

# Imagen profesional de farmacias comunitarias: causas y estrategias de mejora aplicando técnicas de investigación cualitativa

Community pharmacies' professional image: causes and improvement strategies by applying qualitative research techniques

Pedro D. Armando<sup>1</sup>, Elena M. Vega<sup>2</sup> y Sonia A. Uema<sup>2</sup>

1 Departamento de Farmacología. Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. parman@fc.unc.edu.ar

2 Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. charo@fcq.unc.edu.ar, suema@fcq.unc.edu.ar

Recibido 19 Noviembre 2010/Enviado para Modificación 3 Abril 2011/Aceptado 9 Abril 2011

## RESUMEN

**Objetivo** Conocer las opiniones de los farmacéuticos con relación a los factores que explican la falta de visibilidad de la farmacia comunitaria como establecimiento sanitario y proponer estrategias de desarrollo profesional a fin de lograr mejorar la accesibilidad a los servicios profesionales mediante técnicas de investigación cualitativa.

**Material y métodos** Se utilizó una Técnica de Grupo Nominal (TGN) en 2 rondas sucesivas, respondiendo a 2 consignas guía sobre factores y estrategias. Posteriormente se realizó un Framework analysis.

**Resultados** Se aportaron 34 ideas referidas a factores y 32 a estrategias. Las estrategias fueron agrupadas en 14 temas, destacándose las vinculadas a la priorización de los servicios profesionales orientados a los pacientes, al cumplimiento de la ética y a la formación continua del farmacéutico.

**Discusión** Las técnicas utilizadas permitieron evidenciar situaciones percibidas por los farmacéuticos que no están formalmente descritas en la literatura. Aumentar la visibilidad de los servicios profesionales en las farmacias comunitarias implica acordar y abordar estrategias que deben sustentarse en la participación conjunta de los propios farmacéuticos, las asociaciones profesionales y las universidades.

**Palabras Clave:** Farmacias, servicios farmacéuticos, estrategias, investigación cualitativa, grupos focales (*fuentes: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** Ascertaining pharmacists' views related to factors explaining the lack of visibility of community pharmacies as being health facilities and proposing strategies for

improving community pharmacy professional service accessibility using qualitative research techniques.

**Methods** The nominal group technique (NGT) was used in two successive rounds using separate guidelines for factors and strategies. Framework analysis was then carried out.

**Results** Thirty-four ideas related to "factors" and 32 related to "strategies" were obtained. Strategies were grouped into 14 topics, emphasising those prioritising patient-orientated professional services, ethical aspects and pharmacists' ongoing education.

**Discussion** The techniques used led to identifying situations perceived by pharmacists which are not formally described in the literature. Raising awareness of professional services in community pharmacies implies agreeing on and developing strategies which should be based on joint participation by the pharmacists themselves, professional associations and universities.

**Key Words:** Pharmacy, community pharmacy service, qualitative research, focus group (source: MeSH, NLM).

El ámbito más extendido de ejercicio profesional del farmacéutico es la oficina de farmacia o farmacia comunitaria, caracterizado por su cantidad y su buena distribución geográfica, satisfaciendo la demanda de los pacientes ambulatorios y de la población en general (1-8). El farmacéutico es el profesional que la universidad forma como experto en fármacos, por lo tanto, debe garantizar una adecuada utilización de los medicamentos y evaluar sus consecuencias en el paciente (3,8-11). Por ello, los servicios cognitivos son aquellos orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar tanto el proceso de uso de los medicamentos como los resultados de la farmacoterapia (12-15).

El farmacéutico comunitario es el único profesional sanitario cuya remuneración proviene del margen que dejan las ventas de productos y no por el servicio sanitario que brinda. Esta particularidad es la que habría provocado que la diferenciación de las farmacias pasase por la diversificación de productos, en vez de mejorar la prestación de los servicios profesionales farmacéuticos (2,16,17). A pesar del aporte que el farmacéutico puede efectuar ofreciendo servicios profesionales para mejorar la farmacoterapia, en Argentina, la realidad muestra que la mayoría de su tiempo lo ocupa en gestionar compras u otras tareas burocráticas, desaprovechándose su formación y conocimientos. A causa de ello, la farmacia comunitaria ha sufrido en los últimos años un progresivo deterioro en su imagen profesional. Para la comunidad, los servicios farmacéuticos han perdido visibilidad y, por ende, la farmacia como establecimiento sanitario (1-3).

Los farmacéuticos deberían realizar una autocrítica sobre esta situación, analizar sus causas y proponer soluciones para mejorar el ejercicio profesional. Si bien la falta de visibilidad de la farmacia comunitaria fue planteada de manera informal en diversas comunicaciones (18,19), no se ha publicado ningún estudio que ponga de manifiesto esta temática considerando la opinión de los farmacéuticos comunitarios implicados, aunque sí fue desarrollado en otros colectivos profesionales (20).

Las técnicas grupales utilizadas en investigación cualitativa proporcionan metodologías apropiadas para abordar desde la elección de un problema, el análisis de sus causas y posibles soluciones, hasta la evaluación de los cambios o las mejoras que se implementen (21-30). Por ello, el uso de estas técnicas con farmacéuticos, en el marco de un curso de posgrado, es una oportunidad para analizar la imagen profesional de la farmacia comunitaria.

El objetivo de este trabajo es conocer las opiniones de los farmacéuticos con relación a los factores que explican la falta de visibilidad de la farmacia comunitaria como establecimiento sanitario y proponer estrategias de desarrollo profesional a fin de lograr mejorar la accesibilidad a los servicios profesionales mediante técnicas de investigación cualitativa.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Participaron en la reunión del grupo nominal 10 farmacéuticos de la provincia de Córdoba, en el marco de un curso de posgrado organizado y dictado por docentes de la Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba en septiembre de 2008. La coordinación estuvo a cargo de 3 docentes-investigadores, uno de ellos oficiando de moderador-facilitador.

### Técnica de Grupo Nominal (TGN)

Se utilizó la TGN en dos sesiones o rondas sucesivas de 35 minutos cada una (aproximadamente) para las etapas de generación de ideas y su posterior clarificación, respondiendo a dos consignas guía:

- Determinar los factores prioritarios o las causas que han influido en la imagen actual de la farmacia comunitaria (primera sesión).
- Establecer estrategias posibles para contrarrestar o minimizar los problemas identificados (segunda sesión).

En cada ronda, la etapa de generación de ideas se realizó individualmente y por escrito, durante 10 minutos. Para la puesta en común de las ideas, cada participante leyó en voz alta sus aportes. El moderador-facilitador fue ordenando las exposiciones, mientras los coordinadores las transcribían y asentaban en un pizarrón, a la vista de todos. Luego, se procedió a la clarificación de ideas, discutiendo cada una para entender su lógica e importancia relativa.

Los coordinadores transcribieron (en una planilla de cálculo) las ideas generadas en cada sesión, las agruparon arbitrariamente e imprimieron copias para todos los participantes. Sobre la base de esta agrupación temática, tanto de factores o causas como de estrategias, se solicitó a los farmacéuticos su priorización (etapa de votación). Los resultados preliminares de esta etapa se presentaron al grupo, considerándose innecesaria una segunda ronda de votación. Para el análisis de los resultados, se preestableció que la relevancia se clasificaría en alta, media y baja, de acuerdo al puntaje obtenido en la votación.

#### Framework analysis

Partiendo del consenso grupal para la redacción de las ideas, en la etapa de clarificación y discusión (para cada consigna), los coordinadores realizaron un análisis de contenido de ellas empleando “framework analysis” (31-32).

En este caso, se consideraron los resultados obtenidos en la TGN como ideas surgidas de un grupo focal de discusión. Se trabajaron las diferentes ideas como categorías y se las agruparon por temas. Posteriormente, se estableció una relación entre los temas correspondientes a factores o causas con los de estrategias.

Para ambos análisis, se presenta la descripción narrativa de las ideas y su puntuación media de prioridad agrupadas según los resultados del taller y según la re-organización propuesta por los investigadores. Para la TGN se consideró el acuerdo entre los participantes respecto de las puntuaciones, calculado mediante el coeficiente de variación (CV) de las mismas.

## RESULTADOS

Los 10 farmacéuticos aportaron, clarificaron y discutieron 34 ideas referidas a factores y 32 a estrategias. Se acordó incluir y priorizar todas las ideas planteadas,

aún cuando reflejasen situaciones o circunstancias muy particulares. Se unificaron, de común acuerdo, las ideas similares consensuando la descripción narrativa.

#### Análisis según TGN

En las Tablas 1 y 2 se exponen las ideas aportadas por los participantes y la puntuación media obtenida al agruparlas, junto a su correspondiente CV.

Respecto a la primera consigna, relacionada a los factores prioritarios que han influido en la situación actual de la farmacia comunitaria (Tabla 1), las 34 ideas se agruparon en 8 temas. Se consideró de relevancia alta a aquellos temas cuya puntuación era mayor o igual a 6 y menor o igual a 8; relevancia media, mayor o igual a 4 y menor a 6; y relevancia baja, mayor o igual a 1 y menor que 4.

Con relación a la segunda consigna, referida a establecer posibles estrategias de desarrollo profesional (Tabla 2), los participantes aportaron 32 ideas, que fueron agrupadas en 14 temas. Se consideró de relevancia alta a aquellos temas cuya puntuación era mayor o igual a 10 y menor o igual a 14; relevancia media, mayor o igual a 5 y menor a 10; y relevancia baja, mayor o igual a 1 y menor que 5.

#### Framework analysis

En las Tablas 3 y 4 se presentan las ideas analizadas posteriormente por los coordinadores y re-agrupadas según los temas propuestos por los mismos. Se mantuvieron las puntuaciones individuales, convirtiéndolas según la nueva agrupación, y se promediaron. De este modo, se obtuvieron 7 temas entre los factores o causas de la situación actual y otros 7 para las estrategias. Se redujeron a 33 factores o causas, mientras que se mantuvieron las 32 estrategias originales. Los factores que se unificaron son “competencia desleal” con “mentiras para captación de clientes/mentiras”. Los temas de alta relevancia fueron las “dificultades económico-financieras”, los “aspectos críticos del ejercicio profesional” y la “falta de ética”, entre los factores o las causas. Mientras que, en las estrategias, se destacaron “formación continua”, “marketing profesional” y “ética profesional y compromiso ciudadano”.

**Tabla 1.** Factores propuestos por grupos y ordenados por calificación

Tema	Factores	Promedio	CV	Relevancia
B	Ausencia del farmacéutico/actos profesionales delegados a otros Desunión/egoísmo/aislamiento profesional Escaso interés de comunicación con Equipo de Salud Falta de compromiso profesional Falta de políticas del CFPC <sup>a</sup> (protección) Falta de tiempo del farmacéutico para atención al público Incumplimiento de las normas (Autoridad Sanitaria) Multifunción del farmacéutico Propietarios no farmacéuticos/otros actores	6,6	26,9	Alta
A	Agregado de rubros para compensar descuentos Burocracia con tarjetas de crédito/sistema de cobro de impuestos y servicios Competencia por descuentos Desfinanciación (por OS <sup>b</sup> ) Deslealtad en la cadena de comercialización de medicamentos Enfoque de supervivencia (económica). Escasa rentabilidad Mentiras para captación de clientes/mentiras Perfumería sobredimensionada Presión de droguerías por la venta de otros rubros Prioridad comercial/interés económico Saturación de farmacias (por cantidad)	6,4	34,7	Alta
D	Falta de ética Competencia desleal	6,0	23,6	Alta
E	Falta de capacitación de RRHH <sup>c</sup> /falta de información Personal no motivado/sobrecarga horaria RRHH <sup>c</sup>	4,8	30,7	Media
F	Atención de proveedores todo el tiempo Desorganización (farmacia en obras) Desorganización de las compras y pagos (mala gestión) Entrega de pedidos a domicilio por el farmacéutico (zona amplia) Falta de stock (oferta de medicamentos similares o medicamentos de VL <sup>d</sup> publicitados)	4,3	39,6	Media
C	Dificultad de sustitución por similares (prescripción por marcas)/Falta de aceptación por parte del paciente	2,9	78,7	Baja
G	Ausencia de área para colocación de inyectables No atención de OS <sup>b</sup> No cumplir con los turnos	2,8	40,5	Baja
H	Barreras para la comunicación por seguridad	2,2	55,9	Baja

<sup>a</sup>CFPC: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba; <sup>b</sup>OS: Obras Sociales; <sup>c</sup>RRHH: Recursos Humanos; <sup>d</sup>VL: Venta Libre

**Tabla 2.** Estrategias propuestas por grupos y ordenadas por calificación

Tema	Estrategias	Promedio	CV	Relevancia
A	Gestión exclusiva de servicios profesionales (orientada al mercado) Información al paciente antes que la entrega del producto (contrarrestar la publicidad) Priorizar atención profesional - cliente/presencia de farmacéutico/servicios profesionales Priorizar el impacto sanitario frente al impacto económico	12,8	12,7	Alta
N	Regirse por la ética profesional	11,9	25,2	Alta
J	Perfil farmacéutico adaptado a servicios profesionales requeridos Capacitación del farmacéutico	10,7	18,7	Alta
B	Mejorar la gestión de stocks de medicamentos Mejorar la gestión de stocks de perfumería y accesorios (equilibrar el stock de otros rubros) Negociar rentabilidad con proveedores (laboratorios) Optimizar las actividades de gestión Organización interna (mejora)/Local limpio y ordenado/Imagen	8,4	46,7	Media
H	Priorizar la dispensación de medicamentos Sólo dispensar medicamentos	8,3	38,1	Media
M	Motivación de farmacéuticos (hacer causa común/aumentar la participación) Participación real en cuerpos colegiados y presentar proyectos de ley	8,2	32,4	Media
K	Comunicación farmacéutico-pacientes para consultas Educación sanitaria sobre medicamentos (población)	8,1	36,6	Media
C	Asignar tareas de tarjetas de créditos a una persona Capacitación de RRHH <sup>b</sup> en atención de clientes/aspectos sanitarios Organizar RRHH <sup>b</sup> en tareas de gestión interna/reorganización/tiempos Política clara de RRHH <sup>b</sup> (establecida)	6,9	40,7	Media
L	Aumento en la capacidad de la toma de decisiones por el farmacéutico (independientemente si es propietario o empleado)	6,8	61,5	Media
I	Comunicación con prescriptores Integración al Equipo de Salud	6,7	38,6	Media
D	Organización de distribución/entregas Organizar la atención a proveedores	5,4	47,2	Media
E	Atender OS de gran demanda (de acuerdo al impacto en la población) Minimizar la baja rentabilidad de OS <sup>a</sup> Reducir descuentos vs. aumentar servicios profesionales	5,0	48,1	Media
F	Aumentar la seguridad externa (para disminuir barreras en la comunicación)	3,1	104	Baja
G	Crear un área de vacunatorio	1,7	62,3	Baja

<sup>a</sup>OS: Obras Sociales; <sup>b</sup>RRHH: Recursos Humanos

**Tabla 3.** Factores propuestos agrupados por temas y ordenados por calificación

Tema	Factores	Promedio	Relevancia
Dificultades Económico Financieras	Agregado de rubros para compensar descuentos (servicio de correo, fotocopias, librería, etc.)	6,4	Alta
	Burocracia con tarjetas de crédito y/o sistema de-cobro de impuestos y servicios		
	Competencia por descuentos al público resignando el margen de ganancias		
	Desfinanciación principalmente por OS <sup>b</sup> (por cobros parciales, bonificados y en plazos mayores a las exigencias de pago a proveedores)		
	Deslealtad en la cadena de comercialización de medicamentos (por negociación individual sin reglas establecidas)		
	Enfoque de supervivencia (económica) con escasa rentabilidad		
	Perfumería sobredimensionada		
	Presión de droguerías por la venta de otros rubros		
	Prioridad comercial e interés económico dominante en lugar de profesional		
	Saturación de farmacias por cantidad (aspecto no regulado)		
Aspectos críticos del Ejercicio Profesional	Ausencia del farmacéutico y actos profesionales delegados a otros	6,2	Alta
	Desunión, egoísmo y aislamiento profesional		
	Escaso interés de comunicación con Equipo de Salud		
	Falta de compromiso profesional		
	Falta de políticas del CFPC <sup>a</sup> en cuanto a protección y defensa de los intereses profesionales		
	Falta de tiempo del farmacéutico para atención al paciente		
	Incumplimiento de las normas ante la falta de control por la Autoridad Sanitaria		
	Multifunción del farmacéutico		
	Propietarios no farmacéuticos y otros actores en la toma de decisiones		
	No cumplir con los turnos (guardias farmacéuticas)		
Falta de ética	Mentiras para captación de clientes/mentiras (competencia desleal)	6,2	Alta
	Falta de ética profesional		
Gestión de RRHH	Falta de capacitación de RRHH <sup>c</sup> . Falta de información al personal (comunicación interna, procedimientos y políticas de la Farmacia) Personal poco motivado y con sobrecarga horaria	4,8	Media
Gestión de la Farmacia	Atención de proveedores todo el tiempo	4,0	Media
	Desorganización de las compras y pagos (mala gestión)		
	Entrega de pedidos a domicilio por el farmacéutico (zona de reparto amplia)		
	Falta de stock ante la solicitud de marcas, oferta de medicamentos similares o medicamentos de VL <sup>d</sup> publicitados		
Infraestructura	No atención de OS <sup>b</sup>	3,1	Baja
	Desorganización por farmacia en obras (remodelación/reparaciones)		
	Ausencia de área para colocación de inyectables		
Escasa ES	Barreras para la comunicación por seguridad	2,9	Baja
	Dificultad de sustitución por similares (prescripción por marcas) debido a la falta de aceptación por el paciente		

<sup>a</sup>CFPC: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba; <sup>b</sup>OS: Obras Sociales; <sup>c</sup>RRHH: Recursos Humanos; <sup>d</sup>VL: Venta Libre



**Tabla 4.** Estrategias propuestas agrupadas por temas y ordenadas por calificación

Tema	Estrategias	Promedio	Relevancia
Formación Continua	Capacitación del farmacéutico	10,7	Alta
Marketing Profesional	Perfil farmacéutico adaptado a servicios profesionales requeridos	10,1	Alta
	Atender OS <sup>a</sup> de gran demanda (de acuerdo al impacto en la población)		
	Gestión exclusiva de servicios profesionales (orientada al mercado)		
	Información al paciente antes que la entrega del producto (contrarrestar la publicidad)		
	Motivación de farmacéuticos (hacer causa común/ aumentar la participación)		
	Priorizar atención profesional - cliente/ presencia de farmacéutico/servicios profesionales		
	Priorizar el impacto sanitario frente al impacto económico		
	Priorizar la dispensación de medicamentos		
	Sólo dispensar medicamentos		
Ética profesional y compromiso ciudadano	Participación real en cuerpos colegiados y presentación de proyectos de ley o normativos	10,1	Alta
	Regirse por la ética profesional		
Gestión de la Farmacia	Aumento en la capacidad de la toma de decisiones por el farmacéutico (independientemente si es propietario o empleado)	7,5	Media
	Mejorar la gestión de stocks de medicamentos		
	Mejorar la gestión de stocks de perfumería y accesorios (equilibrar el stock de otros rubros)		
	Minimizar la baja rentabilidad de OS <sup>a</sup>		
	Negociar rentabilidad con proveedores (laboratorios)		
	Optimizar las actividades de gestión		
	Organización de distribución/entregas		
	Organización interna (mejora). Local limpio y ordenado.		
	Cuidado de la imagen de la farmacia		
	Organizar la atención a proveedores		
	Reducir descuentos para aumentar servicios profesionales		
Educación Sanitaria y Comunicación	Comunicación con prescriptores	7,4	Media
	Comunicación farmacéutico-pacientes para consultas		
	Educación sanitaria sobre medicamentos (población)		
	Integración al Equipo de Salud		
Gestión de RRHH	Asignar tareas de tarjetas de créditos a una persona	6,9	Media
	Capacitación de RRHH <sup>b</sup> en atención de clientes y aspectos sanitarios		
	Organizar RRHH <sup>b</sup> en tareas de gestión interna, re-organización general y de tiempos		
	Política clara de RRHH <sup>b</sup> (establecida)		
Infraestructura	Aumentar la seguridad externa (para disminuir barreras en la comunicación)	2,5	Baja
	Crear un área de vacunatorio		

<sup>a</sup>OS: Obras Sociales; <sup>b</sup>RRHH: Recursos Humanos

El análisis de los factores “dificultades económico-financieras” y “aspectos críticos del ejercicio profesional” permitió relacionarlos con las estrategias de “formación continua”, “marketing profesional” y “gestión de la farmacia” como potenciales soluciones. Del mismo modo, el factor “gestión de la farmacia” se relacionó con “marketing profesional” y “gestión de la farmacia”, como estrategias. Mientras que, “falta de ética” y “escasa educación sanitaria”, se asociaron a “ética profesional y compromiso ciudadano” y “educación sanitaria y comunicación”, respectivamente.

## DISCUSIÓN

Respecto del grupo de participantes, ocho de ellos eran farmacéuticos comunitarios, mientras que los restantes trabajaban en la cadena de distribución de medicamentos (droguerías). Cabe destacar que, el hecho de participar en una actividad de formación profesional, supone un interés mayor en mejorar el desempeño profesional que la generalidad de los farmacéuticos comunitarios.

Para realizar este estudio se seleccionó una metodología que facilita la expresión de las opiniones personales de los farmacéuticos comunitarios, sin restricciones ni liderazgos, y que se orienta a la resolución de problemas rápida, consensuada y constructivamente. La TGN utilizada permite, además, extraer el máximo de información en un tiempo acotado, clarificar su contenido y valorar su importancia en un proceso de votación formal, aunque sobre un solo problema o propósito en particular (21-23,27,29).

Si bien la agrupación arbitraria de las ideas no se discutió con los participantes, ellos tampoco manifestaron desacuerdo con la propuesta de los coordinadores. Esta agrupación facilitó la etapa de votación en cuanto a la priorización de todos los temas, el cumplimiento de los tiempos previstos y un final adecuado para la actividad. Tampoco se solicitó ordenar los temas y sus categorías en función de su factibilidad, pero se observa que este criterio está incluido en la prioridad asignada, conjuntamente con la importancia. Por ende, la relevancia también asume, además del peso de cada idea en el grupo, la posibilidad de concretar acciones en pos de un cambio (impacto esperado) a través de las estrategias.

En cuanto al framework analysis, el material de partida surgió de la discusión y el consenso de ideas durante el mismo, en vez de aquellas planteadas individualmente, en la primera etapa. De este modo, si bien se

diluye la originalidad y diversidad de las opiniones personales, ellas se enriquecen con la discusión y clarificación grupal, generando nuevas ideas. Esto dio como resultado un análisis temático (thematic chart) del conjunto de participantes como un todo, promediando las puntuaciones (previa conversión de la priorización individual). La unificación de los factores se debió a la revisión desagrupada de las ideas; se priorizó la causa o raíz del problema (ética) sobre sus consecuencias (económicas).

En ambas etapas de análisis de los resultados (TGN y framework analysis), los grupos temáticos de alta relevancia coinciden, pese a que se reagruparon las ideas de un modo diferente. Esta coincidencia se observa tanto en los factores o causas de la situación actual, como en las estrategias para promover cambios positivos en la imagen profesional de las farmacias comunitarias argentinas.

Entre los aspectos críticos del ejercicio profesional, sólo 3 de las categorías o ideas son factores externos: falta de políticas de las asociaciones profesionales, falta de control por la autoridad sanitaria y presencia de propietarios no farmacéuticos. Mientras que el resto, mayoritario en el tema B de la Tabla 1 y su correspondiente en la Tabla 3, son factores internos de la farmacia y que dependen del farmacéutico. Así, la ausencia del farmacéutico, su escaso interés por comunicarse con el equipo de salud y la falta de compromiso, reflejan actitudes personales. Además, la pasividad de las autoridades sanitarias se cuestionó por atribuirles la permisión del quebrantamiento de las normativas, siendo que quienes las incumplen son los farmacéuticos.

La falta de tiempo, muchas veces causada por la multifunción del farmacéutico, el poli-rubro y la burocracia interna de la farmacia, ya fue mencionada como una barrera para desarrollar el seguimiento farmacoterapéutico (33); aunque su peso disminuye al aumentar el número de farmacéuticos trabajando en el mismo establecimiento. Los desajustes económicos, debidos a la escasa rentabilidad, la financiación de las obras sociales, la deslealtad en la cadena de comercialización y la saturación de farmacias, tergiversan el enfoque profesional hacia uno económico, netamente de supervivencia.

En el plano de las estrategias, el marketing y la ética profesionales junto a la formación continua resultan claves para jerarquizar la labor farmacéutica. No obstante, las estrategias de relevancia media se observan como necesarias

o requisitos previos para desarrollar aquellas de alta relevancia o diferenciadoras de la imagen profesional deseada. Esto se evidencia en la vinculación de los problemas percibidos en el ejercicio profesional y en las dificultades económico-financieras, con las estrategias de marketing profesional, formación continua y gestión de la farmacia (Tabla 3 y 4). Algunos autores han manifestado que se requiere un análisis profundo del actual sistema retributivo de la farmacia comunitaria, teniendo en cuenta que los servicios que se vayan implantando debieran ser remunerados y que, probablemente, el margen comercial debiera perder importancia en el total de los ingresos económicos de la farmacia (12-15). También, han señalado que no sólo es importante la actitud de parte del farmacéutico para implantar servicios profesionales, sino también la posibilidad de hacerlo (formación, estructura y contexto económico y social). Además, el farmacéutico debe desenvolverse eficientemente con estos servicios cognitivos y estar motivado tanto profesional como económicamente (12-15).

Aumentar la visibilidad de los servicios profesionales en las farmacias comunitarias implica acordar y abordar estrategias en el corto y en el mediano plazo, las que deben sustentarse en la participación conjunta de cada uno de los “actores clave” para su implementación: los propios farmacéuticos, las asociaciones profesionales y las universidades. Este trabajo es uno de los primeros que se aplican a un grupo de farmacéuticos. Las técnicas utilizadas permitieron evidenciar situaciones “subjetivas” o “percibidas” por los farmacéuticos pero que no están formalmente descritas en la literatura. Más allá del interés y la motivación personal del farmacéutico, las asociaciones profesionales y las universidades deben conocer las necesidades del medio y promover el desarrollo de la farmacia como establecimiento sanitario, a través del acompañamiento a los profesionales ♣

**Agradecimientos:** A la Directora del Programa de Formación Continua para Profesionales Farmacéuticos (PFC-PF), Dra. María Rosa Mazzieri. A los farmacéuticos que participaron en la TGN: Boni G, Civelli M, Colombo L, Kulinski M, Marcato J, Medina N, Novaira D, Pierangeli J, Randazzo N, Salcedo S, Varela T.

## REFERENCIAS

1. Uema S, Armando P, Sola N. Propuesta de cambio para la dispensación de medicamentos en la Farmacia Comunitaria. *Medicamentos y Salud*. 2003; 4(1):28-33.
2. Fontana D, Uema S, Vega E. El Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. En: Módulo Programa de Formación Continua para Profesionales Farmacéuticos [Publicación docente]. Córdoba, Argentina: Facultad de Ciencias Químicas-Universidad Nacional de Córdoba; Marzo 2008. p: 23-42.

3. Uema S, Vega EM, Armando P, Fontana D. Atención Farmacéutica ¿esperando una definición perfecta? Córdoba: Publicaciones Universidad Nacional de Córdoba; 2006.
4. Díez RMV, Martín SN (Coord.). Consenso de Atención Farmacéutica. Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
5. Documento de Consenso. Foro de Atención Farmacéutica. Madrid (España); 2008.
6. OPS/OMS. El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. Informe de la reunión de la OMS. Tokio, Japón 1993. OPS/HSS/HSE/95.01; 1995.
7. Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AG, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. WHO/PSM/PAR/2006.5. Geneva: World Health Organization; 2006.
8. Consejo de Europa. Resolución Res AP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. Pharm Care Esp. 2001;3:216-22.
9. Segú Tolsà JL, Casasin T, Gilabert A, Madrideojos R, March M, Prats M et al. Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Pharm Care Esp. 2000; 2: 223-58.
10. Machuca M, Oñate MB, Gutiérrez-Aranda L, Machuca MP. Cartera de servicios de una farmacia comunitaria. Seguim Farmacoter. 2004; 2(1): 50-3.
11. Martínez-Olmos J, Baena MI. La Atención Farmacéutica, requisito para conseguir una atención sanitaria de calidad y basada en la evidencia científica. Ars Pharmaceutica. 2001; 42(1):39-52.
12. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguim Farmacoter. 2005; 3(2): 65-77.
13. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. Aten Primaria. 2007 Sep;39(9):465-70.
14. Gastelurrutia MA, de San Vicente OG, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernández-Llimós F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. Pharm World Sci. 2006;28(6):374-6.
15. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. Pharm World Sci. 2009;31(1):32-9.
16. Pires CF, Costa M, Angonesi D, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. Pharmacy practice. 2006;4(1):34-7.
17. Acosta GJ, Alzaga A, Alvarez ML, Gudiel M, Fernández-Llimós F. Estructura y servicios de atención farmacéutica ofrecidos en farmacias de Alcorcón (Madrid) y Bilbao. Seguim Farmacoter. 2003; 1(3): 120-3.
18. Mirada Profesional [Internet]. Disponible en: <http://blogs.clarin.com/miradaprofesional/>. Consultado Mayo de 2010.
19. Conclusiones del VI Congreso de Atención Farmacéutica. Lista de correos electrónicos. [Internet]. El paciente y su entorno <http://listas.uninet.edu/mailman/listinfo/farmacia>. Consultado Noviembre de 2008.
20. Del Pino CR, Martínez RJR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):311-37.
21. Tague NR. The Quality Toolbox. 2nd ed. Milwaukee (Wisconsin): ASQ Quality Press; 2005.
22. Hancock B, Windridge K, Ockleford E. An Introduction to Qualitative Research. The NIHR RDS EM / YH; 2007 [Internet]. Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/HEALTHMANAGEMENT/ViewResource.aspx?resID=78572> Consultado: Junio de 2009.
23. Tulip SC, Cheung P, Campbell D, Walters P. Pharmaceutical Care: cultural, practice and professional perspectives. Int J Pharm Practice. 2002;10(suppl): R93.
24. Pérez AC. Sobre la metodología cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76(5): 373-80.

25. Fernández de Sanmamed SMJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;23:453-4.
26. Callejo GJ. Observación, Entrevista y Grupo de Discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):409-22.
27. Martínez M. Los grupos focales de discusión como método de investigación. *Heterotopía*. 2004;26:59-72.
28. Mathers N, Fox N, Hunn A. Surveys and Questionnaires. The NIHR RDS for the East Midlands/Yorkshire & the Humber; 2007 [Internet]. Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/HealthManagement/ViewResource.aspx?resID=78593> Consultado Junio de 2009.
29. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2004;63:655-60.
30. Evaluation Research Team. Gaining Consensus Among Stakeholders Through the Nominal Group Technique. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. *Evaluation Briefs* N° 7; 2006.
31. Lacey A, Luff D. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Analysis. Trent Focus Group; 2002 [Internet]. Disponible en: [http://faculty.uccb.ns.ca/pmacintyre/course\\_pages/MBA603/MBA603\\_files/IntroQualitativeResearch.pdf](http://faculty.uccb.ns.ca/pmacintyre/course_pages/MBA603/MBA603_files/IntroQualitativeResearch.pdf). Consultado Julio de 2009.
32. Abela JA [Internet]. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Granada: Centro de Estudios Andaluces; 2000. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>. Consultado Noviembre de 2009.
33. Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci*. 2008;30(3):211-5.