

boletín sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

www.sefac.org

contenidos

Dispensación de medicamentos de prescripción
sin la correspondiente receta

El proceso de hacerse fumador

Problemas en la implantación del
seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

n.2

mayo
2003

sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

junta directiva

Presidente

Miguel Angel Gastelurrutia Garralda

Vicepresidente 1º

Elena Dualde Viñeta

Vicepresidente 2º

Guillermo Navarro Ojel-Jaramillo

Secretario

Alejandro Eguilleor Villena

Tesorero

Neus Caelles Franch

Contador

José Ibáñez Fernández

Vocal 1º, de relaciones externas

Manuel Machuca González

Vocal 2º, de formación y acreditación

Fernando Fernández-Llimós

Vocal 3º, de informática

José Ramón García Soláns

Vocal 4º, de relaciones con otras asociaciones

Antonio Barbero González

Vocal 5º

Laura Tuneu Valls

Dispensación de medicamentos de prescripción médica sin la presentación de la correspondiente receta

Opinión de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC)

Alejandro Eguilleor

Secretario de la SEFaC

La SEFaC se constituyó, entre otros, con el objetivo tanto de contribuir al desarrollo de nuevas parcelas de trabajo para el farmacéutico comunitario, como de intentar mejorar desde el punto de vista científico nuestra práctica profesional actual. En las últimas semanas se han producido una serie de declaraciones por parte de responsables de nuestro sistema sanitario, sobre una cuestión que consideramos de gran importancia como es la dispensación de medicamentos de prescripción médica, sin receta. Como sociedad científica de farmacia comunitaria, debemos de tomar una postura clara con respecto a esta cuestión y hemos decidido iniciar una campaña de reflexión sobre cuáles son las circunstancias que convergen en esta situación y cómo podemos tratar de resolver este problema que pesa sobre nuestra profesión, que sin duda dificulta nuestro avance como profesionales farmacéuticos en el marco de la sanidad de nuestro país.

A continuación reproducimos el documento que ha sido publicado como artículo de opinión en "Correo Farmacéutico", con el que damos inicio a dicha campaña de reflexión.

"Desde la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), consideramos que existe una cuestión profesional sobre la cual se hace necesaria una profunda reflexión por parte de nuestro colectivo farmacéutico en busca de una solución adecuada, como es la dispensación de medicamentos de prescripción médica sin receta.

Dejando claro de antemano que los farmacéuticos asumimos la parte que nos corresponde en esta cuestión, creemos que para dar una solución definitiva a esta situación debemos de realizar un análisis en profundidad del problema.

En la actualidad, los farmacéuticos nos encontramos con una realidad heredada que podría enmarcarse dentro de lo que se ha dado en llamar "usos y costumbres" de la sociedad española, en la que la población, por diferentes circunstancias que analizaremos, se dirige a la farmacia a retirar medicamentos de prescripción médica sin seguir el camino lógico que pasa primero por la visita al médico. Entre estas circunstancias, y poniendo los diferentes argumentos en palabras de nuestros pacientes para que el lector comprenda mejor nuestra realidad diaria, tenemos a modo de ejemplo las siguientes:

- "Como lo que me pasa es lo mismo que me ocurrió hace poco, me tomo lo mismo"
- "Para lo que cuesta el medicamento, no merece la pena ir al médico"
- "El médico no me va a mirar porque no tiene tiempo y yo ya sé qué tengo que tomar".
- "Sigo un tratamiento que me revisarán en 6 meses. Ustedes lo saben, no me hagan ir al médico cada vez que se me acaba el medicamento"
- "El dentista me ha dicho por teléfono que vaya tomando Clamoxyl®"
- "Si todos vamos al médico a por recetas, acabaremos de colapsar las consultas"
- "No sabía que hiciera falta receta para este medicamento"...

Circunstancias o argumentos que hacen referencia a una necesidad de aumentar la cultura de nuestra población sobre los tratamientos farmacológicos, a las carencias del sistema sanitario por la tremenda cantidad de pacientes a los que debe atender día a día cada uno de nuestros médicos, a la presión que soportamos tanto médicos como farmacéuticos por parte de pacientes "impacientes" por conseguir como sea determinada medicación y, por qué no decirlo, a

Dispensación de medicamentos de prescripción médica sin la presentación de la correspondiente receta

que los farmacéuticos hemos puesto fácil a la población la obtención de ciertos medicamentos.

A la vista de esta realidad todos, administración, médicos, farmacéuticos y sociedad, debemos ser conscientes de que por razones sanitarias obvias, España debe dejar de ser uno de los países europeos en los que más fácilmente pueden conseguirse medicamentos de prescripción médica sin ella. Todos debemos contribuir al cumplimiento de la legalidad que exige que los medicamentos cuyo envase presenta un "circulito", precisen de la correspondiente receta médica, que asegura que un médico se hace responsable de la prescripción de un medicamento a un determinado paciente.

Cierto es que nos encontramos con situaciones "especiales" como son el hecho de que en algunos medicamentos con igual composición se da la paradoja de que uno requiere receta médica y el otro no (p. ej.: Paracetamol Mundogen 650® y Gelocatil®); cierto es que habrá que revisar qué medicamentos de prescripción médica podrían dejar de tener esta consideración, con lo que podríamos tener un mayor abanico de medicamentos de consejo farmacéutico; cierto es que en el caso de tratamientos continuados podría legislarse una fórmula alternativa que amplíe las competencias del farmacéutico, que permitiese que el paciente pudiera ir retirando sus medicamentos de la farmacia según se le van terminando y no tuviese que ir al médico hasta la siguiente revisión en lo que se conoce como sistema de dosis repetitivas, que ya funciona en los tratamientos con Metadona. Por tanto, tendremos que plantear soluciones a estas situaciones, lo que se traducirá en una lucha por la ampliación de las competencias sanitarias del farmacéutico con el objetivo de dar respuesta a las nuevas necesidades de nuestra población.

Sin embargo, para poder luchar por nuestro futuro debemos de partir del estricto cumplimiento de la legalidad. Dificilmente podremos luchar por la Atención Farmacéutica, por la Dispensación Activa o por la ampliación de nuestras funciones, si dispensamos medicamentos de prescripción médica sin receta. Dificilmente vamos a conseguir el pleno respeto de la sociedad si decidimos vender un medicamento porque si no, se lo van a dar en la farmacia de enfrente. Tenemos que demostrar la confianza que la socie-

dad ha depositado en nosotros como sanitarios encargados del control de los medicamentos y ello pasa por el cumplimiento de la legislación farmacéutica.

¿Y cómo solucionar este complejo problema?

Desde la SEFaC pensamos que la solución pasa por la actuación sobre los diferentes niveles implicados:

- A nivel de la población, poner en marcha una campaña de educación sanitaria a través de medios de comunicación y en las farmacias con carteles o folletos, sobre la importancia y el significado real (no sólo económico) de la receta médica.
- A nivel de la Administración, que sepa dar respuesta sanitaria adecuada a los ciudadanos que podrían colapsar las consultas como consecuencia de la puesta en marcha de esta medida. También a nivel de Administración, que estudie *aumentar las competencias sanitarias* de los farmacéuticos en varios sentidos:
 - Revisar qué medicamentos de prescripción médica podrían pasar a ser de consejo farmacéutico.
 - Resolver incongruencias de medicamentos con igual composición y diferente consideración.
 - Estudiar la implantación de un sistema de dosis repetitivas en farmacia para tratamientos prolongados, que descargue la actividad del centro de salud y facilite al paciente el cumplimiento de los tratamientos.
- A nivel de otros agentes de salud (médicos, odontostomatólogos, etc.) para que no se den casos de prescripción telefónica y para que la prescripción vaya ligada siempre a la evaluación previa por el médico y nunca a la presión del paciente para que le receten lo que quiere.
- A nivel de los farmacéuticos, campaña de reflexión sobre la importancia de este tema y sobre el hecho de que no podemos soportar las carencias del sistema sanitario incumpliendo la ley. Además, la posibilidad de llegar a un compromiso de no dispensar sin receta los medicamentos con "circulito", empezando por ciertas familias de medicamentos y ampliando posteriormente al resto." ■

El proceso de hacerse fumador

Ana María Quintas Rodríguez

*Farmacéutica Especialista en Tabaquismo
Tesorera de SEDET*

Para entender la deshabituación tabáquica, es necesario hacer un breve repaso sobre cómo se produce la iniciación en el hábito y qué factores influyen en su mantenimiento.

El proceso de "habituación" es complejo. Al principio el consumo es desagradable y se utiliza como código de comunicación social. Las recompensas a nivel social, como el apoyo del grupo, y a nivel personal, como la imitación, el sentirse mejor, etc., hacen que el individuo persista en el consumo hasta que alcanza la tolerancia y se establece la dependencia.

Generalmente el proceso por el que un sujeto se convierte en fumador se inicia en la adolescencia y atraviesa por diferentes etapas: una primera etapa de inicio y experimentación a la que sigue una de consumo regular, una tercera de mantenimiento que precipita en muchos casos en una etapa de abandono sin olvidar las etapas de recaída que esta última provoca.

El fumador no tiene por qué pasar por todas y cada una de las etapas mencionadas y mucho menos de forma lineal. Muchos se quedan en la etapa de mantenimiento y son fumadores durante toda su vida; otros por el contrario, se dirigen hacia la etapa de abandono, se mantienen abstinentes y se convierten en exfumadores. Un tercer grupo pasa cíclicamente de una

fase a otra antes de alcanzar la deshabituación.

Estudios realizados sobre la población fumadora ponen de manifiesto que el 60% ha intentado en alguna ocasión dejar de fumar; el 50% de ellos se mantuvo abstinente durante al menos un mes y sólo el 11% alcanzó el periodo de un año sin fumar.

Hay individuos que mantienen una relación un tanto especial con el tabaco: consumen de manera esporádica y en poca cantidad; es como

si experimentaran de forma crónica con esta sustancia. El poder adictivo de la nicotina aparece tarde o temprano y es por ello que a ellos deberá estar dirigida la advertencia mas vehemente.

Etapas de inicio

El individuo se prepara, interioriza un serie de conocimientos, creencias y experiencias acerca de fumar cigarrillos y de su utilidad, (tiene la creencia de que fumar origina madurez, independencia, etc.). El efecto que provoca en el joven la



utilidad del cigarrillo y el valor que para él representa, puede llevarle a la planificación de su obtención con la intención de fumar.

Esta fase se caracteriza por el consumo esporádico generalmente en presencia de amigos. Los efectos producidos por el tabaco junto a los refuerzos de carácter psicosocial derivados de estas primeras experiencias con los cigarrillos, determinan la incorporación o no a la siguiente fase.

Etapas de experimentación

En esta etapa se consume de forma irregular, generalmente los fines de semana, por curiosidad o por presión del grupo. Muchos jóvenes se quedan aquí y no pasan a engrosar las cifras de fumadores. Sin embargo, cuanto mas se prolongue la fase de experimentación y cuanto menor sea el intervalo entre los primeros cigarrillos fumados mayor será la posibilidad de convertirse en fumador habitual.

Cuando un sujeto fuma de manera regular se habitúa y cada vez mas, incorpora y relaciona situaciones con el hecho de fumar, pasando del hábito a la adicción, mediante el desarrollo de una necesidad fisiológica de nicotina que "engancha" y dificulta la deshabitación.

El que un joven sea fumador habitual durante la adolescencia no significa, necesariamente, seguir siéndolo en la edad adulta. En las fases de inicio el joven pasa de manera dinámica de un estadio a otro, pudiendo cesar en el consumo por la incidencia de hechos fortuitos como los cambios de colegio, ciudad o pandilla.



En estas primeras etapas el cambio es fácil y el joven puede controlar el consumo; el problema surge cuando el individuo entra en la fase de adicción caracterizada por la dependencia de la droga.

La supresión del consumo de forma brusca en esta fase conduce al individuo a sufrir el síndrome de abstinencia y el sujeto se siente dominado por la nicotina.

Existen diversos componentes que inciden llevándole al inicio y avance en la consolidación del hábito de fumar:

1. Factores sociales

La presión social que el medio ejerce sobre el individuo desde su más tierna infancia, contribuye a su inicio en el consumo. En la infancia la influencia mayor es la familiar ejercida por sus propios padres y hermanos; en etapas posteriores habrá que tener en cuenta la conducta de profesores y educadores, (no se debe olvidar que ejercen un gran influjo en el niño y adolescente como modelo a imitar).

En los jóvenes el grupo de amigos es el más influyente a la hora del inicio en el consumo de tabaco, utilizándose esta iniciación como un mecanismo de integración en su seno. La presión de los compañeros constituye un factor determinante y el temor a no ser admitido en el grupo desencadena el inicio de muchos de ellos.

A estas edades también habrá de ser tenido en cuenta el enorme atractivo de ídolos musicales y artísticos sin olvidar el tremendo efecto de la publicidad que, desde

hace años, centra sus esfuerzos en captar nuevos fumadores entre jóvenes y adolescentes.

2. Permisividad social

Se acepta el tabaquismo como algo inherente a nuestro estilo de vida siendo normal el que las personas fumen y se obsequien tabaco en señal de amistad o agradecimiento como ocurre en bodas y otros importantes eventos.

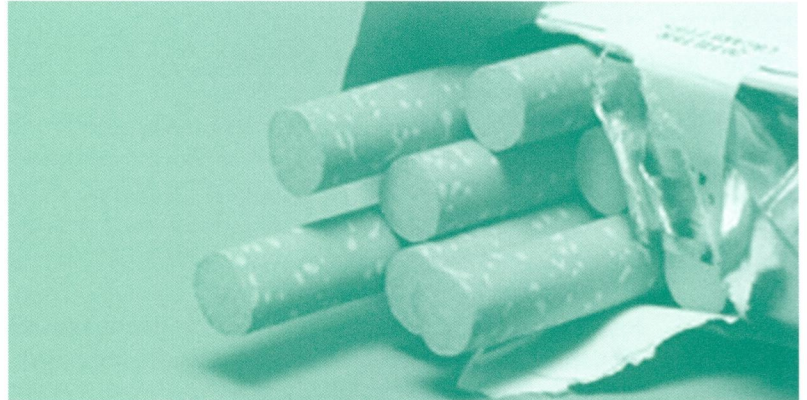
En lugares públicos lo habitual es que fumadores y no fumadores compartan el mismo espacio y aunque la legislación vigente proclame de forma taxativa "el derecho a la salud de los no fumadores frente a los fumadores", estos no hacen prevalecer su derecho.

3. Influencias de personas socialmente relevantes

Actores, cantantes, políticos, deportistas, etc. que fuman públicamente o realizan su actividad profesional con el auspicio de una marca de cigarrillos, comunican a niños y adolescentes un mensaje permisivo y positivo del consumo de tabaco, sin tener en cuenta que estos están buscando referentes para imitar entre los adultos, y más concretamente, entre las personas por las que sienten admiración.

4. Accesibilidad geográfica y económica

Muchos puntos de venta y en toda clase de establecimientos, (tiendas, bares, gasolineras, etc.), no siendo necesario recorrer grandes distancias para obtener tabaco, producto barato, que cuenta inclu-



so con la posibilidad de adquirir cigarrillos sueltos.

5. Publicidad

La industria tabaquera cuenta con una amplia gama de estrategias para incluir su publicidad. De manera directa utilizando los medios de comunicación, a excepción de la televisión y de forma indirecta incluida ésta.

Además de materializarse en vallas, revistas y periódicos, la publicidad del tabaco está presente en conciertos (lugar ideal para captar jóvenes, el objetivo primordial de las industrias tabaqueras) y competiciones deportivas (creando confusión al asociar tabaco y deporte).

El cine constituye un importante inductor al consumo de tabaco hasta el punto que las tabaqueras han pagado sumas astronómicas para que determinados actores, no fumadores en la vida real, aparezcan fumando en las películas.

En televisión, a pesar de la prohibición explícita, la publicidad aparece de forma indirecta y no es de extrañar el ver, en producciones de gran audiencia, a los protagonistas fumando.

La publicidad tiene unos objetivos claros: por un lado ayudar en el inicio al consumo, (el mensaje que transmiten a los jóvenes es que el cigarrillo les da libertad, que pueden ser o conseguir lo que quieran) y por otro lado, mantener e incrementar la adicción a la par que estimular la recaída de los que tratan de mantenerse abstinentes.

El objetivo de toda publicidad es vender, pero el de esta en concreto es vender una droga que a la larga termina matando. La inversión es astronómica y sin punto de comparación con los medios que pudiera destinar cualquier ministerio de sanidad de cualquier país en la lucha contra el tabaco.

Por el momento, es difícil anular esta publicidad y la misión que nos queda a los sanitarios en relación con este tema, es explicar y divulgar los métodos que utiliza para inducir al consumo de tabaco.

Hasta aquí se ha dado un breve repaso a los factores más importantes que inciden en el inicio; próximamente analizaremos los que están en relación directa con el mantenimiento del hábito tabáquico. ■

problemas a los que nos enfrentamos todos en la implantación del seguimiento farmacoterápico (SFT)*

José Ibáñez Fernández
Farmacéutico Comunitario en Reus

Laura Tuneu Valls
Farmacéutica Comunitaria en Manresa

Existen numerosos estudios que indican que los medicamentos fallan bien porque no se consiguen los objetivos terapéuticos deseados o porque aparecen problemas de seguridad. Podríamos simplificar las responsabilidades y atribuirlos a los médicos, a los pacientes, a la industria, a la administración, o a los propios farmacéuticos.

Sabemos que el 70% de los fallos de la farmacoterapia parecen ser prevenibles y, en un mundo de mates como es el nuestro, parece claro que la responsabilidad no es de uno, sino que es de todos. Si visualizamos nuestra parcela sanitaria, una de las causas por las que realmente no ayudamos al paciente a alcanzar los mejores resultados en salud es porque lo que falla realmente es el seguimiento farmacoterápico (SFT). Y es que olvidamos con frecuencia la importancia de acompañar al paciente en todo su proceso patológico.

La sociedad, debido a la gran magnitud y significación social del problema está exigiendo profesionales en esta materia y sin embargo parece que no aprendemos. Han pasado 10 años desde que se concibió la idea innovadora de SFT como arma para detectar, prevenir y tratar los fallos de medicación y aún no se han creado miles de plazas en este país para el ejercicio del SFT.

Los ingenieros dicen que se ha inventado una **idea nueva** cuando funciona en un laboratorio. La idea se transforma en **innovación**, sólo cuando se puede reproducir sin contratiempos, en gran escala y a costes prácticos. Si la idea tiene suficiente importancia se denomina **innovación básica** y crea una industria

nueva o transforma la industria existente. Los ingenieros también dicen que pueden transcurrir treinta años, periodo típico, para la incubación de innovaciones básicas.

El SFT es una innovación básica que puede transformar el ejercicio de la profesión farmacéutica, sólo si asumimos definitivamente este reto.

Cuando una idea innovadora supone un cambio en un ejercicio profesional, en una primera fase, ésta debe nutrirse de filosofía que permita crear metodologías de trabajo y modelos de gestión, en nuestro caso, para la asistencia al paciente.

Parece que las primeras fases que supone el asentamiento de la filosofía y las metodologías de trabajo están superadas. Es, ahora, el momento de ofertar el servicio, mantenerlo y hacer que crezca.

Los farmacéuticos que habéis acudido aquí, estáis todos en ello; sois parte activa e implicada en la idea innovadora. Todos lleváis pacientes. El dilema es responder no tanto al *cómo* (metodología) se llevan estos pacientes (eso ya lo sabemos), sino al *cuanto* (gestión); cuánto tiempo, cuántos pacientes, cuánto riesgo, cuanta responsabilidad y, por supuesto, cuánto me pagarán.

De hecho, los problemas en la implantación son los típicos de cualquier idea innovadora, que en sus inicios siempre debe superar unas resistencias al cambio por parte de los colectivos implicados que, por orden de importancia, podrían ser: farmacéuticos, pacientes, médicos y administración que no deja de ser nuestro cliente.

*Trabajo presentado por José Ibáñez en el SIMPODADER 3. Zaragoza, 3-5 de abril de 2003

implantación del seguimiento; "Nadie nunca fue despedido por comprar una fotocopidora Xerox" (en el entorno EE.UU. esta expresión quiere decir que a nadie le despiden por hacer algo que se considera "normal", algo "conservador"); si las organizaciones respaldan lo hecho hasta ahora no encontrarán resistencias y en definitiva no se les hará partícipes del posible fracaso de la innovación.

La administración y organizaciones de consumidores serán muy prudentes, no podemos esperar, ni pacientes ni farmacéuticos, grandes cambios dirigiéndose desde arriba.

El SFT es un servicio diferente a lo que venía realizando el farmacéutico hasta ahora. Y a pesar de ser una idea innovadora universal, **aún no se puede plantear la retribución de este servicio si no se tiene claro qué entra y qué no entra dentro de este servicio; qué aporta realmente.** Ha de poder cuantificarse y sus resultados medirse para que pueda ser valorada. Sólo al final definirán una base a pagar y un medio de pago.

Hasta ahora, los servicios que ofrecían las farmacias eran globales. Uno puede buscar cualquier medicamento en cualquier sitio y lo adquirirá en las mismas condiciones y al mismo precio. Pero este nuevo servicio, aunque nació con la idea de universalidad y globalidad para todas las farmacias y para todos los pacientes, se desarrolla de manera individualizada y rompe con una de las premisas básicas de relación con la administración, que es: ¿café para todos?

4. Farmacéuticos

A pesar del gran esfuerzo diario de multitud de farmacéuticos, tenemos la percepción de que nuestra práctica profesional aún no ha pegado el cambio. Debemos orientar nuestras actuaciones hacia los resultados. Esta percepción cada día mas admitida por el colectivo, no es capaz de generar la dinámica de cambio ya que entra en conflicto con poderosos y tácticos modelos mentales que están profundamente arraigados.

El farmacéutico debe interiorizar una nueva filosofía del ejercicio profesional, una serie de valores, un código ético que sea profundamente compartido dentro

Los medios de difusión tienen un valor limitado por lo esencial, complejo y personal de los servicios de salud. La adopción de una nueva idea se cree que ocurre a través de un proceso de difusión de persona a persona.

Los pacientes demandarán de los farmacéuticos aquello que esperan de él, aquello que le hemos proporcionado hasta ahora. Si los pacientes experimentan el seguimiento farmacoterapéutico, y son conscientes de los beneficios que les puede aportar, cambiarán sus expectativas respecto a la farmacia y al farmacéutico.

Cada paciente realiza un juicio, a menudo inconsciente, de un servicio en el que pondera los beneficios que de él percibe y que no le proporciona otro profesional. Pero también evalúa el riesgo percibido hacia lo nuevo y la compatibilidad con los valores, normas y creencias de los procedimientos actuales.

Si ofrecemos y proporcionamos incansablemente el seguimiento y el paciente percibe los beneficios de nuestras actuaciones, sólo entonces la gente lo entenderá, lo aceptará y lo reclamará.

2. Médicos

El médico tiene, al igual que los pacientes, unas expectativas respecto de la profesión farmacéutica, que son consecuencia de lo hecho hasta ahora y de la información corporativa a menudo reactiva.

Las actuaciones de los farmacéuticos deben ir dirigidas a que el médico experimente y entienda a nivel individual las ventajas del seguimiento para sus pacientes y para él. Participan a dos niveles: en la oferta del servicio, cooperando con el seguimiento, así como en la demanda, creando un estado de opinión y recomendando el seguimiento.

3. Administración y organizaciones de consumidores

Hay una frase que solía decir Hepler respecto del papel que asume la administración respecto a la

problemas a los que nos enfrentamos
todos en la implantación del

seguimiento farmacoterápico (SFT)

tro de la organización. Estamos hablando de una identidad y aspiración común.

Al farmacéutico le queda aún por realizar el esfuerzo más importante que es el de definir claramente cómo quiere que sea su farmacia. Esta será la única manera de poder vencer las inercias más o menos irracionales, que se nos presentan a cada uno de nosotros.

Estas inercias al cambio han sido descritas ampliamente, cuando se quieren realizar cambios en las empresas o, simplemente, cuando alguien quiere dejar de fumar.

Algunas de ellas serían:

- Justificar la situación actual. Negando o aceptando lo insatisfactorio.
- El problema está fuera: Médicos, la administración. Los pacientes no querrán.
- No es viable: ¿Quién y cuándo me pagarán? Necesitaré mas farmacéuticos.
- No somos capaces: yo no estoy para subir ríos de aguas bravas.

Al final estas cuestiones importantes pasan por un momento en que los farmacéuticos a nivel individual asumen que quieren realizar un nuevo servicio, y su

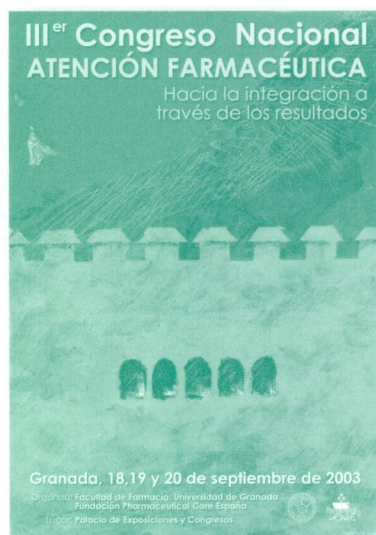
progreso y mantenimiento pasa por la oferta incansable a los pacientes.

El cambio profesional del que estamos hablando requiere unos conocimientos, unas actitudes y habilidades. Requisitos que se pueden aprender, no porque se nos ordene sino porque el farmacéutico así lo desea. La formación y el reconocimiento profesional es lo que alimentará la percepción de nosotros mismos. Y es incuestionable que la percepción que tengamos de nosotros mismos, va a tener una clara influencia en nuestra conducta profesional y ésta a su vez en la aceptación social. Es decir, esta percepción de nosotros mismos es, en definitiva, la que marcará nuestra relación con otros agentes implicados: médicos, pacientes y administración.

Los farmacéuticos que quieran desarrollarse profesionalmente en el seguimiento deben estar emocionalmente comprometidos. La práctica del seguimiento, como cualquier otra disciplina, supone un **compromiso constante con el aprendizaje y con el paciente**. "Nunca se llega" y "los límites son constantes".

Por ello, sólo hay una solución: priorizar aquello que realmente importa. Es decir, primero debemos ordenar nuestros valores y luego marcar los objetivos, nunca al revés. ■

www.sefac.org



Deseo asociarme a la SEFaC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria).

Boletín de inscripción*

Nombre																															
Apellidos																															
Calle																															
Localidad																															
Código postal										Provincia																					
Teléfono														Fax																	
e-mail																															
Banco														Oficina																	
CCC																															
Fecha														Firma:																	

La Cuota a abonar es de 1.200 pesetas al mes (recibos semestrales), que las destinará a:

- Suscripción de la revista científica que se acuerde por Asamblea y que actualmente se ha solicitado que sea Pharmaceutical Care España.
- Boletín informativo periódico de la SEFaC cuyo contenido base estará formado por noticias, revisión de artículos, actualidad legislativa, relaciones con la Administración Sanitaria, etc.
- Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, web, etc.
- Negociación de precios especiales en cursos, congresos, suscripciones, etc.

REMITIR A: Neus Caelles.
C/Antiquarios, 2.
43205 REUS (TARRAGONA)

o a la dirección de correo: sefac@sefac.org

En contra de lo que se ha podido interpretar por algunos, la pertenencia a otras sociedades no implica necesariamente ser miembro de la SEFaC. La única forma de asociarse a la SEFaC es cumplimentando y remitiendo el presente boletín de inscripción

*A todos los efectos, los datos contenidos en este boletín sólo serán transferidos a las empresas encargadas de remitir la revista, el boletín y permitir accesos a la web.

Con la colaboración de

AstraZeneca 