a fundamental barrier explaining the slowness and difficulty of the process of introducing community pharmacy cognitive services, together with the lack of recognition, is the lack of payment for services, contradicting the findings of Mil et al.<sup>45</sup>, Plaza and Herrera<sup>46</sup> and Hidalgo<sup>47</sup>.

## FACILITATORS

The study of barriers to the dissemination, implementation and sustainability of new community pharmacy cognitive services is important, as it enables us to analyse a number of facilitators that might allow pharmacists to plan improvement strategies to overcome these barriers and help advance change.

Zardain has conducted a survey in Asturias, and her preliminary conclusion leads to concern: "very few perform drug therapy follow up and the majority are not considering implementing it in the near future". The survey found that 57% of the pharmacists who responded were at a phase of "precontemplation".<sup>48</sup> Another study carried out in Badajoz<sup>49</sup> confirms these figures, showing that only 3% of those surveyed perform drug therapy follow up on a continued basis and more than 20% of pharmacists did not know what drug therapy follow up

consisted of. This ignorance was also highlighted in Hidalgo's study<sup>47</sup>, which found that 87.9% of pharmacists in Granada city were not familiar with the concept of drug therapy follow up. Paradoxically, 93.8% of pharmacists want the service to be introduced in pharmacies and 72.3% of pharmacists interviewed believe that they are carrying out drug therapy follow up without knowing what the service consists of. Similar results have been shown by other authors.<sup>50</sup>

1	Lack of training in drug therapy follow up
2	Pharmacists are not really aware of the meaning of drug therapy follow up, although they believe they actually do it in practice.
3	Unawareness of the importance of DTP by pharmacists, physicians and society in general.
4	Lack of time
5	Dispensing as a priority
6	Fear of responsibility and commitment
7	Pharmacy as a business activity but not as a health profession
8	Shame and fear of communicating to physicians and patients.

In the literature review conducted by Roberts et al.,<sup>51</sup> the facilitators were divided into two groups: a) those facilitators which had been experimented with by the participants in the study within a professional environment (experimental facilitators) and b) others that they considered as possible factors that might help overcome the existing barriers to the implementation of community pharmacy cognitive services (potential facilitators). The authors found 25 different facilitators related to the first group, while the second contained a further 20, as well as those from the first group. The conclusion of this survey was that few studies had reported facilitators based on practical experience rather than stated barriers on theoretical grounds. Roberts et al. subsequent qualitative study identified 6 facilitators of the process of change: a) reimbursement for implementing and/or providing the service, b) external support or assistance, c) reorganisation of the structure of the pharmacy and its functions, d) communication, e) internal leadership, and f) delegation of tasks. Roberts et al. also identified what have been called "motivators for a change in practice" for example the desire for job satisfaction, offering health care to the patient, or perceived or real threats to the business model. They argue that both the philosophical values held by a pharmacist and reasons for wanting professional change are important factors in predicting the success of a change in professional practice.

In this review we have found no publications oriented towards the search and identification of facilitators in Spain. However, there are a number of works that indirectly address factors that can help overcome barriers to implementing change. For example, Vázquez,<sup>52</sup> argues that training itself is not a facilitator, but that health authority's policy could act as one, by providing support and making it compulsory. The author argues that, if the authorities were to pay for the cognitive services instead of paying for the distributive services, it would become "the definitive facilitator".

Although Plaza and Herrera<sup>46</sup> do not use the term facilitator, they mention some that are common to the two groups analysed (experts and pharmacists): 1) the development of agreed procedures, 2) the development of suitable systems of collaboration and communication with doctors, 3) the need for training tailored to the needs of the process, 4) publicising the service among patients and the general public, 5) publicising the service among doctors, 6) creating foundations for the processes, looking for means of implementation, a working system, etc., 7) it should be a viable service for all pharmacies (universal nature of the service), and 8) financing of the service.

Training and reimbursement of the services by the administration were also considered to be possible facilitators in the study conducted by Hidalgo et al.<sup>47</sup>

## CONCLUSION

Over recent years a number of authors have described some barriers and some facilitators, but there is no agreement between the results obtained from the different studies.

Studies are urgently needed to analyse the barriers encountered by pharmacists to the dissemination and implementation of community pharmacy cognitive services. Similarly, the facilitators that help overcome these barriers should be analysed and improvement plans designed to enable the dissemination, implementation and subsequent sustainability of community pharmacy cognitive services.

## (Español)

### SERVICIOS COGNITIVOS

La falta de precisión en los nombres es una situación habitual en la práctica e investigación relacionada con la farmacia comunitaria, tal como sucedió con el propio nombre de atención farmacéutica<sup>1</sup> en nuestro país. Este hecho no es exclusivo de España, sino que también ocurre en otros países referidos al mismo concepto de *pharmaceutical care*.<sup>2-4</sup> Por ello, algunos autores tienen que matizar que aunque ciertos servicios se denominen con diferentes nombres, en muchas ocasiones describen prácticas intercambiables.<sup>5</sup>

Cipolle et al.<sup>6</sup> al realizar un análisis del concepto subyacente bajo el término servicios cognitivos afirman que es difícil determinar cuando éste aparece por primera vez aplicado a la farmacia, a la vez que repasan diferentes definiciones del mismo. Llegan a la conclusión que bajo el nombre de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, se incluye un grupo amplio de diferentes actividades que se realizan en la misma, entre las que incluyen, por citar algunas, la provisión de consejo farmacéutico, el ofrecimiento de educación e información técnica, la revisión de la medicación, los programas de gestión de la enfermedad o el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Hay autores<sup>7</sup> que asimilan el concepto de servicios cognitivos, de una manera general, al de servicios de valor añadido en atención farmacéutica incluyendo entre estos, el tradicional consejo farmacéutico, programas específicos de gestión del estado de la enfermedad, y servicios de prevención y detección de patologías diversas.

Para Roberts y col,<sup>8</sup> servicios farmacéuticos cognitivos son aquellos "servicios ofrecidos por farmacéuticos, en los que utilizan su conocimiento y pericia para mejorar la farmacoterapia y la gestión de la enfermedad, mediante la interacción con el paciente o con otro profesional sanitario cuando ello sea necesario".

Otros autores señalan que los servicios cognitivos son aquellos que ayudan a asegurar que la terapia del paciente es apropiada, segura, efectiva y conveniente y los dividen en 1) *Pharmaceutical care*, incluyendo aquí programas de gestión del estado de la enfermedad, 2) acuerdos de colaboración práctica de farmacéuticos con médicos y 3) Servicios dirigidos por farmacéuticos haciendo referencia a situaciones en las que la terapia efectiva es crítica.<sup>9</sup>

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

- Servicios cognitivos orientados al proceso. Fundamentalmente basados en mejorar el proceso de uso del medicamento.
- Servicios cognitivos orientados a los resultados. Son aquellos servicios cognitivos orientados fundamentalmente a analizar y evaluar los resultados de la farmacoterapia. También han sido denominados servicios cognitivos avanzados.<sup>10</sup>

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

### Necesidades de la sociedad con relación a su medicación

Por tanto, se podría decir que los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria constituyen el conjunto de servicios profesionales que la farmacia comunitaria puede ofrecer a la sociedad como consecuencia del cambio de orientación del medicamento hacia el paciente.

En realidad lo que estos nuevos servicios cognitivos van aportando son herramientas que ayudan al farmacéutico a atender las necesidades del paciente en cuanto a su medicación. Esta afirmación requiere un análisis ulterior para definir cuales son esas necesidades y si en último término

se refieren a la sociedad o a cada paciente como individuo. No es fácil definir el concepto "necesidad" debido a la inherente complejidad del término, por lo que han sido propuestas muchas definiciones.<sup>11</sup> De hecho, el mundo de la salud tiene una visión sobre qué significan las necesidades, diferente de la que tienen los sociólogos, filósofos o economistas.<sup>12</sup> La Real Academia Española<sup>13</sup> describe seis acepciones para el término "necesidad", algunas sin ninguna relación con el mundo de la salud. Cierto interés tienen las acepciones que definen la necesidad como la 'carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida' o como el 'especial riesgo o peligro que se padece y en que se necesita pronto auxilio'. Quizás lo importante es aclarar que existe una diferencia entre el concepto de necesidad y el de necesidad de atención sanitaria.<sup>11</sup>

Debido a la falta de recursos, habitualmente las necesidades en salud se diferencian en Necesidades, Demandas y Oferta<sup>12</sup> (Tabla 2). La Demanda hace referencia a lo que el paciente pide; es la necesidad que sienten los pacientes cuando acuden a su médico o a su farmacéutico. El médico de familia tiene un papel de *gatekeeper* en el control de la demanda de servicios sanitarios, y, por ejemplo, las listas de espera se pueden entender como un indicador intermedio y una consecuencia de esta demanda. La demanda de los pacientes por un servicio puede depender tanto de las características del paciente como del interés de los medios de comunicación por el servicio. Es interesante reseñar que la demanda puede también ser influida por la oferta.<sup>12</sup> La oferta se puede definir como el servicio sanitario ofrecido y va a depender del interés de los profesionales sanitarios, de las prioridades de los políticos y de los recursos disponibles. La evaluación de las tecnologías sanitarias a nivel nacional trata de evaluar la oferta de nuevos servicios y tratamientos antes de su introducción a gran escala.<sup>12</sup>

Servicios Cognitivos orientados al Proceso	Servicios Cognitivos orientados a Resultados
Programas de intercambio de jeringuillas Programas de mantenimiento con Metadona. Cribados. Indicadores: Presión Arterial, Peso y talla, Química seca DAC/SPD Educación para la Salud Consejo farmacéutico Revisión de la medicación Formulación Magistral Mejora continua de la calidad*	Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) Farmacovigilancia Gestión de la medicación (DSM) Seguimiento Farmacoterapéutico

(\*Se incluye como servicio cognitivo porque supone una mejora en todos los procesos de la farmacia que redundan en una mejora de los servicios prestados.)

1	Dinero
2	Tiempo
3	Actitud/opinión de otros profesionales
4	Habilidad de comunicación
5	Estructura del Sistema de salud, en general
6	Falta de formación clínica
7	Actitud/opinión del farmacéutico
8	Falta de formación en comunicación
9	Falta de habilidades en gestión
10	Falta de visión sobre el futuro profesional

Bradshaw, a la vez que desarrolló una taxonomía de las necesidades, describió cuatro tipos de necesidad social: (a) Necesidad Normativa (definida profesionalmente y basada en la investigación y en el conocimiento), (b) Necesidad Sentida, (c) Necesidad Expresada y (d) Necesidad Comparativa.<sup>14</sup>

El problema que se plantea es que a la hora de evaluar necesidades sólo nos basamos en los servicios existentes.<sup>15</sup> El profesional debería tratar de establecer las necesidades de cada paciente individual. Si la evaluación de las necesidades se propone como un desencadenante para iniciar el cambio en los actuales servicios sanitarios, lo mejor sería desarrollar definiciones que se orienten a la consecución del mayor nivel de salud posible y que sean clínicamente apropiadas para la población a la que se atiende.<sup>11</sup>

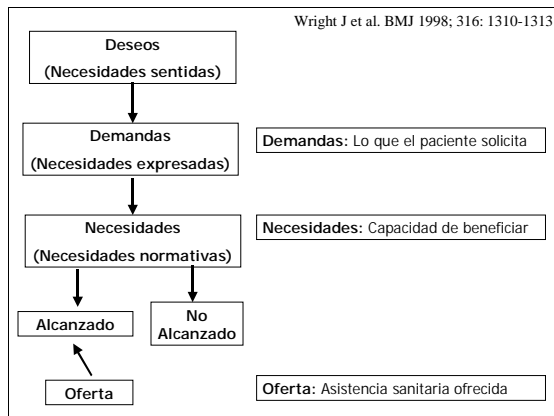


Figura 1. Necesidades en Salud

En relación con la prestación farmacéutica, y si atendemos a los resultados de los estudios sobre satisfacción con las actuales prestaciones, se plantea una supuesta falta de necesidad de implantar nuevos servicios. ¿Para qué ofrecer nuevos servicios cognitivos de la farmacia comunitaria si la sociedad está satisfecha con la oferta de la farmacia comunitaria?. En este sentido, cuando se pregunta la opinión sobre los servicios que actualmente presta la farmacia, la sociedad suele manifestar que está satisfecha. De la farmacia se espera accesibilidad, que tengan el medicamento en stock, un entorno agradable y no tener que esperar mucho tiempo a que le atiendan.<sup>10,16,17</sup> Esto también ha sido constatado en otros países de nuestro entorno, como es el caso de Portugal.<sup>18</sup>

En España, en el estudio realizado por Sigma Dos,<sup>16</sup> junto a la valoración global positiva que hacen los españoles de la oficina de farmacia a la que acuden habitualmente, es de reseñar "el alto grado de satisfacción con el servicio que se dispensa en las farmacias españolas". Los aspectos mejor valorados fueron: la profesionalidad, el servicio/atención al usuario, la cercanía y la disponibilidad de medicamentos; todos ellos con una puntuación superior a 8 sobre 10. Entre siete y ocho puntos de media evaluaron otros tres aspectos: la disponibilidad horaria, los consejos/asistencia sanitaria que se les facilita a los usuarios y el servicio de urgencia. Los dos aspectos que reciben la puntuación más baja, si bien se acercan a los siete puntos, son: la relación calidad/precio y el seguimiento de la enfermedad. Este estudio<sup>16</sup> analiza, como no podía ser de otra manera, la actual farmacia distribuidora. Ya se ha insistido en que, a día de hoy, la actividad principal de la farmacia sigue siendo la Dispensación de medicamentos y productos sanitarios.<sup>19-24</sup>

Este tipo de estudios puede llevar a conclusiones equivocadas.<sup>10</sup> La satisfacción ante un servicio está totalmente condicionada por las expectativas que se tienen sobre el servicio en cuestión. De hecho la satisfacción hace referencia al juicio del consumidor sobre cómo le ha sido ofrecido un determinado servicio. Por tanto, el nivel de satisfacción es el resultado de la comparación del consumidor entre sus expectativas sobre el servicio y el servicio recibido. El espacio ente las expectativas y la experiencia sentida influye radicalmente sobre cómo sentimos y opinamos sobre el servicio, es decir, afecta al grado de satisfacción con el servicio.<sup>25</sup> Por ello, los cuestionarios para la evaluación de la satisfacción deben ser diferentes si medimos servicios distributivos o servicios cognitivos.<sup>26</sup> Esto es lo que han hecho Rodríguez y col. cuando han medido conocimiento y satisfacción exclusivamente en torno al seguimiento farmacoterapéutico.<sup>27</sup> También al valorar la práctica del seguimiento farmacoterapéutico en este estudio se encontró un grado de satisfacción elevado, pero en este caso respecto a un servicio cognitivo concreto.

Los usuarios hoy desconocen lo que la farmacia puede ofrecerles. Desconocen que existe un problema de salud pública, muy prevalente, que puede ser evitable en proporciones elevadas<sup>28</sup> y al que el farmacéutico puede hacer frente; además, desconocen que la farmacia, además de proporcionales el medicamento y aportarles información sobre el proceso de uso de los mismos<sup>23</sup>, puede ayudarles a que el medicamento sea efectivo y seguro.<sup>29</sup> Es bajo este nuevo prisma de práctica farmacéutica donde adquieren su importancia los distintos servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, de los que estamos hablando, y fundamentalmente el seguimiento farmacoterapéutico, como servicio básico en la futura práctica del farmacéutico comunitario.<sup>30</sup>

Así pues, los servicios cognitivos que la farmacia comunitaria puede ofrecer van a tratar de abordar

necesidades no sentidas y por tanto no expresadas, no demandadas. Por ello, es posible afirmar que: 1) son nuevos servicios asistenciales y, por desconocidos por la población, no existe demanda. No son, por tanto, necesidades expresadas; 2) son desconocidos por los médicos e incluso por la administración sanitaria; 3) en algunos casos no han demostrado su efectividad ni su eficiencia.<sup>5</sup>

### **Barreras y Facilitadores descritos.**

Todo lo expuesto explica, al menos en parte, que en realidad el proceso de cambio de la farmacia comunitaria está siendo lento.<sup>31</sup> Aunque la mayoría de los farmacéuticos aprueban la filosofía subyacente a la atención farmacéutica,<sup>32</sup> y más concretamente los beneficios de los programas de seguimiento farmacoterapéutico, su implantación generalizada en la práctica diaria es aún minoritaria.<sup>4,33-35</sup>

En la literatura internacional existen muchos trabajos que analizan las barreras que dificultan, tanto la diseminación como la implantación y posterior sostenibilidad de diferentes servicios cognitivos. Sin embargo también es necesario analizar los posibles elementos facilitadores que puedan ayudar a superar esas barreras. Para ello, es necesario definir conceptos relacionados con la implantación de nuevos servicios como son el concepto de innovación, en qué consiste la diseminación, implantación y sostenibilidad referidos a un nuevo servicio cognitivo, o los conceptos de dificultades o barreras y elementos facilitadores para la superación de dichas barreras.

Innovación es una idea, práctica u objeto que es percibida como nueva por un individuo u otra unidad de adopción.<sup>36</sup> Por tanto, se puede afirmar que en general, los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, y más concretamente el seguimiento farmacoterapéutico, son sin duda innovaciones en el campo de la práctica farmacéutica. Se entiende por diseminación, como la difusión de una innovación que está dirigida y controlada.<sup>36</sup> En referencia al mundo de la farmacia comunitaria, Benrimoj define la diseminación como "el acto de garantizar que los conceptos que subyacen en el servicio de la farmacia son difundidos y aceptados en todas las áreas de la profesión, con la consecuencia de un grado de implantación del servicio óptimo".<sup>37</sup> La implantación consiste en el establecimiento, en la práctica, de un servicio cognitivo incluyendo protocolos, procesos, sistemas de documentación y evaluación de resultados, en su caso. La sostenibilidad hace referencia al mantenimiento de un servicio a lo largo del tiempo, incluyendo sus sistemas de documentación e indicadores de control, y es un elemento fundamental para confirmar que un servicio puede considerarse implantado. Se define como barrera, cualquier tipo de obstáculo (material o inmaterial) que dificulte o impida la diseminación, implantación y/o la sostenibilidad de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. Un facilitador es cualquier tipo de elemento (material o inmaterial) que pueda ayudar a superar barreras y/o a acelerar

la diseminación, implantación y/o sostenibilidad de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.

## BARRERAS

Como el proceso de cambio está siendo lento, ha habido numerosos autores que han estudiado los elementos que dificultan la implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, sobre todo cuando existe un amplio consenso en la importancia de implantar servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria.<sup>38-42</sup>

En 1998 Bell et al. analizaron estas barreras en Irlanda del Norte.<sup>43</sup> Encontraron que consisten fundamentalmente en (1) formación inadecuada, (2) orientación excesivamente comercial de los farmacéuticos, (3) aislamiento de los farmacéuticos, (4) falta de entusiasmo, y (5) falta de contacto con los pacientes.

En los Estados Unidos, Odenina<sup>44</sup> ha trabajado sobre los procesos de cambio y tras analizar las barreras en dicho país llega a las siguientes conclusiones: (1) aspecto físico de la Farmacia, (2) cualificación (formación) del personal, (3) orientación comercial de su ejercicio profesional, (4) expectativas del paciente, (5) falta de cooperación con los médicos, (6) falta de herramientas informáticas adecuadas y (7) falta de competencia en el sector.

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

Es clásico el trabajo de van Mil y col.<sup>45</sup> en el que analizaron las barreras percibidas para la implantación de servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria en 11 países europeos, incluido España. Los países fueron seleccionados porque en ellos habían tenido lugar intentos activos de implantar dichos servicios. El hallazgo fundamental fue que las dos barreras más importantes eran la falta de tiempo y la falta de dinero, o mejor, la falta de pago por los servicios. En la Tabla 3 se muestran las 10 barreras más importantes en valores absolutos, según este estudio. La falta de remuneración por los servicios es la barrera que se percibe como la más importante con una excepción, España, en la que el dinero no fue citado por los entrevistados. La tabla 4 presenta los resultados de este estudio en España. En las conclusiones generales del trabajo, se recomienda que las sociedades farmacéuticas

europas debieran prestar atención al sistema de remuneración del farmacéutico antes de tratar de implantar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria en sus respectivos países. Sin embargo, de acuerdo con Roberts y col.<sup>51</sup>, la experiencia australiana sugiere que el pago de servicios, por sí solo, no genera ni acelera el cambio, sino que es precisa la interrelación de un número de complejos facilitadores. Por otra parte se señala la importancia de tratar de modificar la actitud de los farmacéuticos ante el cambio de la práctica profesional lo que, de hecho, supondría modificar los currícula universitarios. Aunque en el epígrafe de conclusiones del trabajo de van Mil y col. no se hace referencia a España, si merece ser citada la importancia que los entrevistados españoles dan a la "actitud/opinión de otros profesionales sanitarios" en clara referencia a la opinión de los médicos sobre nuestro trabajo, hasta el punto de que esta barrera ocupa el primer lugar. También es reseñable la referencia a la actitud tanto del titular (2º puesto) como del resto del personal que trabaja en la farmacia (puesto 11).

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

Recientemente, Plaza y Herrera,<sup>46</sup> han publicado los resultados de un estudio Delphi que aborda estos temas. Los autores enviaron unos cuestionarios a dos grupos de farmacéuticos: uno que ellos consideraron como "expertos en atención farmacéutica" en base a unos criterios de selección previamente establecidos y otro de farmacéuticos sevillanos elegidos de manera aleatoria y estratificada. Todos los entrevistados mencionaron una barrera, la que hace referencia a la ausencia de formación adecuada a las necesidades de la nueva actividad. Según este estudio, los expertos tenderían a un modelo de atención farmacéutica ideal, que aún está por llegar y para el que es preciso desempeñar un gran esfuerzo. Las barreras descritas por los expertos son, 1) el cambio de mentalidad en el modo de trabajar, 2) formación deficiente, 3) actitud negativa de los propios farmacéuticos (falta de ganas, incredulidad, miedo al cambio, etc). Estos expertos no incluyeron la falta de tiempo y la falta de espacio en la farmacia. Por el contrario los farmacéuticos de Sevilla insistieron más en los problemas y carencias, resaltando sobre todo las barreras relacionadas con la estructura. En este grupo, las barreras encontradas fueron: 1) sobrecarga de trabajo, 2) falta de tiempo, 3) estructura insuficiente, 4) formación deficiente, 5)

falta de motivación personal y económica, 6) absentismo ligado a la edad, 7) falta de autonomía de los adjuntos que, generalmente, son quienes están más motivados, 8) el aislamiento en la farmacia rural, 9) el paciente y el médico como barreras, y 10) el propio personal de la farmacia por falta de colaboración. Este estudio muestra que cuanto asume el farmacéutico la filosofía y la práctica de la atención farmacéutica mayor número de inconvenientes se manifiestan y éstos, además, están relacionados fundamentalmente con criterios de estructura. Por el contrario, a medida que crece la afinidad con la atención farmacéutica, los inconvenientes son menos y tienen más que ver con el proceso y los resultados. Un abordaje interesante que realizan Plaza y Herrera, es analizar las barreras en función del grado de experiencia de los farmacéuticos en la práctica de implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. En este sentido, plantean que: (a) los farmacéuticos que ya han implantado servicios, están preocupados por los temas de formación y comunicación con los médicos; (b) los que se iniciarán en breve, por la falta de tiempo, formación y remuneración; (c) los que han abandonado esta práctica lo han hecho por falta de tiempo, de espacio en la farmacia, de remuneración, y falta de consenso en los procedimientos de trabajo, y falta de colaboración del equipo de la farmacia, de los pacientes y de los médicos; además señalan problemas en la formación; y (d) los que ven inviable la atención farmacéutica aducen problemas estructurales (falta de personal, de formación, de dinero, de espacio, de tiempo), falta de reconocimiento por parte de la Administración y falta de apoyo de las estructuras colegiales.

Otro estudio<sup>47</sup> analiza el grado de conocimiento que tienen los farmacéuticos comunitarios de Granada sobre el seguimiento farmacoterapéutico, así como las barreras que ellos creen que impiden su desarrollo. Previamente a la ejecución del estudio se organizó un grupo nominal que elaboró una lista de barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. Las barreras descritas por este grupo y priorizadas por los participantes de estudio se muestran en la tabla 5. Por otra parte, las barreras detectadas como resultados en el estudio resultaron ser las descritas en la tabla 7.

En una revisión realizada por Martín Calero y col.<sup>33</sup> al analizar las barreras para la implantación de servicios de atención farmacéutica señalan que "como toda práctica innovadora, origina un cierto rechazo entre los profesionales lo que se agrava por la falta de reconocimiento y por la falta de pago por los servicios" En base a estas barreras, justifican los autores que la implantación de los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria está siendo lenta y de difícil realización. Aunque estos autores son españoles señalan como barrera fundamental que justificaría la lentitud y dificultad del proceso de implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria, junto a la falta de reconocimiento, el hecho de la falta de pago por los servicios, lo que contradice los trabajos de van Mil et al.<sup>45</sup>, Plaza y Herrera<sup>46</sup> y el de Hidalgo.<sup>47</sup>

Tabla 5. Priorización de las barreras para la implantación de servicios cognitivos en farmacia comunitaria por los farmacéuticos participantes en el estudio, conocedores del término seguimiento farmacoterapéutico.<sup>47</sup>

1º	<b>Falta de formación en seguimiento farmacoterapéutico</b>
2º	No se sabe bien que es el seguimiento farmacoterapéutico por parte de los farmacéuticos y sin embargo creen que la hacen
3º	Desconocimiento de la magnitud de los Problemas Relacionados con los Medicamentos por parte de los farmacéuticos, médicos, y sociedad
4º	Falta de tiempo
5º	La dispensación como prioridad
6º	Miedo a responsabilizarse y al compromiso
7º	Farmacia como empresa y no como lugar sanitario
8º	Miedo y vergüenza del farmacéutico a comunicarse con el médico y con los pacientes

## FACILITADORES

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

Zardain, ha realizado un estudio en Asturias, y su conclusión preliminar es cuando menos preocupante: "muy pocos ejercen seguimiento farmacoterapéutico y la mayoría no se lo plantean a corto plazo" encontrándose que un 57% de los farmacéuticos que respondieron se encontraban en la fase de precontemplación.<sup>48</sup> Otro estudio realizado en Badajoz<sup>49</sup> confirma estos datos, afirmando que tan sólo un 3% de los encuestados realizaba seguimiento farmacoterapéutico de una manera continuada en el tiempo, mientras que más del 20% de los farmacéuticos no conocían en qué consiste el seguimiento farmacoterapéutico. Este desconocimiento también fue puesto de manifiesto en el trabajo de Hidalgo<sup>47</sup>, en el que se constata el 87,9% de los farmacéuticos de la ciudad de Granada que desconocen el concepto de seguimiento farmacoterapéutico. Paradójicamente, el 93,8% de los farmacéuticos desean que dicho servicio se implante en las farmacias. Para completar el cuadro, el 72,3% de los farmacéuticos entrevistados creen que están realizando seguimiento farmacoterapéutico sin conocer en qué consiste dicho servicio. Este desconocimiento sobre el servicio del seguimiento farmacoterapéutico ha sido constatado recientemente por otros autores que lo sitúan en el 91%.<sup>50</sup>

Roberts y col.<sup>51</sup> realizaron una revisión bibliográfica sobre facilitadores que fueron agrupados en: a) aquellos que habían sido experimentados por los participantes en el estudio durante la modificación de sus prácticas profesionales (facilitadores experimentales) y b) otros que se proponían como factores posibles que podrían ayudar a superar las barreras existentes para la implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria

(facilitadores potenciales). Encontraron 25 diferentes facilitadores en el primer grupo mientras que el segundo, además de los anteriores, contenía 20 más. La conclusión de este trabajo fue que había pocos estudios que identificaban facilitadores basándose en aspectos prácticos relacionados con la experiencia personal. En el posterior estudio cualitativo identificaron 6 facilitadores del proceso de cambio: a) remuneración por la implantación y/o por el servicio, b) apoyo externo o asistencia, c) reorganización de la estructura de la farmacia y sus funciones, d) comunicación, e) liderazgo interno, y f) delegación de tareas. Además, estos autores identificaron lo que han denominado "motivadores para el cambio en la práctica" como, por ejemplo, deseo de satisfacción profesional, ofrecer cuidados sanitarios al paciente, o temor a las amenazas contra el modelo de negocio. Se afirma que los valores filosóficos que tiene un farmacéutico o sus razones para desear un cambio profesional, suponen un importante factor a la hora de predecir el éxito en el cambio en el ejercicio profesional.

En la presente revisión, no se han encontrado publicaciones orientadas a la búsqueda e identificación de elementos facilitadores en España. Sin embargo hay trabajos que indirectamente describen estos elementos, que ayudan a superar las barreras. Por ejemplo, Vázquez,<sup>52</sup> afirma que la formación no es un facilitador mientras que la Administración sí que lo podría ser, no sólo apoyando sino obligando a su práctica. Esta autora afirma que si la Administración remunerase los servicios cognitivos en lugar de remunerar los distributivos, se transformaría en "el facilitador definitivo".

Auque Plaza y Herrera<sup>46</sup> no utilizan la denominación de facilitador, mencionan algunos comunes a los dos grupos analizados (expertos y farmacéuticos): 1) el desarrollo de procedimientos consensuados, 2) el desarrollo de sistemas adecuados de colaboración y comunicación con los médicos, 3) necesidad de formación adecuada a las necesidades del proceso, 4) dar a conocer el servicio a los pacientes y a la sociedad, 5) dar a conocer el servicio a los médicos, 6) fundamentar los procesos, buscando modos de implantación, sistemática de trabajo, etc., 7) que sea un servicio viable para todas las farmacias (carácter universal del servicio), y 8) financiación del servicio.

También la formación y el hecho de que la administración pagase los servicios fue constatado como un posible facilitador en el estudio de Hidalgo y col.<sup>47</sup>

## EPILOGO

En los últimos años diversos autores han descrito algunas barreras y algunos facilitadores, sin que exista un acuerdo entre los resultados obtenidos en los distintos estudios.

Es necesario y apremiante la realización de estudios que analicen las barreras que encuentran los farmacéuticos para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria. Asimismo se deben de analizar los elementos facilitadores que ayuden a superar esas barreras para después diseñar planes de mejora que permitan la diseminación, implantación y posterior sostenibilidad de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria.

## Bibliografía / References

- 1 Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 323-8.
- 2 van Mil JWF, McElnay JC, de Jong-van den Berg LTW, Tromp ThFJ. The challenges of defining Pharmaceutical care on an international level. *Int J Pharm Practice* 1999; 7: 202-8.
- 3 van Mil JWF, van Mil, J.W.F. Pharmaceutical care, the future of pharmacy. Theory, research and practice. (Thesis). 1999.
- 4 Van Mil JW, Schulz M, Tromp ThFJ (Dick). Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci* 2004; 26: 303-11.
- 5 Roughead L, Semple S, Vitry A. The Value of Pharmacist Professional Services in the community setting. A systematic review of the literature 1990-2002. Adelaide: University South of Australia; 2002
- 6 Cipolle, R.J. Strand, L.M. Morley, P.C. Pharmaceutical Care Practice. New York: McGraw-Hill; 1998.
- 7 Spruill WJ, Wade WE, Taylor AT, Burke SI, Longue L. A survey of pharmacists opinions on both the value of and reasons for providing various pharmaceutical care services. *J Soc Adm Pharm* 2003; 20: 213-8.
- 8 Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227-34
- 9 The Academy of Managed Care Pharmacy's. Concepts in Managed Care Pharmacy. Pharmacists' Cognitive Services. [http://www.amcp.org/data/nav\\_content/Pharmacists%20Cognitive%20Services.pdf](http://www.amcp.org/data/nav_content/Pharmacists%20Cognitive%20Services.pdf) (accessed 04.12.21)
- 10 Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer's expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64th Congress of FIP, New Orleans, September 2004
- 11 Asadi-Lari M, Pacham C, Gray D. Need for redefining needs. Health and quality of life outcomes 2003; 1-5 <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
- 12 Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998; 316: 1310-1313

- 13 DRAE. <http://www.rae.es/> (acceso 19.07.2004)
- 14 Bradshaw J. A taxonomy of social need. En *Problems and progress in medical care. Essays on current research. Seventh series.* Ed. by Gordon McLachlan. Published for the Nuffield Provincial Hospital Trust by the Oxford University Press. London, 1972
- 15 Stevens A, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998; 316: 1448-52.
- 16 Estudio sobre imagen de las oficinas de farmacia. Sigma Dos, SA. Ed. APROAFA. Septiembre 2001
- 17 Anónimo. Imagen Social y aspectos de actualidad sobre los farmacéuticos de Farmacia de la provincia de Alicante. Ed. COF de Alicante. 2002
- 18 Nunes B, Baptista I, Contreiras T, Falcao JM. Estudio nacional de Satisfação dos Utentes com as Farmaciás. Ed. Centro de Estudos de farmacoe epidemiologia da Associação Nacional das Farmacias (CEFAR-ANF) 2001
- 19 Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA, Mott DA. Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000. *J. Am. Pharm. Assoc.* 2002; 42: 399-406.
- 20 Informe Libro Blanco sobre La Aportación del Farmacéutico a la Calidad de la Asistencia Sanitaria en España. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéutico. Página 32. Madrid. 1997
- 21 Marquez R. Análisis de la distribución del tiempo de 16 farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz (Abstract E11). *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extr): 141
- 22 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción Médica; 2003.
- 23 Gastelurrutia MA, Fernández Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 10-26
- 24 Holland RW, and Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health- Syst Pharm* 1999; 56: 1758-64.
- 25 Kucucarslan S, Schommer JC. Patient's expectations and their satisfaction with pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42:495-6.
- 26 Johnson KA, Farris KB, Managing patient outcome data. In: Hagel HP, Rovers JP, eds. *Managing the patient centered pharmacy.* Washington,DC: APHA; 2002.
- 27 Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(2): 286-90.
- 28 Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis Doctoral], Universidad de Granada, 2003.
- 29 Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(3): 195-205.
- 30 Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3987-4001.
- 31 Farris KB, Schopfloeher DP. Between the intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. *Soc Sci Med* 1999; 49: 55-56
- 32 Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
- 33 Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-85.
- 34 Posey LM. Proving that pharmaceutical care makes a difference in community pharmacy. *Viewpoint. J Am Pharm Assoc* 2003; 43:136-9.
- 35 Tice B. Pharmaceutical care : a necessary "disruptive innovation" in health care. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42: 381-2.
- 36 Rogers E M. *Diffusion of Innovations.* Free Press. New York. Fifth edition. 2003
- 37 Benrimoj SI, How to disseminate a professional service that is being paid. En: *Proceedings of the Community Pharmacy Section. 63rd International Congress of FIP.* Sydney, Australia. September 2003
- 38 Anónimo. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio. Japón, 1993. *Ars Pharm* 1995; 36:285-92.
- 39 Kielgast, P.J. Pharmaceutical Care. Leading articles. *Int J Pharm Practice* 1993. November
- 40 Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-22.
- 41 Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Madrid. 2002
- 42 Bonal J. ¿Por qué se ha creado una fundación de Pharmaceutical Care? (Editorial) *Pharm Care Esp* 1999; 1: 1-2.
- 43 Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. A qualitative investigation of the attitudes and opinions of community pharmacists to pharmaceutical care. *J Soc Admin Pharm.* 1998; 15:284-95.
- 44 Odenina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. *J Soc Admin Pharm.* 1996; 13:74-88.
- 45 Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001; 9: 163-8.
- 46 Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 160-5.
- 47 Hidalgo J. Trabajo de fin de master en atención farmacéutica. Facultad de farmacia. Universidad de Granada. 2005

- 48 Zardain E. Determinantes psicosociales del ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos asturianos. En: Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2004; 2 (Supl 1): 19.
- 49 Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El proceso de incorporación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Badajoz. Abstract P012. Seguimiento Farmacoterapéutico 2004; 2(supl 1): 39-40.
- 50 Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. Seguimiento Farmacoterapéutico 2004; 2(2): 286-90.
- 51 Roberts A, Benrimoj SI, Chen T, Williams K, Aslani P. An investigation into business and professional facilitators for change for the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney. May. 2003
- 52 Vázquez I. El fármaco y el paciente: un salto cualitativo. En: Mesa Redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2004; 2 (Supl 1): 18-20.