

# Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española

Miguel Ángel Gastelurrutia<sup>a</sup>, Fernando Fernández-Llamos<sup>a</sup>, Shalom I. Benrimoj<sup>b</sup>, Carla Cristina Castrillon<sup>c</sup> y María José Faus<sup>a</sup>

**Objetivo.** Identificar y analizar los elementos que dificultan la diseminación, la implantación y la sostenibilidad de distintos servicios cognitivos orientados a los pacientes en la farmacia comunitaria española.

**Diseño.** Estudio cualitativo en el que se han utilizado entrevistas semiestructuradas, con el fin de realizar un análisis descriptivo.

**Métodos.** Se eligieron dos conjuntos de expertos relacionados con la farmacia comunitaria española. El primero estaba compuesto de 15 farmacéuticos comunitarios que se habían destacado por sus actividades profesionales y el segundo, por 18 estrategias de la farmacia.

**Resultados.** La falta de orientación clínica de la formación universitaria, la falta de actitud ante el cambio y la incertidumbre sobre su futuro profesional se identificaron como barreras del farmacéutico individual. Para la farmacia como empresa, se identificaron como barreras la falta de pago por los servicios, la ausencia de mensajes claros y el reducido volumen de la farmacia española. En la categoría profesión farmacéutica, el actual sistema de remuneración, la falta de formación universitaria clínica y la falta de liderazgo de las instituciones representativas fueron las barreras encontradas. En cuanto a los otros colectivos, se encontró que la falta de apoyo real de las administraciones sanitarias, el desconocimiento de los médicos de los objetivos de los servicios cognitivos farmacéuticos, y la falta de demanda de estos servicios por los pacientes fueron las barreras identificadas.

**Conclusiones.** Se han encontrado 12 barreras que se han agrupado en 6 categorías. Estas barreras coinciden con las comunicadas en otros países.

**Palabras clave:** Farmacia comunitaria. Servicios cognitivos. Atención farmacéutica.

## BARRIERS FOR THE IMPLEMENTATION OF COGNITIVE SERVICES IN SPANISH COMMUNITY PHARMACIES

**Objective.** To identify and assess barriers for dissemination, implementation, and sustainability of different cognitive services in Spanish community pharmacies.

**Design.** Qualitative study through semi-structured interviews followed by a descriptive analysis.

**Method.** Two groups of experts related to Spanish community pharmacy were chosen. One with 15 community pharmacists with a relevant professional activity, while the other group (n=18) was related to pharmacy strategists.

**Results.** The lack of university clinical oriented learning, lack of pharmacists' attitude towards change and some uncertainty over their professional future were identified as barriers at the pharmacists' level. In relation to pharmacy as an organization the lack of clear messages by their leaders and the small volume of Spanish pharmacies were identified as barriers. In the category of pharmacy profession, the current reimbursement system, the lack of university clinical education, and the lack of leadership by current representative organizations were the barriers found. The lack of real involvement by health authorities, the lack of knowledge about the objectives of pharmacy cognitive services, and the lack of demand of these services by patients were also identified as barriers.

**Conclusions.** Finally, 12 barriers were identified and grouped into 6 categories. These barriers fit in with the barriers identified in other countries.

**Key words:** Community pharmacies. Cognitive services. Pharmacy attention.

English version available at  
[www.doyma.es/219.591](http://www.doyma.es/219.591)

A este artículo sigue  
un comentario editorial  
(pág. 471)

<sup>a</sup>Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. España.

<sup>b</sup>Profesor de Práctica Farmacéutica. Universidad de Sydney. Australia.

<sup>c</sup>Farmacia Comunitaria. San Sebastián (Guipúzcoa). España.

Correspondencia:  
M.A. Gastelurrutia.  
Paseo Larratxo, 98.  
20007 San Sebastián (Guipúzcoa).  
España.  
Correo electrónico:  
[magastelu@medynet.com](mailto:magastelu@medynet.com)

Manuscrito recibido el 28-8-2006.  
Manuscrito aceptado para su  
publicación el 16-1-2007.

Ninguno de los autores declara  
ningún tipo de conflicto de interés  
que pueda tener relación con el  
trabajo enviado. El trabajo no ha  
recibido ninguna financiación  
externa más que la de los propios  
autores.

## Introducción

En 1980 se introdujo el concepto de atención farmacéutica en su sentido moderno<sup>1</sup>. Desde entonces se han realizado grandes esfuerzos para lograr que los farmacéuticos implanten nuevos servicios cognitivos<sup>2</sup>. Éstos han sido definidos como los servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, mediante la exigencia de un conocimiento específico, tratan de mejorar el proceso de uso de los medicamentos o los resultados de la farmacoterapia. Podría señalarse que hay 2 tipos de servicios cognitivos: unos centrados en la mejora del proceso de uso de medicamentos y otros centrados en la evaluación y el seguimiento de los resultados de la farmacoterapia<sup>3</sup>.

Aunque hay un amplio consenso sobre la importancia de implantar servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria<sup>4-6</sup>, el proceso de cambio está siendo lento<sup>7</sup>. Si bien la mayoría de los farmacéuticos aprueba la filosofía de la atención farmacéutica<sup>4,5,8,9</sup>, su implantación generalizada es aún minoritaria<sup>9-15</sup>.

En la literatura científica internacional se encuentran trabajos que analizan las barreras que dificultan tanto la diseminación como la implantación y la posterior sostenibilidad de diferentes servicios cognitivos<sup>16-19</sup>. También en España se han realizado algunos estudios que analizan las posibles barreras existentes para su implantación<sup>11,18,20,21</sup>. Sin embargo, a la hora de evaluar estas barreras, hay discrepancias entre los resultados publicados por distintos autores<sup>3</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue identificar y analizar los elementos que dificultan la diseminación, la implantación y la sostenibilidad de distintos servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española, en opinión de profesionales farmacéuticos y estrategias del ámbito de la farmacia.

## Métodos

Se llevó a cabo un análisis cualitativo de las entrevistas semiestructuradas realizadas a dos conjuntos de expertos: ejercientes y estrategias.

La población se seleccionó mediante un muestreo teórico basado en el ámbito de trabajo (todos los participantes debían ser licenciados en farmacia y residentes en el territorio español) y, además, para los estrategias, según el tipo de actividad. Se define a los ejercientes como profesionales farmacéuticos comunitarios españoles que tienen la experiencia de haber implantado o haber participado en programas que incluyan la práctica de distintos servicios cognitivos. Los pertenecientes al grupo de estrategias son personas provenientes de distintas áreas, en las que se definen 6 perfiles: administración sanitaria (A1), sociedades científicas (A2), corporación profesional (C1), mundo de la comunicación (C2), asociaciones empresariales (E) y universidad (U).

Los entrevistados del grupo «ejercientes» se eligieron entre los que habían destacado en la implantación de servicios cognitivos en España. Los «estrategas» tenían, en el momento de la entre-

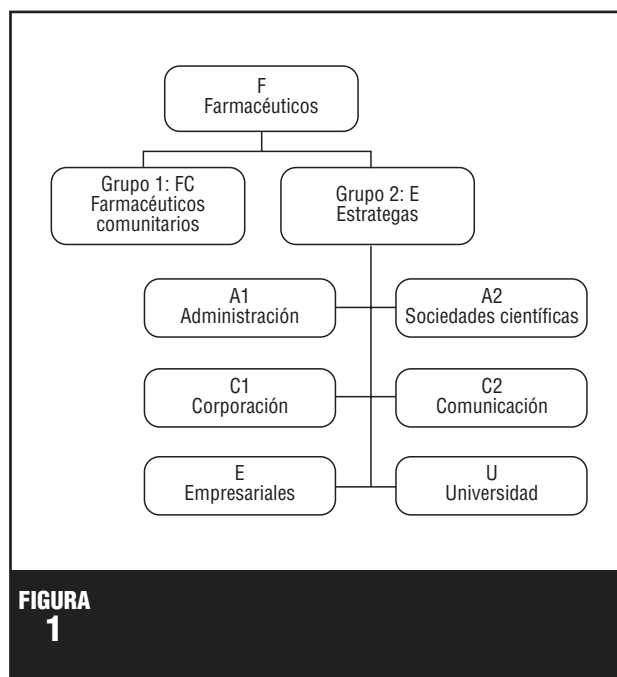


FIGURA  
1

vista o con anterioridad, responsabilidades y capacidad de decisión para poder diseñar, impulsar y tratar de diseminar e implantar diferentes servicios cognitivos o programas que incluyan dichos servicios en distintas organizaciones o instituciones (fig. 1). Para obtener la información se utilizó una entrevista semiestructurada<sup>22</sup> basada en el guión de entrevista de Roberts et al<sup>23</sup>, que fue ligeramente modificado y traducido al castellano (disponible en la versión electrónica).

Se realizaron 33 entrevistas, 15 al grupo de ejercientes y 18 a los estrategias. Las entrevistas fueron realizadas entre el mes de mayo de 2003 y octubre de 2004 por el mismo entrevistador, que se desplazó a los lugares de residencia de los entrevistados.

La información se registró en cintas magnetofónicas. Con posterioridad se procedió a transcribirlas literalmente. En ningún caso se realizó una síntesis o un resumen, sino que se recogió la información aportada por los participantes tal y como ellos se habían expresado. Posteriormente se pasó el texto al programa NUDIST VIVO®.

La información resultante, dado su carácter cualitativo, se analizó mediante una técnica de análisis de contenido centrado en el análisis semántico, entendido como la selección de unidades de contexto (frases) que permiten describir el discurso de los entrevistados<sup>24</sup>. Para ello, los discursos fueron segmentados y codificados de acuerdo con las dimensiones del análisis.

## Resultados

La duración media de las entrevistas se situó entre 40 y 80 min, con un tiempo total de entrevistas grabadas algo inferior a las 33 h.

Las barreras identificadas se agruparon en 6 categorías según hicieran referencia al farmacéutico, a la profesión farmacéutica, a la farmacia como organización, a la administración sanitaria, a los médicos y sus colectivos o a los pacientes (tabla 1).

TABLA  
1

Farmacéutico
Falta de formación adecuada, poco orientada a atender las necesidades de los pacientes
Actitud:
Necesidad de cambio de actitud
Miedo al cambio
Actividad más empresarial que profesional
Incertidumbre sobre el futuro profesional
Farmacia
Falta de pago por los servicios cognitivos que se ofrecen
Ausencia de mensajes claros e inequívocos
Estructura de las farmacias:
Demasiado pequeñas, fundamentalmente orientadas al proceso distributivo y de venta de productos, sin zonas de atención personalizada, exceso de tareas administrativas, con poco tiempo
Profesión farmacéutica
El actual sistema de remuneración de la farmacia no facilita la implantación de nuevos servicios
Falta de liderazgo claro en la organización colegial
Falta de preparación de la Universidad para dar respuesta a la enseñanza de materias clínicoasistenciales que demanda la profesión
Administración sanitaria
Falta de apoyo decidido de las autoridades sanitarias
Médicos
Mala relación con los médicos, que desconocen estos servicios y que, debido a ese desconocimiento, temen que el farmacéutico incurra en el intrusismo profesional
Pacientes
Falta de demanda de los servicios

### Farmacéutico

Se identificó como barrera la falta de formación adecuada que reciben los estudiantes de farmacia, excesivamente centrada en las ciencias básicas, y más orientada hacia una actividad profesional industrial que a preparar profesionales que den respuesta a las necesidades de los pacientes en relación con la utilización de medicamentos.

... (el colectivo de los jóvenes que se incorpora al mundo de trabajo)... sigue siendo profundamente ilustrado en conocimientos, pero escasamente formado en el tema asistencial y clínico... Porque no han sido educados en este sentido en su fase de pregrado...» (ES-13 C1).

Un grupo de problemas identificados es el que hace referencia a la existencia de una actitud del farmacéutico no proclive a la implantación de dichos servicios. Aunque aseguraban que es necesario un cambio de actitud, también recordaban que la implantación de una innovación siempre supone un cambio en el comportamiento para conseguir que la nueva idea sea puesta en práctica. No es lo mismo para un individuo decidir la adopción de una idea que poner la innovación en práctica<sup>25</sup>. Incluso, cuando uno se convence de su importancia, en muchas ocasiones no se materializa su implantación.

«... somos pocos... los que nos hemos enamorado de una idea (los servicios cognitivos) y que la practicamos, ¿no? Porque una cosa es enamorarse y la otra, practicar... Yo creo que muchos se han enamorado de la idea, pero no lo suficiente como para cambiar de actitud, para cambiar la estructura mental, para practicarla y para ofrecerla a la gente...» (FT-06).

Se detectaba también un miedo por parte del farmacéutico al cambio que esta transición supone.

«Les da miedo que en la estructura, tal y como está ahora funcionando económicamente la farmacia, haya un cambio y sea perjudicial en lo económico» (FC-05).

Los entrevistados opinaban que la realidad actual de la farmacia supone una mayor dedicación del farmacéutico a los aspectos económicos que a los profesionales o asistenciales, lo que también se identificó como una barrera para el cambio.

«... el farmacéutico está preparado para vender, y lo que sabe es de la venta...» (FC-08).

Además, opinaban que el farmacéutico presenta incertidumbre sobre su futuro profesional, lo que también le hace reticente a cualquier cambio, como el que supone implantar nuevos servicios, a los que no ve una utilidad clara.

«... la incertidumbre sobre qué tipo de cambios son los que esperas de él (del farmacéutico), el que a la gente (a los farmacéuticos) se le diga hacia dónde debe ir... qué se espera que haga en el futuro... y como no lo saben y creen que se le marcan caminos diferentes... se inquieta» (ES-16 A1).

### Farmacia

La falta de pago de los nuevos servicios cognitivos o el escaso peso específico que supone lo que se cobra por servicios actualmente implantados, como el suministro de metadona, la formulación magistral o las determinaciones analíticas de química seca, también fue identificado como una barrera.

«... yo tendré que cobrar por lo que hago, ¿no?... Porque yo, ¿por qué tengo que cobrar por una cosa y hacer seguimiento sin cobrarlo?; usted hace seguimientos pero yo le pago otra cosa» (FC-05).

Afirmaban que en el mundo de la farmacia, sobre todo en lo que hace referencia a sus dirigentes o líderes profesionales, no hay mensajes claros que muestren a los farmacéuticos el camino que deben seguir. Se manifestó que la existencia de diferentes escuelas o maneras de entender el futuro profesional de la farmacia es una barrera para la implantación de servicios cognitivos.

«Unos dicen que haga seguimiento y detecte PRM; otros que mejor empiece por dispensar y que los PRM no son lo que aquéllos dicen... nos lían..., pero al final... lo importante no está definido...» (FC-08).

«Bueno, dime lo que tengo que hacer y cómo» (ES-08 C1).

Se puso de manifiesto que el tamaño de la farmacia española es también un punto clave a la hora de explicar la escasa implantación de servicios cognitivos. Afirmaron que la farmacia española, a diferencia de las otras europeas, es demasiado pequeña, tanto en volumen de facturación como en recursos humanos.

«La farmacia europea está muy por encima de la farmacia española. Es más grande objetivamente. Entonces, ¿qué se encuentra hoy el farmacéutico como problema? Que tiene unas farmacias a las que corresponde un núcleo poblacional muy pequeño...» (ES-11 E).

«... el modelo debería huir del minifundismo...» (ES-13 C1).

Afirmaban también que la estructura física de la farmacia se encuentra demasiado orientada hacia el proceso distributivo y de venta de productos, por lo que carece, en general, de zonas específicas de atención al paciente que garanticen una cierta intimidad, lo que se ha denominado «zonas de atención personalizada».

«... convertirla en un establecimiento más especializado, por áreas, en el que se podría dar un servicio sanitario más privado, como el que quizás muchos intentamos dar...» (FC-15).

«La mayoría de las farmacias tiene una apariencia física más de establecimiento comercial que de establecimiento profesional. Y creo que esto debería ser modificado...» (ES-05 A2).

Recordaban que la organización interna de la farmacia está sujeta a un trabajo burocrático y administrativo que consume una gran cantidad del tiempo de trabajo del personal, tareas que, en muchos casos, son consideradas como «sin sentido» por alguno de los entrevistados (Es-06 A2).

«... el resto te tienes que dedicar a si se hizo bien el pedido, si se devolvió al almacén, que si no sé qué... que si...» (FC-04).

Finalmente, en lo que hace referencia a la farmacia como organización, se apreciaba una falta de tiempo para implantar nuevos servicios, diferentes de los que se realizan en la actualidad, y para las tareas administrativas que requiere la gestión del producto.

«... para hacer... ese nuevo servicio tienes que quitar tiempo de otras cosas...» (FC-10).

«Yo, más que el impacto económico, depende del tiempo...» (ES-15 A1).

### Profesión farmacéutica

El actual sistema de remuneración, basado en un margen fijo por medicamento, fue también identificado como una barrera importante.

«... con ese sistema de remuneración no se pueden hacer extensiones (la implantación de servicios cognitivos)» (FC-04).

Reconocían una falta de liderazgo por parte de los líderes profesionales actuales y fundamentalmente por parte de la organización colegial, de la que se afirmaba que no tenía interés porque la profesión cambiara y se llegaba a calificarla como «líder oportunista» (ES-14 E).

«... siento que ellos (los colegios) serán poco capaces de liderar algo que va solo, digamos, a favor de unos pocos...» (FC-08).

Se afirmaba también que la Universidad no está preparada para abordar en su seno el cambio que necesita y, por tanto, no puede ofertar la enseñanza de materias clinicoasistenciales que la profesión está demandando.

«la Facultad sí que sabe que tiene un problema... que nuestros educadores no tienen experiencia clínica...» (ES-13 C1).

### Administración sanitaria

A pesar de que muchos representantes de la administración sanitaria han afirmado en distintos foros su apoyo a la atención farmacéutica, los entrevistados manifestaron que echan en falta un apoyo más decidido y explícito hacia la implantación de servicios cognitivos, y que esta falta de apoyo debe entenderse como una barrera para su implantación.

«... pero en la práctica (la Administración) no da un paso adelante para poder hacerlo» (ES-14 E).

### Médicos

Se puso de manifiesto una mala relación entre los médicos y los farmacéuticos. Se afirmaba que ello es debido fundamentalmente al desconocimiento, por parte de los médicos y otros agentes sanitarios, de las funciones de los farmacéuticos y las ventajas para el paciente derivadas de una mayor colaboración interprofesional. Aseguraban que ese desconocimiento era la causa que hace temer a los médicos que el farmacéutico incurra en el intrusismo profesional. Sin embargo, también se puso de manifiesto que algunas sociedades médicas han comenzado a reconocer el papel del farmacéutico como agente de salud<sup>26</sup>.

«... su desconocimiento (los médicos) profundo de lo que es... la atención farmacéutica y en ambos casos se posicionaban en contra» (ES-14 E).



## Pacientes

La falta de demanda de servicios cognitivos por parte de los pacientes fue también identificada como una barrera para implantar estos servicios, ya que «nadie ofrece lo que no le piden» (FC-09).

*«... el ciudadano ahora todavía no demanda esos servicios...» (ES-16 A1).*

## Discusión

En una reciente revisión quedaba patente la necesidad de realizar un estudio exhaustivo que identificara las barreras para la implantación de nuevos servicios cognitivos en España<sup>3</sup>. Un estudio de esta naturaleza, cualitativo, no permite inferir extrapolaciones a la población general<sup>27</sup>, pero su carácter exploratorio permite afirmar que, tras casi 33 h de conversación con ejercientes y estrategias, se identificaron las barreras reales.

Diferentes trabajos ponían en duda que el dinero, tanto por la falta de pago por servicios como debido al sistema de remuneración de la farmacia, fuera una barrera para la implantación de servicios cognitivos en España<sup>11,18,21</sup>. Los resultados de nuestro estudio incluyen ambos elementos como barreras, lo que supone que las cuestiones económicas deben ser consideradas como una barrera para la implantación de estos servicios.

La falta de uniformidad en los distintos proyectos o abordajes realizados por diferentes grupos, así como la falta de mensajes unívocos por parte de los líderes profesionales, fueron identificados como barreras. Probablemente, esto no debería entenderse como un motivo para la no implantación de nuevos servicios, sino más bien como una coartada o excusa para justificar su falta de implantación. Es habitual que en el ámbito de la salud haya diferentes corrientes científicas o la utilización de diferentes técnicas, métodos y guías de práctica. Serán los resultados de cada grupo o cada método y su comparación lo que hará que los profesionales elijan entre ellos.

El conjunto de barreras relacionadas con la actual estructura de la farmacia, incluida la falta de tiempo para realizar nuevos servicios, es otra de las barreras identificadas. Se afirma que las farmacias españolas son pequeñas, con un aspecto y una organización demasiado dirigidas hacia lo comercial, y sin zonas de atención personalizada que garanticen al paciente la confidencialidad. La continua disminución del volumen de la farmacia española, consecuencia de la aplicación de las distintas leyes de planificación, no es positivo para los farmacéuticos, la administración sanitaria, los usuarios y los pacientes<sup>28</sup>.

La Universidad también fue identificada como una barrera, ya fuera porque ofrece una formación poco orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes, ya por su incapacidad para contar con personas preparadas para dar res-

## Lo conocido sobre el tema

- En la actualidad, los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española no se encuentran implantados de una manera importante.
- En España hay pocos estudios que analicen las barreras que dificultan su diseminación e implantación, y además existen discrepancias en sus resultados.

## Qué aporta este estudio

- Se identifican 12 barreras que dificultan la diseminación, implantación y/o sostenibilidad de los servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española.
- Estas barreras, que se agrupan en 6 categorías, no se diferencian en lo fundamental de las descritas para otros países, lo que refuerza la idea de que los problemas de la farmacia son similares.
- Parece necesario diseñar nuevos estudios para identificar facilitadores que ayuden a superar estas barreras, así como explorar las opiniones de médicos y pacientes sobre los servicios cognitivos.

puesta a las demandas de la profesión, por ejemplo, mediante la contratación de profesionales de prestigio y la creación de áreas de conocimiento o departamentos de práctica farmacéutica<sup>28</sup>.

Hay una serie de barreras relacionadas con colectivos ajenos a la farmacia: administración sanitaria, médicos y pacientes. En relación con los médicos, los farmacéuticos entrevistados opinaban que el desconocimiento de las pretensiones de los farmacéuticos es el causante del temor médico al intrusismo profesional. Parece, por tanto, necesario comunicar claramente al resto de profesionales de la salud qué pretende el farmacéutico al implantar nuevos servicios cognitivos. Por último, los usuarios de la farmacia desconocen qué pueden esperar de estos establecimientos. Así, la satisfacción con los actuales servicios distributivos ofrecidos es muy alta, aunque esto no significa que no exista la necesidad de implantar nuevos servicios cognitivos<sup>29</sup>. Parece interesante diseñar nuevos estudios para analizar tanto la opinión de los propios médicos al respecto como para explorar las opiniones de los usuarios de la farmacia sobre los servicios cognitivos.

En conclusión, estrategias y ejercientes identificaron 12 barreras para la diseminación, implantación y sostenibilidad de servicios cognitivos en las farmacias comunitarias españolas, que pudieron ser agrupadas en 6 categorías: farma-

céutico, farmacia, profesión farmacéutica, administración sanitaria, médicos y pacientes.

Las barreras identificadas en España no se diferencian en lo fundamental de las descritas en otros países, lo que refuerza la idea de que los problemas de la farmacia son similares, independientemente del modelo de farmacia y de la situación socioeconómica del país que se estudie.

Parece necesario diseñar nuevos estudios para identificar facilitadores que ayuden a superar estas barreras, así como otros para explorar las opiniones de médicos y pacientes sobre los servicios cognitivos.

## Bibliografía

1. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Ed.* 1980;44:276-8.
2. Willey ML, Chagan L, Sisca TS, Chapple KJ, Callahan K, Crain JL, et al. A pharmacist-managed anticoagulation clinic: six-year assessment of patient outcomes. *Am J Health-Syst Pharm.* 2003;60:1033-7.
3. 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. *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005;3:65-77.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharmaceutica.* 1995;36:285-92.
5. 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.
6. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la atención farmacéutica en la oficina de farmacia. Madrid: Colegio de Farmacéuticos de España; 2002.
7. Farris KB, Schopfloecker DP. Between the intention and behavior: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. *Soc Sci Med.* 1999;49:55-6.
8. Grupo de Expertos. Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
9. Cavaco AM, Dias JPS, Bates IA. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci.* 2005;27:54-60.
10. Van Mil JWF, Schulz M, Tromp ThFJ. Pharmaceutical care, european developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci.* 2004;26:303-11.
11. 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.
12. Posey LM. Proving that pharmaceutical care makes a difference in community pharmacy. *J Am Pharm Assoc.* 2003;43:136-9.
13. Tice B. Pharmaceutical care: a necessary «disruptive innovation» in health care. *J Am Pharm Assoc.* 2002;42:381-2.
14. Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical care: perceptions and experiences among Danish community pharmacies. *J Soc Admin Pharm.* 2001;19:55-64.
15. Van Mil Foppe JW, Schulz M. A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Rev.* 2006;7:155-68.
16. Bell HM, McElroy 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.
17. Odedina FT, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. *J Soc Admin Pharm.* 1996;13:74-88.
18. Van Mil JWF, De Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001;9:163-8.
19. Penna RP. Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990's. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47:543-9.
20. Plaza F, Díez MV. Implantación de la atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la Administración. *Pharm Care Esp.* 2000;2:193-200.
21. Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005;3:144-9.
22. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:409-22.
23. Roberts AS, Hopp T, Sorensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci.* 2003;25:227-34.
24. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa. *Index de Enfermería (Gran).* 2002;36-37:24-8.
25. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
26. Palop V, Martínez-Mir I. Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria [editorial]. *Aten Primaria.* 2006;8:137-8.
27. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa [editorial]. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:373-80.
28. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother.* 2005;39:2105-10.
29. Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernández-Llimós F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci.* 2006;28:374-6.