

EL VALOR SOCIAL DE LA RED DE FARMACIAS



Realizado por

Weber
FUNDACIÓN

EL VALOR SOCIAL DE LA RED DE FARMACIAS

MARZO 2026

Realizado por:

Weber
FUNDACIÓN

AUTORES

Javier Villaseca

Departamento de Strategic Intelligence & Policy Research

Fernando Abdalla

Departamento de Strategic Intelligence & Policy Research

Coral González

Departamento de Strategic Intelligence & Policy Research

Martina Digisi

Departamento de Strategic Intelligence & Policy Research

Jorge Mestre-Ferrándiz

Departamento de Strategic Intelligence & Policy Research

Edita

© Fundación Weber

C/ Moreto 17, 5º Dcha. 28014, Madrid

Coordinación editorial:

weber@weber.org.es

ISBN: 979-13-990350-0-1

DOI: <https://doi.org/10.37666/i35-2026>

Madrid, marzo de 2026

ÍNDICE

ABREVIATURAS	5
PRÓLOGO	6
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Contexto actual	9
1.2. Objetivo del informe y metodología seguida	9
1.3. Estructura del informe	10
2. DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA	11
2.1. Introducción ejecutiva	12
2.2. Definición y misión de la práctica farmacéutica	12
2.3. Evolución de la actividad de dispensación	13
3. EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA	24
3.1. Introducción ejecutiva	25
3.2. Impacto de la farmacia comunitaria en el manejo de enfermedades crónicas	25
3.3. Mejora de la adherencia terapéutica	32
4. EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL	47
4.1. Introducción ejecutiva	48
4.2. Mejora de la calidad de vida de los pacientes	49
4.4. Vertebración de núcleos rurales	63
5. EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA	69
5.1. Introducción ejecutiva	70
5.2. Mecanismos potenciales de valor económico	71
5.3. Evidencia económica consolidada	72
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
6.1. Conclusiones	84
6.2. Recomendaciones	85
REFERENCIAS	87
ÍNDICE DE TABLAS	101
ÍNDICE DE FIGURAS	102

ABREVIATURAS

AVAC	Años de vida ajustados por calidad
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FIP	Federación Internacional Farmacéutica
NHS	National Health Service
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto interior bruto
SNS	Sistema Nacional de Salud

Respuestas a necesidades reales en salud

En los últimos años, el sistema sanitario se enfrenta a una transformación profunda impulsada por cambios sociodemográficos, epidemiológicos y tecnológicos de gran calado. El envejecimiento progresivo de la población (más de 9 millones de personas mayores de 65 años, el 21 % de la población española), el aumento de la cronicidad, la polimedicación, los problemas de adherencia terapéutica, la dependencia o fenómenos crecientes como la soledad no deseada configuran un escenario complejo que exige nuevas soluciones, tensiona la sostenibilidad del modelo y obliga a repensar cómo y con qué recursos se garantiza una atención sanitaria de calidad, equitativa, eficaz y eficiente.

La respuesta a este escenario no puede limitarse a incorporar nuevas tecnologías sin más o a reorganizar estructuras ya existentes. Es necesario mirar el sistema en su conjunto, identificar todos los activos disponibles y analizar de forma rigurosa su contribución real a la salud de las personas y a la cohesión social. Solo desde ese enfoque integral es posible avanzar hacia soluciones sólidas y duraderas.

En este marco emerge con fuerza la red de farmacias como uno de los recursos sanitarios más extensos, accesibles y cercanos al conjunto de la población. Con más de 22.000 farmacias comunitarias distribuidas por todo el territorio y con 55.000 farmacéuticos trabajando en ellas, la red farmacéutica constituye la infraestructura sanitaria más capilar de España, garantizando un acceso próximo y equitativo incluso en entornos rurales o con menor dotación de recursos. A esta capilaridad se suma una relación continuada con los pacientes y un elevado nivel de confianza social, que sitúan a las farmacias comunitarias en una posición singular en la intersección entre el sistema sanitario y la vida cotidiana de las personas. Sin embargo, durante demasiado tiempo, su aportación ha sido percibida de forma parcial o intuitiva, más apoyada en la experiencia que en el análisis sistemático de la evidencia.

Este informe nace precisamente de la necesidad de aportar una mirada rigurosa, objetiva y fundamentada sobre el valor clínico, social y económico de la red de farmacias. El valor cierto y conjunto de la red de farmacias centra el contenido de este primer Informe Infarma y tiene como objetivo analizar, a partir de la evidencia científica publicada a nivel nacional e internacional desde 2012, cuál es la contribución real de las farmacias a la mejora de los resultados en salud, al bienestar social y a la eficiencia del sistema sanitario.

No se trata de un ejercicio de reivindicación, sino de realismo. En un momento en el que las decisiones en política sanitaria deben sustentarse en datos, resultados y evidencia contrastada, este informe ofrece una base sólida para el análisis y la toma de decisiones. Por ello, se apoya exclusivamente en estudios, evaluaciones y publicaciones científicas que demuestran que las intervenciones farmacéuticas aportan soluciones y contribuyen de forma significativa a mejorar la adherencia terapéutica, optimizar el uso de los medicamentos y reducir eventos adversos y reforzar la eficacia de las medidas de prevención y detección precoz de enfermedades, con impacto positivo tanto en los resultados clínicos como en la eficiencia del sistema.

La elección de Infarma como marco de presentación de este informe no es casual. Infarma es el gran punto de encuentro de la farmacia comunitaria, el espacio donde se comparte conocimiento, innovación y visión de futuro. Bajo el lema *La salud empieza aquí*, la edición de 2026 del congreso subraya el papel de la farmacia como primer contacto sanitario para millones de personas. Ese mismo espíritu es el que inspira este informe: aportar evidencia, reflexión y propuestas que refuercen el valor de la farmacia como punto de partida de una atención más cercana, preventiva y eficiente.

Este trabajo ha sido elaborado por la Fundación Weber, entidad independiente de reconocido prestigio en el ámbito de la evaluación de la evidencia científica y los resultados en salud, y promovido por los organizadores de Infarma:

PRÓLOGO

el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona y CloserStill. Esta colaboración refleja una apuesta compartida por el rigor, la transparencia y la voluntad de contribuir de forma constructiva al fortalecimiento del sistema sanitario y el cuidado de la salud de las personas.

En definitiva, este informe invita a mirar la red de farmacias no desde la complacencia, sino desde el estudio, y no solo como parte del sistema sanitario, sino como parte de la solución a los grandes desafíos sanitarios y sociales de la actualidad. Pretende servir de ayuda, desde la evidencia científica, para aportar -desde la perspectiva farmacéutica- propuestas y acciones de valor sanitario con impacto clínico, social y económico. Pretende ayudar a entender su contribución no desde la intuición, sino desde los datos. Y a abrir un diálogo informado que permita aprovechar todo el potencial farmacéutico en beneficio de las personas, de la sociedad y de la sostenibilidad del sistema.

En un contexto de transformación profunda, conocer y reconocer el valor real de cada uno de los pilares del sistema sanitario no es solo una oportunidad: es una responsabilidad compartida para dar respuestas sólidas a las necesidades reales de la población.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid
Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
CloserStill

1

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1.1. CONTEXTO ACTUAL

Los sistemas sanitarios se enfrentan a una transformación profunda marcada por el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas, la complejidad creciente de los tratamientos y la presión sostenida sobre los recursos económicos y humanos. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 2015 y 2050 la proporción de personas mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, hasta alcanzar los 2.100 millones de personas¹. En España, esta tendencia es especialmente relevante: se prevé que alrededor del 30% de la población tenga 65 años o más en 2050².

Este contexto demográfico está estrechamente asociado a un mayor número de patologías crónicas, a la polimedicación y al incremento del riesgo de problemas relacionados con los medicamentos, como interacciones, errores en el uso y reacciones adversas, que generan una carga económica significativa tanto para los pacientes y cuidadores como para el sistema sanitario^{3,4}.

La atención a la cronicidad, aun siendo un logro en términos de supervivencia y bienestar, exige un volumen creciente de recursos. A ello se suma el ritmo acelerado de innovación farmacéutica y tecnológica, con nuevos tratamientos que, si bien aportan valor terapéutico, intensifican la presión presupuestaria. Estas dinámicas convergen en un desafío claro: garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mediante estrategias que mejoren la eficiencia, optimicen la asignación de recursos y reduzcan la utilización innecesaria de servicios asistenciales⁵.

En este marco, las farmacias comunitarias desempeñan un papel cada vez más relevante como parte integral de los sistemas de salud. Su amplia implantación territorial, su accesibilidad y su contacto continuado con la población, las convierten en un punto clave para la prevención, el seguimiento terapéutico y el apoyo en el manejo de enfermedades crónicas. En este sentido, numerosos organismos internacionales han subrayado la importancia estratégica de este nivel asistencial. Durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID 19), por ejemplo, las farmacias demostraron una gran capacidad de adaptación, asumiendo funciones como el cribado, el acompañamiento a pacientes vulnerables, la continuidad de tratamientos o la vacunación en países donde esto fue posible. Esta experiencia puso de relieve su contribución a la resiliencia del sistema sanitario, especialmente en momentos en los que otros niveles asistenciales estaban sobrecargados y abrió un debate sobre la necesidad de fortalecer su participación en la provisión de servicios sanitarios más allá de situaciones de crisis⁶.

Organismos como la OCDE han señalado que, incluso antes de la pandemia, la distribución de tareas en la atención primaria no hacía un uso óptimo de las competencias de todos los profesionales sanitarios. En diversos países, hasta un 76% de los médicos y un 79% de las enfermeras afirmaban estar sobrecualificados para algunas de las tareas que realizaban habitualmente, lo que supone un uso ineficiente del capital humano del sistema⁷. La OCDE ha identificado como una vía clara de mejora la ampliación de roles de profesionales con alta accesibilidad, como los farmacéuticos comunitarios, en áreas como prevención, gestión de crónicos, cribados y servicios asistenciales de apoyo⁷.

La farmacia comunitaria, en este contexto, se consolida como un recurso asistencial con capacidad para contribuir a la sostenibilidad del sistema tanto desde la perspectiva clínica como económica. Su intervención puede reducir la necesidad de consultas en atención primaria y urgencias, mejorar la adherencia terapéutica, disminuir eventos adversos evitables, facilitar el manejo de síntomas menores y de enfermedades crónicas y reforzar la continuidad asistencial. Todo ello se traduce no solamente en una mejor calidad de vida y mejores resultados en salud para el ciudadano, sino también en ahorros directos para el sistema sanitario y en beneficios sociales asociados al tiempo, los desplazamientos y la productividad de los ciudadanos.

1.2. OBJETIVO DEL INFORME Y METODOLOGÍA SEGUIDA

El objetivo principal del presente informe es identificar y analizar la evidencia disponible sobre el valor que aportan las farmacias comunitarias desde una perspectiva clínica, económica y social. A partir de este enfoque integral,

el informe ofrece una visión global del valor generado por la farmacia comunitaria para los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto.

En este sentido, el estudio busca proporcionar un marco analítico e informativo útil para los distintos agentes del sistema sanitario, contribuyendo a una mayor concienciación sobre el modelo de farmacia que requiere el Sistema Nacional de Salud (SNS) para avanzar hacia una asistencia sanitaria más eficiente, equitativa y sostenible.

Asimismo, el informe plantea una serie de reflexiones orientadas a poner en valor y maximizar el potencial de la farmacia comunitaria en España. Estas reflexiones pretenden servir de base para generar una incidencia pública que permita promover un debate informado con decisores públicos, sociedades científicas, organizaciones de pacientes y la población en general sobre el papel presente y futuro de la farmacia comunitaria en el SNS.

La metodología empleada consistió en una revisión narrativa de la literatura nacional e internacional publicada a partir del año 2012. La búsqueda de artículos científicos se realizó a través del motor PubMed, complementándose con fuentes de literatura gris, entre las que se incluyeron informes institucionales, páginas web especializadas, artículos de prensa, encuestas de satisfacción, así como documentos elaborados por patronales, federaciones profesionales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

1.3. ESTRUCTURA DEL INFORME

El presente informe se estructura en cinco capítulos. Tras este primer capítulo introductorio, el segundo capítulo profundiza en la evolución del papel de la farmacia comunitaria, tanto en España como en otros países de nuestro entorno, analizando su transición desde un modelo centrado fundamentalmente en la dispensación del medicamento hacia un enfoque más amplio de atención farmacéutica y prestación de servicios asistenciales.

El tercer capítulo aborda el valor de la farmacia comunitaria desde una perspectiva clínica, examinando su contribución al manejo de enfermedades crónicas, la mejora de la adherencia terapéutica y el desarrollo de programas de prevención y detección precoz. A través del análisis de distintas áreas terapéuticas que, por lo general, generan una gran carga para el SNS, y de experiencias nacionales e internacionales, se pone de relieve el impacto positivo que generan las actividades y servicios ofrecidos por la farmacia comunitaria en los resultados en salud y en la calidad de la atención al paciente.

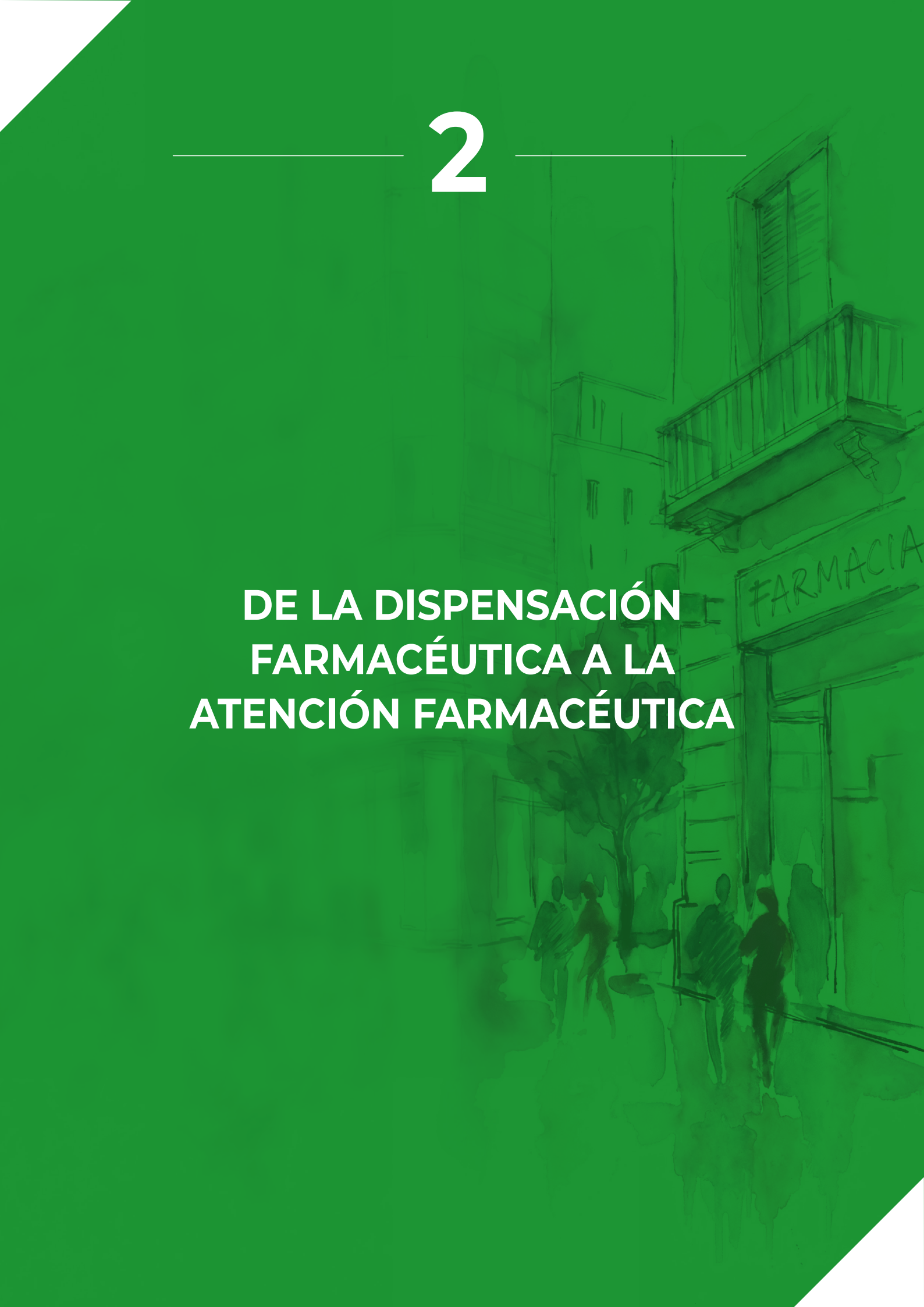
El cuarto capítulo se centra en la dimensión social de la farmacia comunitaria, analizando su papel en la mejora de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes, así como su función vertebradora del territorio, especialmente en el ámbito rural. Este capítulo pone de manifiesto el valor añadido de la farmacia comunitaria como agente sanitario cercano, accesible y con un fuerte arraigo comunitario.

El quinto capítulo examina el valor de la farmacia comunitaria desde una perspectiva económica, identificando los principales mecanismos generadores de valor y revisando la evidencia disponible, tanto internacional como nacional, sobre el impacto económico de los servicios farmacéuticos. Asimismo, se realiza una lectura transversal de dicha evidencia por tipo de servicio y se consideran los ahorros sanitarios y no sanitarios asociados.

Finalmente, el capítulo de conclusiones y recomendaciones sintetiza los principales hallazgos del análisis previo y, a partir de la identificación de las barreras existentes para el pleno aprovechamiento del potencial de las farmacias comunitarias, propone una serie de recomendaciones de acción. Estas se apoyan en la experiencia de otros países, en las propuestas de organismos relevantes y en buenas prácticas internacionales, con el objetivo de avanzar hacia un modelo más eficiente, integrado y orientado al valor de la prestación farmacéutica.

2

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA



2.1. INTRODUCCIÓN EJECUTIVA

La práctica de los farmacéuticos comunitarios, en su condición de profesionales de la salud, ha evolucionado desde un enfoque centrado fundamentalmente en la preparación, dispensación y suministro de medicamentos hacia un modelo de atención más integral y colaborativo, orientado al paciente, en el que desempeñan un papel creciente en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades⁸.

Estos cambios reflejan la definición de la atención farmacéutica propuesta por Hepler y Strand en 1990⁹, la cual fue adoptada oficialmente por la OMS y la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) en 2012¹⁰.

En este marco, la atención farmacéutica se concibe como una filosofía de práctica en la que el paciente (o ciudadano) es el principal beneficiario de las actuaciones del farmacéutico, y no únicamente el receptor final del medicamento¹¹. Este enfoque sitúa el uso adecuado de los medicamentos y la optimización de los resultados en salud como objetivos centrales de la práctica profesional, integrando la experiencia del paciente, sus necesidades y sus valores en la toma de decisiones terapéuticas. Desde esta perspectiva, la actividad farmacéutica deja de limitarse al acto de dispensación y se articula como un servicio asistencial organizado, evaluable y orientado a resultados en salud y calidad de vida, dentro de unos costes asumibles para el sistema sanitario¹¹.

A continuación, definiremos el concepto de atención farmacéutica y su influencia en la evolución de la práctica de las oficinas de farmacia comunitarias a nivel internacional y en España.

2.2. DEFINICIÓN Y MISIÓN DE LA PRÁCTICA FARMACÉUTICA

Existen diversas definiciones para describir la práctica farmacéutica; sin embargo, son limitadas aquellas que abarcan de forma integral el conjunto de servicios profesionales que se prestan desde la farmacia comunitaria¹². En la mayoría de los casos, estas definiciones se centran en la filosofía profesional de la atención farmacéutica, con un énfasis particular en el manejo de la seguridad de los medicamentos, su efectividad y la consecución de resultados en salud relevantes para los pacientes¹².

En este contexto, la OMS, junto con la FIP, señaló en su guía práctica sobre los estándares para la calidad de los servicios de farmacia comunitaria que la misión de la práctica farmacéutica consiste en contribuir a la mejora de la salud de los pacientes mediante el apoyo al uso adecuado de los medicamentos¹³. Este planteamiento sitúa a la farmacia comunitaria como un agente activo en la optimización de la farmacoterapia y establece una serie de pilares fundamentales que orientan el desarrollo de la práctica profesional:

- Estar fácilmente disponible para los pacientes con o sin cita.
- Identificar y gestionar problemas relacionados con la salud.
- Promocionar la salud.
- Asegurar la eficacia de los medicamentos.
- Hacer un uso responsable de los recursos limitados de los sistemas sanitarios.

Este marco de actuación, definido en términos de misión y principios, se concreta en un enfoque de práctica centrado en el paciente, que orienta la actividad del farmacéutico comunitario hacia la obtención de resultados en salud relevantes para los pacientes.

Desde una perspectiva centrada en las personas, la práctica farmacéutica se concibe como una actividad orientada a la mejora de los resultados clínicos y de la calidad de vida relacionada con la salud, en la que el medicamento

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

constituye un elemento central, pero no exclusivo, de la intervención sanitaria. La misión de la práctica farmacéutica implica asumir una responsabilidad activa en la optimización del uso de los medicamentos y en la contribución a los objetivos generales de los sistemas sanitarios, en coherencia con los principios de la atención farmacéutica promovidos por la FIP¹⁴.

2.3. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE DISPENSACIÓN

En las últimas décadas, la definición y el alcance del cuidado farmacéutico han ido evolucionando de forma paralela a los cambios en las necesidades de salud de la población y a las transformaciones de los sistemas sanitarios, que han requerido la implantación de nuevos enfoques organizativos y asistenciales para garantizar su sostenibilidad. En este sentido, la OMS ha señalado que las intervenciones de salud pública, la atención farmacéutica, el uso racional de los medicamentos y la gestión eficaz de los suministros farmacéuticos constituyen componentes clave de un sistema sanitario accesible, sostenible, asequible y equitativo, capaz de garantizar la eficacia, la seguridad y la calidad de los medicamentos¹⁵.

En el ámbito europeo, este proceso de evolución se ha visto reforzado por una orientación estratégica compartida que reconoce el uso de los medicamentos como la intervención sanitaria más frecuente y subraya la necesidad de optimizar sus resultados para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de los servicios de salud¹⁶. En este marco, la atención farmacéutica se plantea como un desarrollo complementario a las funciones tradicionales de la farmacia comunitaria, que amplía su contribución asistencial sin sustituir las actividades vinculadas al suministro y a la calidad del medicamento, y refuerza el papel del farmacéutico comunitario como agente clave en la mejora de los resultados en salud y en la sostenibilidad del sistema sanitario¹⁶.

Como parte de este proceso de transformación, la profesión del farmacéutico comunitario se ha visto especialmente impactada, evolucionando hacia la prestación de servicios con un mayor componente asistencial y desempeñando un papel cada vez más relevante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades¹⁷. En particular, la actividad de la farmacia comunitaria ha dejado de concebirse exclusivamente como un acto de dispensación del medicamento para incorporar progresivamente un mayor contenido orientado a optimizar el uso de los tratamientos, reforzar la seguridad del paciente y contribuir a mejores resultados en salud. Esta transformación de la dispensación farmacéutica se representa de forma esquemática en la Figura 1, que ilustra el tránsito desde un modelo centrado en la dispensación del medicamento hacia un enfoque más orientado al paciente y a los resultados en salud.

Figura 1

Transformación de la dispensación farmacéutica



Fuente: elaboración propia

Además, dada su amplia implantación territorial y su presencia continuada en el entorno comunitario, las oficinas de farmacia constituyen uno de los puntos de contacto más accesibles entre la población y el sistema sanitario, especialmente en contextos donde otros dispositivos asistenciales tienen una menor cobertura y/o están más saturados.

2.3.1. Evolución a nivel internacional: Países ejemplo

La evolución de la actividad de dispensación hacia modelos con mayor contenido asistencial no constituye un fenómeno aislado ni específico de un único sistema sanitario, sino una tendencia observada en distintos países con estructuras y modelos de provisión de servicios sanitarios diversos. En respuesta al aumento de las enfermedades crónicas, a la presión creciente sobre la atención primaria y hospitalaria y a la necesidad de mejorar el uso racional de los medicamentos, numerosos sistemas sanitarios han incorporado progresivamente nuevas funciones a la dispensación, integrándola en estrategias más amplias de atención farmacéutica y de salud pública.

En este contexto, la experiencia internacional muestra cómo la actividad de dispensación ha ido ampliando su alcance para incluir intervenciones orientadas a reforzar la seguridad del paciente, mejorar la adherencia a los tratamientos y facilitar el acceso a determinadas actuaciones preventivas, manteniendo al mismo tiempo su función esencial de suministro del medicamento. En los países desarrollados, la farmacia comunitaria se encuentra generalmente integrada en los sistemas sanitarios como un dispositivo sanitario de proximidad, con un papel reconocido tanto en el acceso a los medicamentos como en la provisión de información sanitaria a la población. Su amplia implantación territorial y su accesibilidad sin necesidad de cita previa han favorecido que, en distintos contextos, la actividad de dispensación incorpore progresivamente, y en algunos casos de manera sistemática, funciones informativas, preventivas y de apoyo al uso seguro, eficaz y de calidad de los medicamentos.

Por otro lado, los datos recogidos a nivel internacional muestran que la evolución de la actividad de dispensación se ha traducido en una ampliación del alcance regulado de la práctica farmacéutica en un número significativo de países. Según el informe *Community pharmacy at a glance 2021* de la FIP, basado en respuestas de 79 países y territorios, la normativa vigente reconoce cuatro grandes categorías de servicios y actividades que pueden desarrollarse desde la farmacia comunitaria más allá de la dispensación¹⁸:

- la participación en decisiones clínicas relacionadas con el inicio, la continuidad o la modificación del tratamiento;
- la provisión de medicamentos y atención farmacéutica fuera de las instalaciones de la farmacia;
- las actividades de cribado de enfermedades; y
- la prestación de primeros auxilios o atención inmediata.

En relación con los servicios que implican toma de decisiones clínicas, el informe señala que en el 76% de los países encuestados los farmacéuticos comunitarios desempeñan un papel relevante en la dispensación de anticoncepción de emergencia. Asimismo, la adaptación de prescripciones está permitida en el 32% de los países, la prescripción complementaria en el 20% y la prescripción independiente en el 16%. Estas funciones se complementan con la sustitución terapéutica, autorizada en el 37% de los países o territorios analizados, lo que refleja una ampliación progresiva del componente asistencial asociado a la dispensación dentro de marcos regulatorios específicos¹⁸.

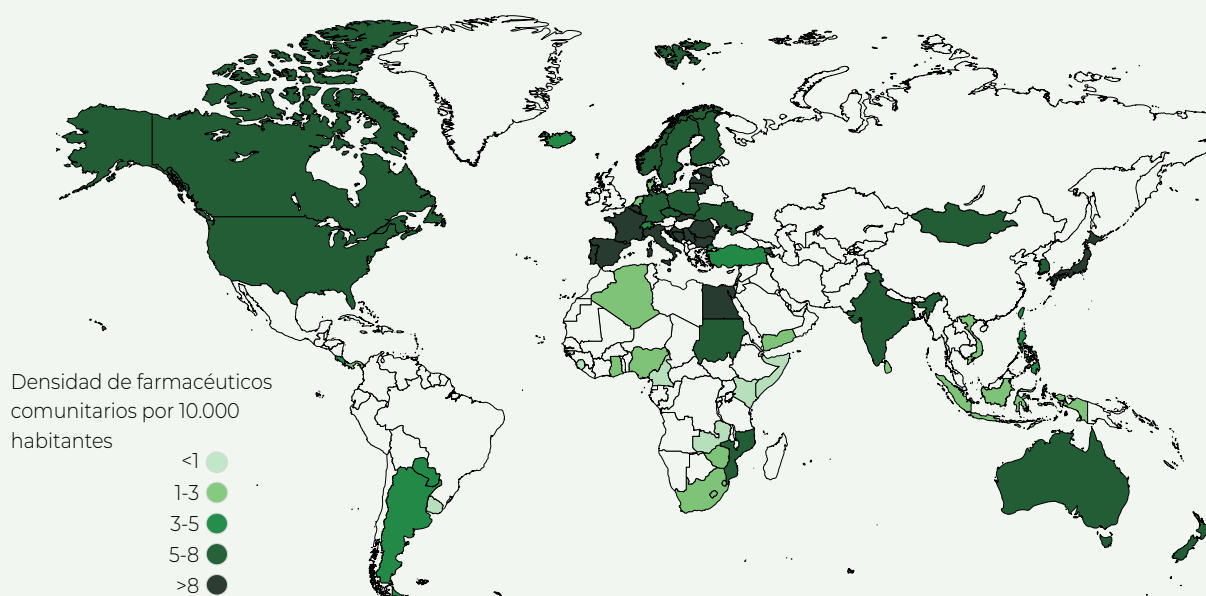
En el ámbito del cribado de enfermedades, el informe indica que la realización de pruebas de detección del VIH desde la farmacia comunitaria cuenta con autorización regulatoria en el 19% de los países o territorios, mientras que las pruebas diagnósticas de la COVID-19 están permitidas en el 18%. Finalmente, la prestación de servicios de primeros auxilios o atención inmediata desde la farmacia comunitaria está regulada en el 54% de los países y territorios analizados, consolidando su papel como dispositivo sanitario de proximidad dentro de los sistemas de atención primaria¹⁸.

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

De forma complementaria, el informe pone de relieve la elevada densidad y amplia distribución territorial de las farmacias comunitarias en numerosos países, un rasgo estructural que condiciona su papel dentro de los sistemas sanitarios. En los países analizados, la densidad media se sitúa en torno a una farmacia comunitaria por cada 3.000 a 5.000 habitantes, si bien existen variaciones relevantes entre países, con territorios que presentan una mayor concentración urbana y otros con una distribución más capilar en áreas rurales y semiurbanas. Esta implantación territorial facilita el contacto frecuente entre la población y la farmacia comunitaria y explica, en parte, que la actividad de dispensación haya sido progresivamente considerada como un punto de apoyo para intervenciones asistenciales, informativas y preventivas dentro de estrategias más amplias de atención farmacéutica y salud pública (Figura 2)¹⁸.

Figura 2

Densidad de farmacéuticos comunitarios, por 10.000 habitantes



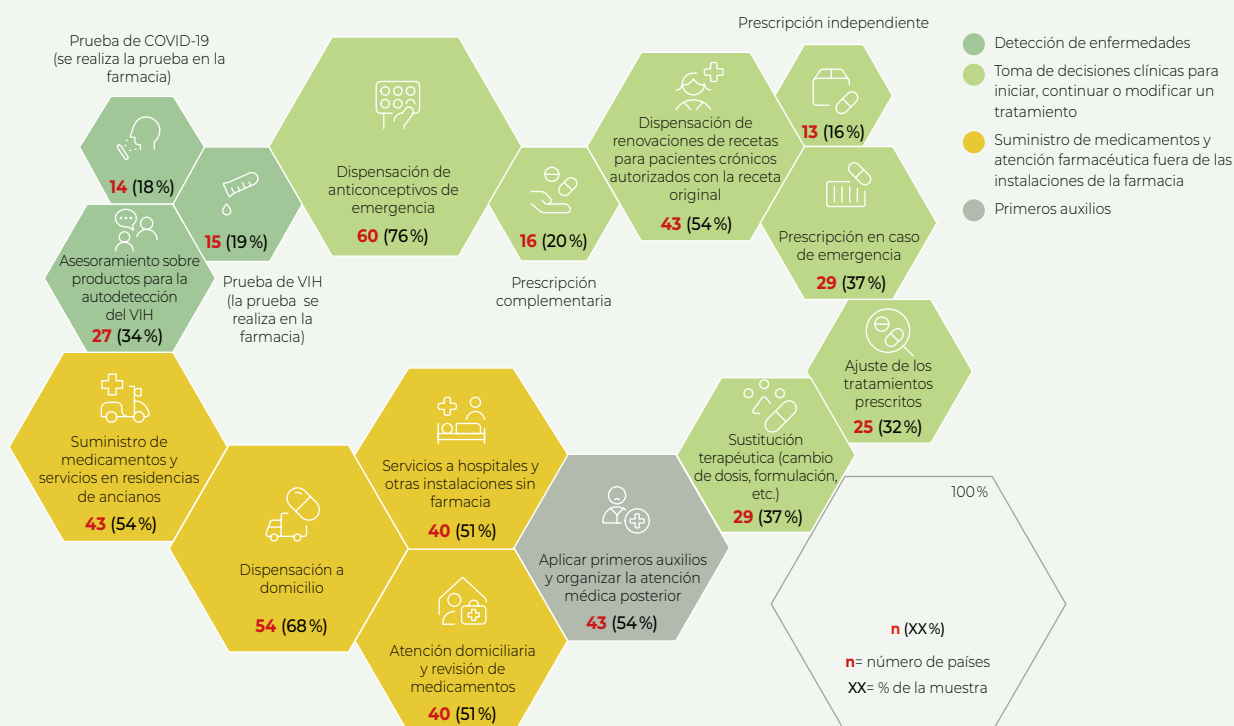
Nota interpretativa: La figura muestra que España presenta una densidad de farmacéuticos por habitante elevada en comparación con otros países, situándose en niveles similares a los de Portugal, Francia, Italia y Bélgica, y por encima de los observados en Alemania, Países Bajos, Dinamarca y los países nórdicos. Asimismo, la densidad registrada en España es superior a la de otros sistemas sanitarios no europeos, como Estados Unidos, Canadá y Australia.

Fuente: adaptación de International Pharmaceutical Federation (FIP) (2021)¹⁸

Desde una perspectiva global, la Figura 3 sintetiza las principales intervenciones, programas y servicios que se prestan desde las farmacias comunitarias a nivel mundial, a partir de una encuesta realizada en 72 países, ilustrando la diversidad de actuaciones que se han incorporado a la práctica farmacéutica en distintos contextos nacionales y reforzando la idea de una evolución progresiva hacia modelos con mayor contenido asistencial¹⁸.

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Figura 3 Principales intervenciones, programas y servicios prestados por las farmacias comunitarias a nivel mundial



Nota interpretativa: La figura muestra que, en un número significativo de países, los farmacéuticos comunitarios participan en una amplia gama de actividades asistenciales que van más allá de la dispensación, incluyendo la detección de enfermedades, la toma de decisiones clínicas para iniciar o ajustar tratamientos, el suministro de medicamentos y la prestación de atención farmacéutica fuera de la farmacia.

Fuente: adaptación de International Pharmaceutical Federation (FIP) (2021)¹⁸

A modo ilustrativo, y para reforzar la evolución del rol de la farmacia comunitaria a nivel mundial, queremos resaltar las intervenciones y servicios prestados en algunos países, en los que la actividad de dispensación ha experimentado una evolución hacia modelos con mayor contenido asistencial.

2.3.1.1. Australia

En Australia, la práctica de la farmacia comunitaria incluye no solo la dispensación de medicamentos, sino también la provisión de información y servicios orientados a fomentar el uso racional, eficaz y seguro de los tratamientos. Estas actuaciones se enmarcan en la Política Nacional de Medicamentos, que reconoce el papel de la farmacia comunitaria en la optimización del uso de los medicamentos como uno de sus pilares fundamentales¹⁹.



En este contexto, la actividad de la farmacia comunitaria se articula en torno a la dispensación, incorporando de forma habitual intervenciones dirigidas a apoyar el uso adecuado de los tratamientos. Entre estas actuaciones se incluyen la educación sanitaria al paciente, la revisión del uso de los medicamentos y la identificación de problemas relacionados con la medicación, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas²⁰.

De forma complementaria, la práctica en farmacia comunitaria comprende la prestación de servicios preventivos y de salud pública, como la administración de vacunas, la realización de pruebas de cribado y la provisión de consejo estructurado en autocuidado. Estas actividades se desarrollan aprovechando el contacto directo y frecuente con la

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

población en el entorno comunitario y forman parte del ámbito de actuación reconocido de la farmacia comunitaria en Australia²⁰.

La implantación de estas actividades en la práctica profesional se refleja en los datos procedentes de una encuesta nacional. En concreto, el 67 % de los farmacéuticos comunitarios declaró prestar servicios de ayuda a la administración de la medicación y el 52 % realizaba controles de presión arterial. El estudio recoge, además, la prestación de otros servicios clínicos y preventivos, incluidos los servicios de vacunación y cribado, con una dedicación relevante de tiempo profesional a este tipo de actividades²¹.

De forma conjunta, los datos disponibles muestran que, en Australia, la dispensación se acompaña de un conjunto de intervenciones asistenciales y preventivas que forman parte de la práctica habitual de la farmacia comunitaria^{20,21}.

2.3.1.2. Canadá

En Canadá, la evolución de la práctica farmacéutica se ha producido en un contexto marcado por las dificultades de acceso a la atención médica y por la creciente prevalencia de enfermedades crónicas. En este escenario, la farmacia comunitaria ha adquirido un papel progresivamente más relevante dentro de la atención primaria, consolidándose como uno de los puntos de contacto inicial con el sistema sanitario para una parte significativa de la población²².



En este marco, la actividad de la farmacia comunitaria se ha ampliado más allá de la dispensación tradicional para incorporar intervenciones asistenciales orientadas al uso adecuado de los medicamentos. Entre estas actuaciones se incluyen el manejo de enfermedades crónicas, la revisión y optimización de la medicación, la administración de vacunas e inyectables, la realización de actividades de cribado preventivo y la atención a afecciones comunes. Además, la evidencia disponible indica que este conjunto de intervenciones contribuye a mejorar resultados clínicos relevantes, como el control de la presión arterial, la adherencia terapéutica y la reducción de problemas relacionados con los medicamentos²².

Este desarrollo se ha materializado a través de distintos modelos de práctica que integran a los farmacéuticos en la provisión directa de atención primaria. En algunas provincias se han desarrollado clínicas de atención primaria lideradas por farmacéuticos, en las que estos profesionales realizan evaluaciones integrales de la farmacoterapia, identifican problemas relacionados con los medicamentos y formulan recomendaciones clínicas en coordinación con otros profesionales sanitarios. Estos modelos se caracterizan por un enfoque centrado en el paciente y por una orientación específica hacia la gestión de enfermedades crónicas y la seguridad del tratamiento²³. De forma complementaria, se han impulsado programas provinciales orientados a integrar a los farmacéuticos en redes de atención primaria multidisciplinarias. En estos entornos, los farmacéuticos desempeñan funciones clínicas avanzadas, que incluyen la evaluación del paciente, el seguimiento farmacoterapéutico, la identificación de problemas de adherencia y la colaboración en la toma de decisiones terapéuticas. En el caso de la Columbia Británica, los farmacéuticos integrados en estas redes realizaron más de 24.000 consultas clínicas a lo largo de un periodo de tres años, identificando una elevada carga de problemas relacionados con los medicamentos, especialmente asociados a polimedicación, reacciones adversas y falta de adherencia²⁴.

En conjunto, la experiencia canadiense pone de manifiesto una evolución de la actividad farmacéutica hacia modelos con un mayor contenido asistencial, en los que la farmacia comunitaria y los farmacéuticos actúan como proveedores activos de atención primaria, especialmente en contextos de elevada presión asistencial y dificultades de acceso a otros niveles del sistema sanitario.

2.3.1.3. Francia

En Francia, la actividad de la farmacia comunitaria se ha ampliado progresivamente más allá de la dispensación de medicamentos, incorporando funciones asistenciales centradas en el uso adecuado de los tratamientos. En el ámbito de los antibióticos, por ejemplo, la práctica habitual incluye el asesoramiento sistemático a los pacientes en el momento de la dispensación, proporcionando información sobre la pauta, la duración del tratamiento, los posibles efectos adversos y la importancia de no interrumpir ni compartir los antibióticos²⁵.



Asimismo, la farmacia comunitaria desempeña un papel activo en la validación de la prescripción médica, mediante la revisión de dosis, duración del tratamiento y la identificación de posibles contraindicaciones o interacciones farmacológicas. Cuando se detectan problemas relacionados con la prescripción, los farmacéuticos comunitarios contactan con el prescriptor para discutir la idoneidad del tratamiento, especialmente en casos de riesgo clínico²⁵.

La realización de pruebas diagnósticas rápidas en el ámbito comunitario constituye otra de las actividades documentadas. En particular, los farmacéuticos comunitarios están autorizados a realizar pruebas rápidas de orientación diagnóstica, como las pruebas para la faringitis estreptocócica y, más recientemente, pruebas relacionadas con infecciones respiratorias, que se utilizan como apoyo a la toma de decisiones clínicas y a la derivación médica cuando procede^{25,26}.

En el ámbito de la salud pública, la farmacia comunitaria participa en actividades preventivas, entre las que se incluyen la vacunación y acciones de cribado, que se integran progresivamente en la práctica diaria. Estas nuevas misiones han contribuido a reforzar el papel de la farmacia comunitaria como punto de contacto sanitario accesible para la población, especialmente en contextos de presión sobre otros niveles asistenciales^{26,27}.

2.3.1.4. Inglaterra

En Inglaterra, la actividad de dispensación ha evolucionado progresivamente hacia un mayor contenido asistencial, en paralelo a la ampliación del papel clínico de los farmacéuticos en la atención primaria. Junto al suministro de medicamentos, la farmacia comunitaria ha incorporado funciones como el asesoramiento clínico, la vacunación, la atención a dolencias menores y la participación en la gestión de enfermedades crónicas, apoyándose en la experiencia del farmacéutico en el uso de los medicamentos y en su contacto continuado con los pacientes²⁸.



Esta evolución se ha visto impulsada por el Marco Contractual de Farmacia Comunitaria 2019–2024, acordado entre el Departamento de Salud y Asistencia Social, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS, por sus siglas en inglés) y el Comité de Negociación de Servicios Farmacéuticos. Dicho marco promueve una mayor integración de la farmacia comunitaria en el NHS, el desarrollo de servicios clínicos y su utilización como punto de acceso para el abordaje de enfermedades leves y la gestión de la demanda en atención primaria, con una inversión plurianual que proporciona estabilidad al sector²⁹.

En este contexto se ha desarrollado el servicio *Pharmacy First*, lanzado en enero de 2024, que amplía el Servicio de Consulta de Farmacéuticos Comunitarios operativo desde 2019. Este modelo permite que las farmacias comunitarias resuelvan determinados episodios de atención relacionados con afecciones comunes, aplicando vías clínicas estructuradas que delimitan la actuación del farmacéutico (Tabla 1), facilitando el acceso a determinados tratamientos sin necesidad de una consulta previa con el médico de cabecera. El servicio se enmarca en la estrategia del NHS para mejorar el acceso a la atención primaria y optimizar el uso de los recursos asistenciales³⁰.

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Tabla 1 Afecciones que los farmacéuticos comunitarios pueden tratar en distintos rangos de edad, Inglaterra

AFECCIONES	RANGO DE EDAD
Otitis media aguda	1 a 17 años
Impétigo	1 año y más
Picaduras de insectos infectados	1 año y más
Herpes	18 años o más
Sinusitis	12 años y más
Dolor de garganta	5 años y más
Infecciones del tracto urinario no complicadas	Mujeres de 16 a 64 años

Nota interpretativa: La tabla ilustra el alcance del modelo inglés en el que los farmacéuticos comunitarios pueden tratar un conjunto definido de afecciones comunes en distintos rangos de edad, siguiendo criterios clínicos y protocolos establecidos. Este enfoque refleja un grado elevado de integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria para el manejo de problemas de salud de baja complejidad, con el objetivo de facilitar el acceso a la atención y optimizar el uso de otros recursos asistenciales.

Fuente: NHS (2024)³⁰

2.3.1.5. Italia

En Italia, la actividad de la farmacia comunitaria comenzó a ampliarse de forma explícita a partir de 2010, cuando se autorizó la prestación de servicios adicionales más allá de la dispensación de medicamentos. Desde ese momento, las farmacias comunitarias pueden ofrecer pruebas de primer nivel, como determinaciones de glucosa, colesterol y triglicéridos, así como servicios de segundo nivel, entre los que se incluyen la medición de la presión arterial y la evaluación de la capacidad pulmonar mediante auto espirometría³¹. El marco normativo también permite que determinados profesionales sanitarios desarrollen actividades asistenciales desde la farmacia comunitaria. En concreto, se reguló la posibilidad de que personal de enfermería realice ciclos de administración de medicamentos e inyecciones intramusculares, así como que fisioterapeutas lleven a cabo intervenciones de reeducación funcional en personas con discapacidades motoras o psicomotoras³¹.



Posteriormente, en 2011, se habilitó a las farmacias comunitarias para disponer de puestos de trabajo específicos que les permiten actuar como canales de acceso al sistema de reserva de citas especializadas, facilitando la gestión de citas ambulatorias en centros públicos y privados acreditados, el abono de copagos y la recogida de informes clínicos. No obstante, la implantación de estas actividades ha sido desigual y limitada, en parte por la reticencia de otros profesionales y centros sanitarios a delegar determinadas funciones y por las diferencias regionales en la disponibilidad de recursos para el desarrollo de estos servicios³¹.

En un contexto más reciente, en 2021 se autorizó a las farmacias comunitarias a participar en la vacunación frente a la COVID-19, reforzando su papel en las estrategias de salud pública y en la prestación de intervenciones preventivas desde el ámbito comunitario³¹.

Recientemente, y teniendo en cuenta las experiencias internacionales descritas, resulta pertinente analizar cómo se ha producido la evolución de la actividad de dispensación y el papel de la farmacia comunitaria en el marco específico del sistema sanitario español.

2.3.2. Evolución en España

La evolución de la actividad de dispensación en España se ha producido en el marco de un sistema sanitario público y descentralizado, en el que la farmacia comunitaria actúa como dispositivo de proximidad para el acceso a los medicamentos. La práctica profesional ha estado históricamente centrada en la dispensación y el suministro, si bien de forma progresiva se ha incorporado un mayor énfasis en el uso adecuado de los medicamentos y en la atención a las necesidades del paciente, en paralelo a los cambios en el perfil epidemiológico de la población y a la evolución del SNS³².



DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

En este contexto, resulta relevante describir el marco normativo y conceptual en el que se han definido los servicios profesionales de la farmacia comunitaria en España. La normativa nacional aprobada en 1997 regula aspectos específicos de la práctica de la farmacia comunitaria y se integra en la Cartera de Servicios Comunes del SNS. Dicha normativa establece como servicio principal la distribución y el suministro de medicamentos, e incluye asimismo la obligación de prestar servicios como el asesoramiento al paciente, la revisión de la medicación con seguimiento, la elaboración de fórmulas magistrales y la farmacovigilancia. No obstante, pese a este marco legal, la práctica de la farmacia comunitaria ha mantenido predominantemente un enfoque centrado en la dispensación de medicamentos y en la atención a síntomas menores³².

Un avance relevante en la definición de los servicios directos al paciente se produjo con la publicación del Consenso Nacional sobre Servicios de Farmacia, que identificó y definió tres servicios principales: la dispensación, el plan de dolencias menores y la revisión de la medicación con seguimiento. Posteriormente, la creación y el trabajo continuado del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria permitieron confirmar y actualizar estas definiciones, así como describir, clasificar y desarrollar distintos servicios profesionales (Tabla 2)³².

Tabla 2 Clasificación de los servicios de farmacia comunitaria según el Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria

SERVICIOS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD COMUNITARIA
Dispensación	Promoción de la salud
Dolencias menores	Educación para la salud
Conciliación	Prevención de la salud, incluida la detección
Adherencia	Medición de parámetros clínicos
Botiquín de primeros auxilios para el hogar	Asesoramiento/consejo nutricional
Preparación de medicamentos	Programa de intercambio de jeringas
Revisión de medicamentos	Dejar de fumar
Servicio de información sobre medicamentos	

Fuente: Gastelurrutia et al., (2020)³²

A pesar de este desarrollo normativo y conceptual, la implantación efectiva de los servicios profesionales en la práctica diaria ha sido irregular y heterogénea. La aplicación de estos servicios depende en gran medida de iniciativas locales, proyectos piloto o del impulso individual de las farmacias, sin una adopción uniforme a nivel nacional ni una integración estructural en la organización asistencial³².

Las actividades asistenciales más habitualmente asociadas a la farmacia comunitaria en España incluyen la dispensación acompañada de información y consejo al paciente, la indicación farmacéutica en el manejo de síntomas menores, la educación sanitaria y el apoyo a la adherencia terapéutica. Estas actuaciones se ven favorecidas por el contacto frecuente con la población y por el seguimiento continuado de la dispensación, lo que permite identificar problemas relacionados con el uso de los medicamentos, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas^{33,34}.

Asimismo, se ha descrito el papel de la farmacia comunitaria en la detección de problemas de adherencia terapéutica y en la identificación de discrepancias entre la prescripción y el uso real de los medicamentos, derivadas del seguimiento de la dispensación. Este contacto continuado con el paciente sitúa a la farmacia comunitaria como un entorno clave para intervenciones breves orientadas a mejorar el uso de los tratamientos y a reforzar la educación sanitaria³³.

De forma complementaria, la farmacia comunitaria participa en campañas de salud pública y en actividades puntuales de cribado y prevención, así como en acciones de promoción del autocuidado y de estilos de vida saludables. No obstante, estas intervenciones se desarrollan sin un modelo estable de integración con la atención primaria, lo que limita su alcance y continuidad dentro del sistema sanitario³⁴.

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (CGCOF), la misión del farmacéutico se orienta a dar respuesta a las necesidades de los pacientes en relación con los medicamentos que utilizan, colaborando con las administraciones sanitarias para garantizar la adecuada prestación farmacéutica y desarrollando aquellas actuaciones vinculadas a la salud que se enmarcan en su ámbito profesional. En este sentido, el farmacéutico debe asegurar a la población el acceso a los medicamentos y a los productos sanitarios, acompañando a los pacientes en un uso seguro, efectivo, eficiente y responsable de los mismos, y contribuyendo a la consecución de resultados en salud³⁵. El cumplimiento de esta misión requiere determinadas características de la red asistencial de farmacias, entre ellas su accesibilidad, así como el desarrollo de actuaciones profesionales orientadas a promover la seguridad de los medicamentos y productos sanitarios y a favorecer un uso responsable de los recursos del sistema sanitario³⁵.

A partir de lo anterior, se definen las funciones, tareas y actividades que conforman las Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria (Tabla 3)³⁵:

Tabla 3	Funciones, tareas y actividades que conforman las buenas prácticas en Farmacia Comunitaria en España
FUNCIÓN 1. Adquisición, custodia, conservación, preparación, dispensación y eliminación de medicamentos y productos sanitarios	
A. adquisición, custodia y conservación de medicamentos y productos sanitarios B. preparación de fórmulas magistrales y preparados oficiales C. dispensación de medicamentos y productos sanitarios D. gestión de caducidades y eliminación de residuos de medicamentos y productos sanitarios	
FUNCIÓN 2. Ofrecer una función efectiva de los tratamientos farmacológicos	
A. evaluar el estado y las necesidades de salud del paciente B. seguir el tratamiento farmacológico de los pacientes C. controlar el proceso y los resultados del paciente D. ofrecer información sobre medicamentos y temas relacionados con la salud	
FUNCIÓN 3. Ayudar a mejorar la eficiencia del sistema sanitario y la salud pública	
A. difundir información contrastada sobre medicamentos y diversos aspectos de autocuidado y salud pública B. participar en servicios y actividades de prevención C. cumplir con las obligaciones, directrices y legislación profesional D. recomendar y apoyar las políticas nacionales que fomenten mejores resultados de salud E. contribuir a la eficiencia del sistema de salud	
FUNCIÓN 4. Mantener y mejorar el desempeño profesional, colaboración con la docencia y participación en actividades de investigación	
A. planificar e implantar estrategias de desarrollo profesional B. participación en actividades para la adquisición de competencias de futuros profesionales farmacéuticos C. participación en actividades de investigación y desarrollo	
Fuente: CGCOF (2013) ³⁵	

Por otro lado, en España, las distintas Leyes Autónomas de Ordenación Farmacéutica aseguran una presencia geográfica de farmacias comunitarias que multiplican por diez el número de centros de Atención Primaria, lo que las convierte en los establecimientos sanitarios más próximos al cuidado y, por tanto, los más adecuados para desarrollar actuaciones destinadas a la promoción de la Salud Pública³⁶.

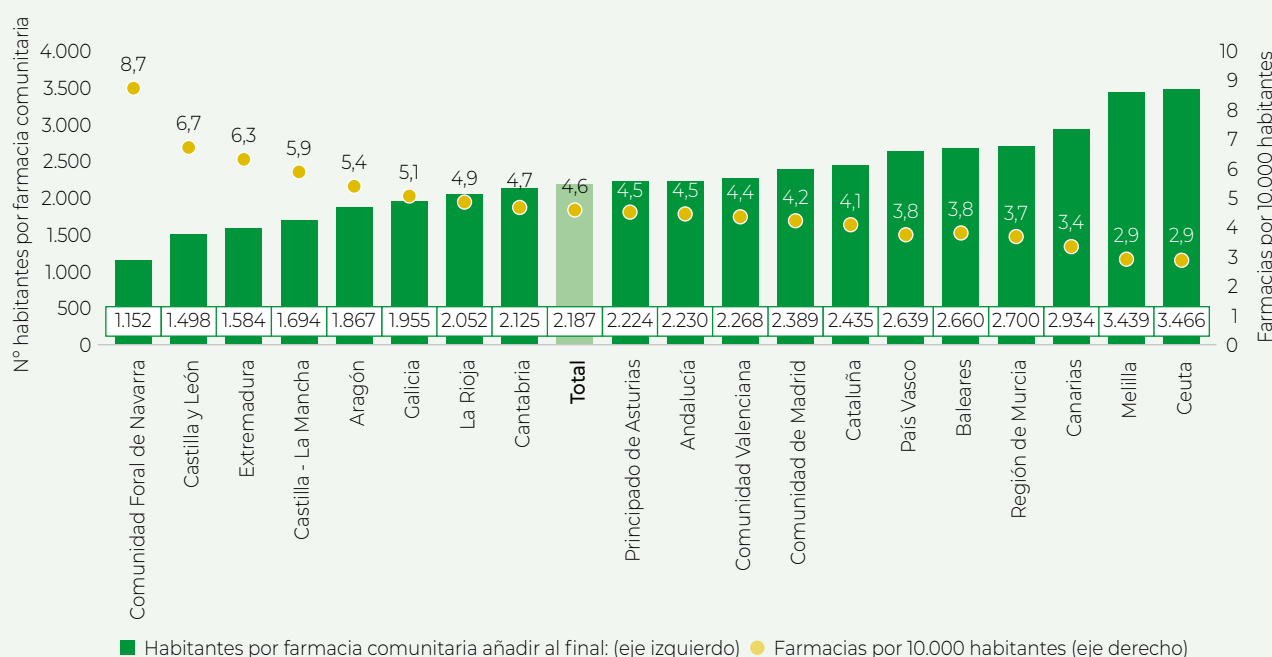
Para completar la caracterización de la evolución de la farmacia comunitaria en España, resulta relevante atender a algunos indicadores estructurales recientes que permiten contextualizar su papel dentro del sistema sanitario. Según los datos del CGCOF, a 31 de diciembre de 2024 existían en España 22.231 farmacias comunitarias, una cifra estable respecto a años anteriores, lo que refleja un crecimiento moderado de la red en un contexto de aumento de la población³⁷.

DE LA DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La distribución territorial de las farmacias comunitarias muestra una elevada capilaridad, ya que el 65% de las oficinas de farmacia se sitúan en municipios que no son capital de provincia. Esta implantación fuera de los grandes núcleos urbanos es coherente con la distribución de la población y contribuye a garantizar el acceso a la prestación farmacéutica en todo el territorio, incluidos entornos rurales y de menor densidad poblacional³⁷.

En términos de accesibilidad, el número medio de habitantes por farmacia en España se sitúa en 2.187, lo que equivale a una media de 4,6 farmacias por cada 10.000 habitantes, con diferencias entre CCAA (Figura 4). Este indicador pone de manifiesto la proximidad de la red de farmacia comunitaria a la población y su potencial como punto de contacto frecuente con el sistema sanitario, en comparación con otros recursos asistenciales de acceso menos inmediato³⁷.

Figura 4 Número de habitantes por farmacia comunitaria y farmacias por 10.000 habitantes por Comunidad Autónoma, España



Nota interpretativa: La figura pone de manifiesto una marcada heterogeneidad territorial en la densidad de farmacias comunitarias en España, con diferencias significativas entre comunidades autónomas tanto en el número de habitantes por farmacia como en el número de farmacias por 10.000 habitantes.

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)(2025)³⁷

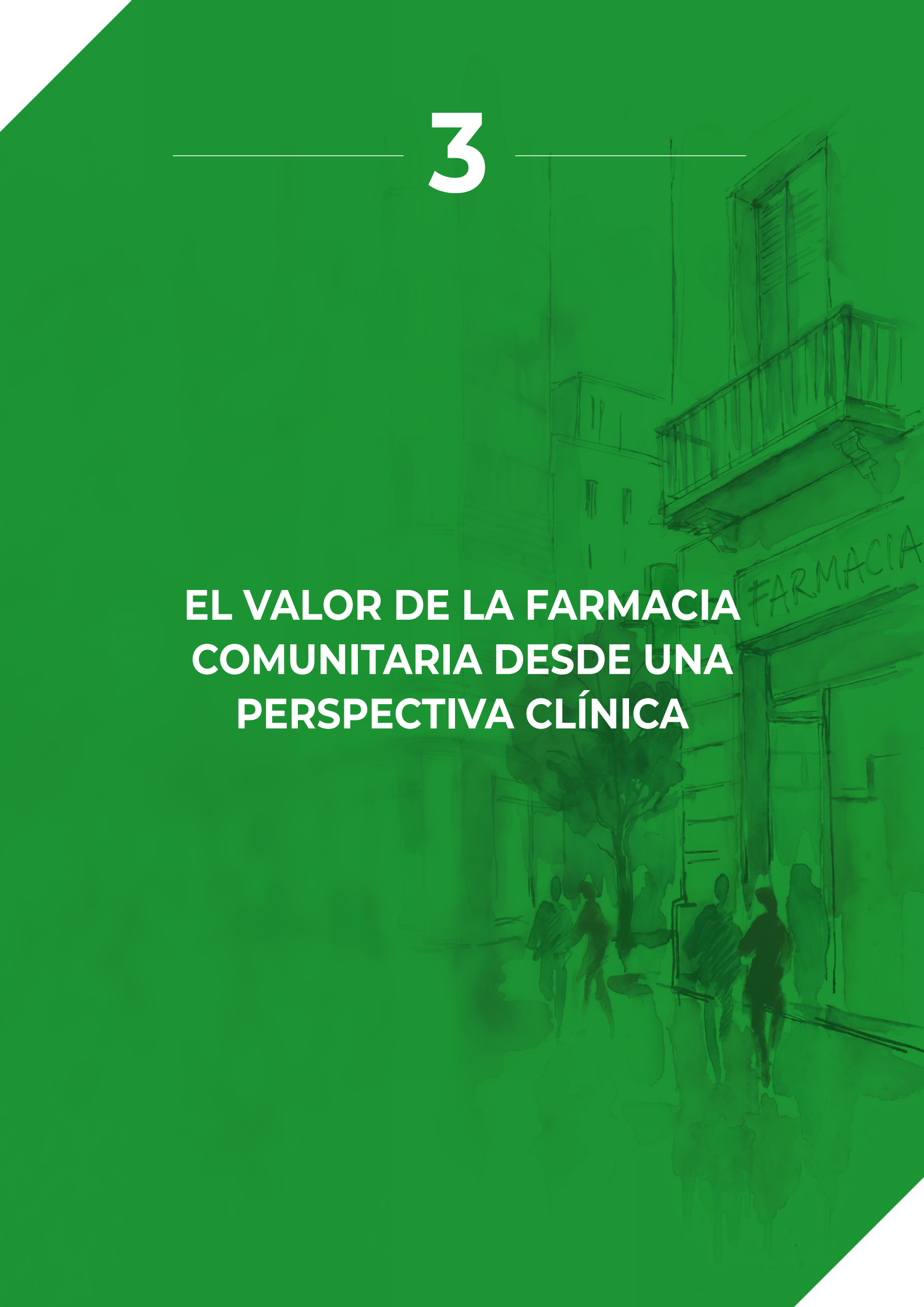
Desde el punto de vista profesional, la farmacia comunitaria constituye el principal ámbito de ejercicio de la profesión farmacéutica en España. En 2024, el 67,8% de los farmacéuticos colegiados ejercían en farmacia comunitaria, lo que supone cerca de 55.000 profesionales. En promedio, cada farmacia cuenta con 2,5 farmacéuticos, si bien existen diferencias entre comunidades autónomas, con valores más elevados en regiones como el País Vasco, Canarias y la Comunidad de Madrid³⁷.

En conjunto, estos datos permiten situar la evolución de la farmacia comunitaria española en un marco caracterizado por una amplia implantación territorial, una elevada accesibilidad para la población y una fuerte concentración de profesionales en este ámbito asistencial, aspectos que han condicionado y favorecido la progresiva ampliación del contenido profesional de la actividad de dispensación en las últimas décadas³⁷.

La actividad de dispensación en la farmacia comunitaria ha evolucionado progresivamente hacia modelos con un mayor contenido asistencial, en respuesta a los cambios en las necesidades de salud de la población y a la presión creciente sobre los sistemas sanitarios^{15,16}. A nivel internacional, esta evolución se ha traducido en la incorporación de intervenciones orientadas a mejorar el uso adecuado de los medicamentos, reforzar la seguridad del paciente y facilitar el acceso a actuaciones preventivas, apoyándose en la elevada accesibilidad y capilaridad de la farmacia comunitaria¹⁸. Las experiencias de países como Australia, Canadá, Francia, Inglaterra e Italia ilustran esta evolución hacia modelos en los que la dispensación se integra en estrategias más amplias de atención farmacéutica, atención primaria y salud pública, con un papel creciente del farmacéutico comunitario en el abordaje de enfermedades crónicas, la prevención y el seguimiento del paciente. En España, este proceso se ha desarrollado de forma más gradual, con un avance conceptual relevante en la definición de los servicios profesionales de la farmacia comunitaria, pero con una implantación práctica todavía heterogénea, lo que sitúa a la dispensación como un punto de contacto clave con potencial para contribuir a modelos de atención más integrados y orientados a resultados en salud^{32,37}.

3

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA



3.1. INTRODUCCIÓN EJECUTIVA

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y la complejidad cada vez mayor de los tratamientos farmacológicos plantean retos sustanciales para los sistemas sanitarios. Estos retos no se limitan a la disponibilidad de tratamientos eficaces, sino que están estrechamente vinculados a su uso adecuado en la práctica real, a la continuidad asistencial y a la capacidad del sistema para ofrecer un seguimiento cercano y sostenido de los pacientes. En este contexto, la farmacia comunitaria, por su capilaridad, accesibilidad y contacto frecuente con la población, se configura como un entorno para contribuir de forma significativa a la mejora de los resultados en salud.

La actuación y prestación sistemática de servicios farmacéuticos comunitarios y la intervención profesional asociada desempeña un papel clave en la identificación y resolución de incidencias derivadas de la prescripción, contribuyendo a mejorar la seguridad del uso de los medicamentos en la práctica asistencial cotidiana^{38,39}. En el momento de la dispensación, el farmacéutico comunitario se encuentra en una posición privilegiada para detectar posibles problemas vinculados al tratamiento farmacológico, como errores de prescripción, interacciones, duplicidades o dificultades en la comprensión del régimen terapéutico, y para orientar o derivar al paciente hacia otros servicios o profesionales sanitarios cuando la situación clínica así lo requiere⁴⁰⁻⁴².

La participación activa del farmacéutico comunitario durante la dispensación contribuye de manera decisiva a prevenir errores o problemas de medicación antes de que tengan consecuencias clínicas relevantes. Esta intervención favorece la optimización de la farmacoterapia y la adecuación del tratamiento a las necesidades del paciente, con implicaciones directas sobre la seguridad y la efectividad del uso de los medicamentos^{43,44}.

El objetivo de este capítulo es analizar, desde una perspectiva clínica, el impacto de las intervenciones realizadas desde la farmacia comunitaria en la salud de los pacientes. A diferencia del valor clínico asociado a una nueva molécula, habitualmente evaluado en términos de eficacia y seguridad frente a un comparador en condiciones controladas, la contribución clínica de la farmacia comunitaria se manifiesta principalmente a través de mecanismos ligados a la práctica asistencial cotidiana: la mejora del seguimiento de pacientes crónicos, el apoyo al uso adecuado de los medicamentos, la detección precoz de problemas de salud y la prevención de complicaciones evitables.

3.2. IMPACTO DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas representan un ámbito prioritario para analizar el impacto clínico de la farmacia comunitaria, dado que su manejo requiere un seguimiento continuado, una adecuada utilización de los tratamientos farmacológicos y una intervención temprana ante situaciones de descompensación. En este contexto, pequeñas mejoras sostenidas en la práctica asistencial cotidiana pueden traducirse en beneficios clínicos relevantes para los pacientes.

En el manejo de las enfermedades crónicas, la intervención desde la farmacia comunitaria se orienta principalmente al apoyo al seguimiento farmacoterapéutico, a la identificación de problemas relacionados con el tratamiento y a la detección precoz de situaciones de mal control clínico. Estas actuaciones, desarrolladas en el ámbito de la farmacia comunitaria, complementan el seguimiento realizado desde otros niveles asistenciales y resultan especialmente relevantes en patologías de alta prevalencia y carga clínica.

En este apartado se analizan ejemplos representativos del impacto clínico de la farmacia comunitaria en el manejo de enfermedades crónicas prevalentes, centrándose específicamente en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La selección de estas patologías se enmarca en los principales desafíos sanitarios y sociales actuales, derivados del envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad, la polimedicación y las situaciones de dependencia,

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

que exigen modelos asistenciales capaces de ofrecer un seguimiento continuado y cercano. Se trata de enfermedades de elevada prevalencia y carga clínica, que requieren tratamientos farmacológicos prolongados y un control sostenido en la práctica real, y en las que la intervención desde la farmacia comunitaria puede contribuir de forma tangible a mejorar el seguimiento terapéutico, detectar de manera precoz situaciones de mal control y apoyar la continuidad asistencial. Asimismo, para estas patologías, la existencia de una base de evidencia suficiente permite evaluar de forma tangible la contribución clínica de las intervenciones desarrolladas desde la farmacia comunitaria.

3.2.1. Diabetes mellitus tipo 2

La intervención de la farmacia comunitaria en el manejo de la DM2 se articula fundamentalmente a través de servicios estructurados de seguimiento farmacoterapéutico, apoyo al uso adecuado de la medicación y educación terapéutica. La proximidad y el contacto frecuente con el paciente permiten identificar problemas relacionados con el tratamiento, reforzar conductas de autocuidado y detectar de forma precoz situaciones de mal control que requieren intervención o derivación a otros niveles asistenciales.

En este contexto, la evidencia clínica disponible indica que las intervenciones desarrolladas desde la farmacia comunitaria se asocian con resultados favorables en múltiples indicadores clínicos en pacientes con DM2. Como queda reflejado en la Figura 5, diversos estudios han mostrado mejoras en el control del colesterol^{45,46}, una mayor estabilidad de los niveles glucémicos⁴⁶, descensos significativos de la hemoglobina glicosilada (HbA1c)^{47,48} y una optimización del perfil lipídico⁴⁷. Asimismo, se ha observado un seguimiento más estrecho de los pacientes y una reducción de los problemas relacionados con la medicación en personas con polimedición⁴⁹, junto con mejoras en el control de la presión arterial⁴⁷ y una contribución relevante en la detección de nuevos casos de diabetes^{50,51}.

Figura 5

Impacto de las intervenciones desde la farmacia comunitaria en pacientes diabéticos



Nota: HbA1c: hemoglobina glicosilada

Fuente: elaboración propia a partir de Alhabib et al. (2016)⁴⁷, van Eikenhorst et al. (2017)⁴⁸, Lallemand et al. (2023)⁴⁵, Nogueira et al. (2020)⁴⁶, Radley et al. (2024)⁵¹, Ullibbarri et al. (2022)⁴⁹ y Zehra et al. (2025)⁵⁰

La solidez de estos resultados se ve reforzada por un metaanálisis que incluyó 12 estudios internacionales con un total de 1.196 pacientes con DM2, en el que se evaluó el efecto de las intervenciones lideradas por farmacéuticos sobre el control glucémico⁵². El análisis mostró una mejora significativa del control glucémico en comparación

con la atención habitual, especialmente en pacientes mal controlados desde el inicio y en aquellos programas que combinaban educación en autocuidado con una revisión estructurada y periódica de la medicación. Estos hallazgos ponen de manifiesto que las intervenciones más intensivas y sostenidas en el tiempo generan un mayor impacto clínico.

Desde una perspectiva de gestión sanitaria, la evidencia disponible sugiere que la intervención estructurada de la farmacia comunitaria en el manejo de la DM2 contribuye a una mayor estabilidad clínica de los pacientes y a una optimización del control de los principales factores de riesgo asociados a la enfermedad. Esta mejora del control glucémico y de otros parámetros clínicos relevantes reduce la probabilidad de descompensaciones evitables y favorece un manejo más eficiente de una patología de alta prevalencia y elevada carga asistencial.

3.2.2. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de morbilidad y consumo de recursos sanitarios, y su adecuado manejo depende en gran medida del control sostenido de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipemia y otros determinantes cardiovasculares modificables.

La intervención de la farmacia comunitaria en el manejo de las enfermedades cardiovasculares se orienta al seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con factores de riesgo cardiovascular, al apoyo al uso adecuado de la medicación y a la monitorización de parámetros clínicos relevantes, como la presión arterial. La accesibilidad y proximidad de la farmacia comunitaria permiten un contacto frecuente con los pacientes, facilitando la identificación precoz de situaciones de mal control, problemas relacionados con la medicación o dificultades de adherencia al tratamiento.

La evidencia disponible indica que las intervenciones desarrolladas desde la farmacia comunitaria se asocian con mejoras relevantes en el control de los principales factores de riesgo cardiovascular en la práctica real. En este sentido, las actuaciones de seguimiento farmacoterapéutico y monitorización clínica realizadas en la farmacia comunitaria han demostrado contribuir al control y la estabilización de la presión arterial⁵³⁻⁵⁶, así como a la prevención de riesgos cardiovasculares⁵⁷⁻⁵⁹.

Asimismo, diversos estudios han puesto de manifiesto la contribución de estas intervenciones al seguimiento de los niveles de colesterol^{60,61} y al incremento de la adherencia a los tratamientos antihipertensivos⁶², aspectos clave para mantener un control sostenido del riesgo cardiovascular. De forma complementaria, la orientación de los pacientes sobre la importancia de mantener hábitos de vida saludables desde la farmacia comunitaria refuerza el abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares y favorece un manejo más continuado de estos pacientes⁶².

Estos resultados se ven respaldados por una revisión sistemática reciente basada en estudios realizados en España, que analiza intervenciones farmacéuticas en pacientes hipertensos y con riesgo cardiovascular atendidos en farmacias comunitarias. Esta revisión destaca mejoras en el control de la presión arterial, en la adherencia al tratamiento y en distintos parámetros metabólicos⁶³. Los resultados de los estudios incluidos se resumen en una lista de intervenciones específicas (Tabla 4), cuya evidencia respalda la eficacia de la atención farmacéutica para optimizar el control clínico y promover el uso adecuado de los medicamentos en el entorno comunitario.

En el ámbito nacional, otros trabajos han evaluado igualmente el impacto de la atención farmacéutica en pacientes hipertensos atendidos en farmacia comunitaria. En particular, una revisión sistemática publicada en 2014 analizó nueve ensayos multicéntricos, en los que se observaron mejoras clínicas asociadas a intervenciones centradas en el seguimiento farmacoterapéutico, la educación sanitaria y el control de la presión arterial⁶⁴. En esta línea, el estudio AFenPA, realizado en 13 farmacias, mostró una reducción de la presión arterial sistólica y un incremento del porcentaje de pacientes con presión arterial controlada (71,3% frente a 55,1%)⁶⁵.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Otro estudio, también realizado en España (estudio SPD-VALOR), evaluó una intervención desarrollada en farmacia comunitaria que incorporaba el seguimiento farmacoterapéutico y el uso de sistemas personalizados de dosificación. Los resultados mostraron descensos clínicamente relevantes de la presión arterial en el grupo de intervención, con reducciones más pronunciadas de la presión arterial sistólica y diastólica en comparación con el grupo control a los tres y seis meses de seguimiento⁶⁶.

Tabla 4 Resumen de la evidencia clínica procedente de una revisión sistemática de estudios realizados en farmacias comunitarias en España sobre enfermedades cardiovasculares

TÍTULO DEL ESTUDIO	EDAD DE LA POBLACIÓN (AÑOS)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLES PRIMARIA Y SECUNDARIA	PRINCIPALES RESULTADOS
Intensive Two-Month Intervention on Diet and Lifestyle in Uncontrolled Hypertensive Patients in a Community Pharmacy, Zaragoza-Fernández et al. (2012) ⁵⁶	>18	Inclusión: pacientes ≥18 años en tratamiento farmacológico para la hipertensión, cumplidores, con presión arterial ≥140/90 mmHg o ≥130/80 mmHg en presencia de otros factores de riesgo. Exclusión: menores de 18 años, embarazadas, falta de consentimiento y pacientes no cumplidores tras la intervención	El grupo de intervención recibió mediciones de presión arterial y recomendaciones personalizadas sobre cambios en dieta y estilo de vida, con seguimiento telefónico y entrevistas periódicas	Variables primarias: presión arterial, índice de masa corporal y hábitos de vida (dieta, restricción de sal, reducción del consumo de alcohol, ejercicio físico regular), pérdida de peso. Variable secundaria: no reportada	La presión arterial sistólica y diastólica disminuyó 16,08 y 9,95 mmHg en el grupo de intervención frente a 1,79 y 0,95 mmHg en el grupo control (p<0,001)
Effectiveness of Dader Method for Pharmaceutical Care on Control of blood pressure and total cholesterol in Outpatients with cardiovascular disease or Cardiovascular Risk: EMDADER-CV Randomized Controlled Trial, Amariles et al. (2012) ⁶⁰	25-74	Pacientes que acudían a farmacias comunitarias con una enfermedad cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, profilaxis cardiovascular y diabetes tipo 2) o con factores de riesgo cardiovascular	El grupo de intervención recibió atención farmacéutica según el protocolo Dáder frente al grupo control, que recibió la dispensación y el consejo habituales	Variable primaria: pacientes que alcanzaban los objetivos terapéuticos de presión arterial, colesterol total y presión arterial/colesterol total según comorbilidades como la diabetes. Variable secundaria: reducción de los valores medios de presión arterial y colesterol total	Diferencias estadísticamente significativas a favor de la atención farmacéutica en el número de pacientes que alcanzaron los objetivos de presión arterial (52,5% frente a 43%, p=0,017), colesterol total (56,5% frente a 44,1%, p=0,001) y presión arterial/colesterol total (37,1% frente a 21,8%, p<0,001)
Tailored interventions by Community pharmacy and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomised controlled trial, Oñatibia-Astibia et al. (2019) ⁶⁷	>18	Pacientes con prescripción de al menos una estatina en los tres meses previos. Se excluyeron pacientes que participaban en otros programas de promoción de la adherencia o rehabilitación cardíaca, con dificultades de comunicación, incapacidad para autoadministrarse estatinas, dependencia o institucionalización, o ictus en los seis meses previos	Los pacientes se clasificaron en adherentes o no adherentes al tratamiento con estatinas. Los no adherentes fueron asignados aleatoriamente a grupo de intervención o no intervención. El grupo de intervención recibió una intervención específica según la causa de la no adherencia. Los grupos adherente y no intervención recibieron atención habitual	Variable primaria: adherencia al tratamiento con estatinas evaluada mediante el test de Morisky-Green-Levine y mediante determinación de colesterol con Reflotron Plus. Variable secundaria: adherencia a dieta y ejercicio para reducir el colesterol	El grupo de intervención mostró mayor adherencia (OR=2,34; IC95%: 1,81-3,03; p<0,001). Los pacientes adherentes presentaron valores más bajos de colesterol total que los no adherentes tanto al inicio como al final del estudio (p<0,001)

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

TÍTULO DEL ESTUDIO	EDAD DE LA POBLACIÓN (AÑOS)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLES PRIMARIA Y SECUNDARIA	PRINCIPALES RESULTADOS
Intervenciones de estudios no aleatorios y estudios observacionales					
Effect of pharmacist intervention in the Spanish community pharmacies on blood pressure control in hypertensive patients, Fikri-Benbrahim et al. (2012) ⁶⁵	>18	Inclusión: pacientes hipertensos de ambos sexos mayores de 18 años. Exclusión: embarazo, convivencia con otra persona que tomara el mismo antihipertensivo, presión arterial media $\geq 200/110$ mmHg, trastornos psicológicos, evento cardiovascular en los 6 meses previos, cambios recientes en el tratamiento antihipertensivo o auto monitorización habitual de la presión arterial	Grupo de intervención: educación sobre hipertensión arterial, cambios en el estilo de vida, auto monitorización de la presión arterial, apoyo a la adherencia al tratamiento, detección de problemas relacionados con los medicamentos y derivación al médico cuando fue necesario. Grupo control: atención habitual	Variable primaria: proporción de pacientes con presión arterial controlada al final del estudio. Variable secundaria: no reportada	Reducciones significativas de la presión arterial sistólica y diastólica desde el inicio hasta el final del estudio. El 71,3% de los pacientes del grupo de intervención alcanzaron control de la presión arterial frente al 52,9% al inicio. La probabilidad de lograr control tensional fue 2,46 veces mayor que en el grupo control ($p=0,020$)
Effectiveness of Pharmacotherapy Follow-Up for the Control of Hypertensive Patients in Community Pharmacies: EMDADER-HTA Study, Rodríguez-Chamorro et al. (2013) ⁶⁸	35–74	Inclusión: pacientes con hipertensión arterial que acudieron a la farmacia comunitaria durante el periodo de estudio y con prescripción de al menos un medicamento para la hipertensión arterial. Exclusión: pacientes con prescripción de otros tratamientos, embarazadas, presión arterial $>180/110$ mmHg, antecedentes de infarto de miocardio en los <3 meses previos, participación en programas de rehabilitación cardíaca o enfermedad terminal	Grupo de intervención: seguimiento farmacoterapéutico con medición de presión arterial y colesterol total al inicio, a las 4–6, 12 y 24 semanas. Educación al paciente sobre la enfermedad y los medicamentos, adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida, e intervenciones relacionadas con la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos en colaboración con el médico. Grupo control: sin seguimiento farmacoterapéutico	Variable primaria: consecución de objetivos terapéuticos en hipertensión arterial, riesgo cardiovascular de Wilson-Grundy y riesgo cardiovascular cuantitativo (SCORE), presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y colesterol total. Variable secundaria: no reportada	Tras 6 meses de seguimiento farmacoterapéutico, se alcanzaron los objetivos terapéuticos en hipertensión arterial (23,9%, $p<0,001$) y colesterol total (15,4%, $p=0,004$). Se observaron reducciones significativas del riesgo cardiovascular Wilson-Grundy (-1,5%), del SCORE (-0,5%), de la presión arterial sistólica (-7,6 mmHg), de la presión arterial diastólica (-3,3 mmHg) y del colesterol total (-14,6 mg/dL)
Pharmaceutical care in smoking cessation, Marín-Armero et al. (2015) ⁶⁹	>18	Inclusión: fumadores mayores de 18 años que solicitaron ayuda en la farmacia comunitaria para dejar de fumar y aceptaron participar. Exclusión: negativa a participar	Grupo de intervención: intervención de cesación tabáquica en farmacia comunitaria en forma de campaña sanitaria	Variable primaria: eficacia de la campaña de cesación tabáquica. Variable secundaria: efectos de la atención farmacéutica en pacientes que intentan dejar de fumar	El 43,48% de los pacientes consiguió el abandono completo del consumo de tabaco

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

TÍTULO DEL ESTUDIO	EDAD DE LA POBLACIÓN (AÑOS)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLES PRIMARIA Y SECUNDARIA	PRINCIPALES RESULTADOS
Comparison of health education and pharmacotherapeutic follow-up interventions in patients with cardiovascular risk factors who go to a community pharmacy (FISFTES-PM Study), Bofí-Martínez et al. (2015) ⁷⁰	18-85	Inclusión: pacientes de 18-85 años con al menos un medicamento para hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes o cardiopatía, o consultas relacionadas con factores de riesgo cardiovascular. Exclusión: embarazo, discapacidad, marcapasos, hipercolesterolemia congénita o antecedentes de infarto agudo de miocardio o ictus	Comparación entre educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular	Variable primaria: control de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, tabaquismo, obesidad y aumento de la actividad física. Variables secundarias: índice de masa corporal, perímetro de cintura, ratios antropométricos, grasa corporal y adherencia al tratamiento	Las reducciones porcentuales fueron significativamente mayores en el grupo de seguimiento farmacoterapéutico que en el de educación sanitaria para presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, peso, índice de masa corporal, glucemia basal, colesterol total y parámetros antropométricos (p<0,05)
Implementation of a medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes, Castrillon-Ocampo et al. (2015) ⁷¹	No reportado	Pacientes que acudieron a farmacias comunitarias de la provincia de Gipuzkoa con al menos un medicamento prescrito	Durante 18 meses, los pacientes acudieron mensualmente a la farmacia y recibieron el servicio de revisión de la medicación con seguimiento mediante el método Dáder	Variable primaria: Evaluación del impacto del servicio en resultados económicos, clínicos y humanísticos	En 18 meses se detectaron 408 reacciones adversas a medicamentos, de las cuales se resolvieron 393. Disminuyó el número medio de medicamentos a 3,3. Se redujeron significativamente las hospitalizaciones y las visitas a urgencias (p=0,001) y mejoró la calidad de vida y el conocimiento sobre la medicación
Results of the screening and the Ambulatory BP Monitoring (ABPM) services of hypertensive patients in a community pharmacy, Barris (2016) ⁷²	>18	Inclusión: pacientes mayores de 18 años con o sin tratamiento farmacológico. Exclusión: registros incompletos de presión arterial	Grupo de intervención: medición de la presión arterial en al menos tres visitas durante 2-3 semanas, con dos mediciones por visita, y monitorización ambulatoria durante 24-48 horas	Variable primaria: Identificación de pacientes con presión arterial nocturna elevada o presión arterial >140/90 mmHg	Se identificaron 48 pacientes hipertensos; el 41,7% fueron derivados al médico. De ellos, el 91,6% inició tratamiento farmacológico antihipertensivo y el 8,4% recibió recomendaciones de cambios en el estilo de vida
Impact of pharmacist's intervention on reducing cardiovascular risk in obese patients, Huete et al. (2019) ⁷³	>18	Inclusión: pacientes obesos (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ² ; perímetro de cintura >102 cm en hombres o >88 cm en mujeres). Exclusión: embarazo, lactancia, tratamiento anticoagulante y deterioro cognitivo	Grupo de intervención: pacientes obesos con y sin comorbilidades. Medición de parámetros antropométricos, presión arterial, glucemia, hemoglobina glicosilada y perfil lipídico. Protocolo PharmaFit con seguimiento de 24 meses	Variable primaria: reducción de peso corporal, perímetro de cintura, índice de masa corporal, masa grasa total, parámetros glucémicos, lipídicos, presión arterial y riesgo REGICOR. Variable secundaria: no reportada	Reducciones significativas de peso e índice de masa corporal, mejoras en parámetros glucémicos y lipídicos, aumento de la lipoproteína de alta densidad y reducción significativa del riesgo REGICOR en hombres y mujeres (p<0,01)

Fuente: adaptación de Manouchehri M. et al., (2022)⁶³

3.2.3. Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El asma es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por una elevada variabilidad clínica y por la necesidad de un manejo continuado para prevenir exacerbaciones y deterioro de la calidad de vida.

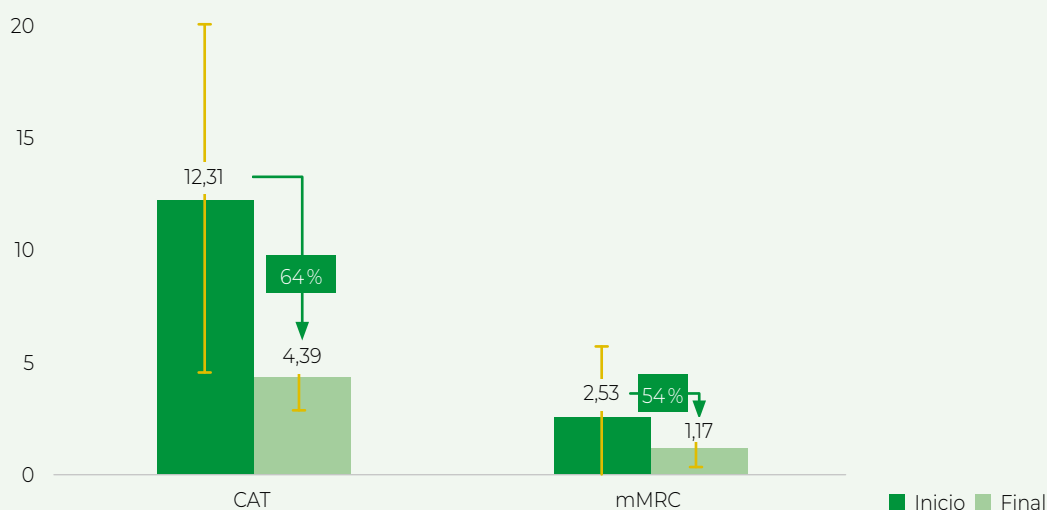
La intervención de la farmacia comunitaria en el manejo del asma se orienta fundamentalmente al apoyo al uso adecuado de la medicación inhalada, al seguimiento farmacoterapéutico y a la educación sanitaria del paciente. La accesibilidad de la farmacia comunitaria y el contacto frecuente con los pacientes permiten identificar errores en la técnica inhalatoria, problemas de adherencia al tratamiento de mantenimiento y signos de mal control que requieren intervención o derivación a otros niveles asistenciales. Asimismo, la farmacia comunitaria desempeña un papel relevante en la detección precoz de exacerbaciones y en la orientación del paciente hacia un manejo más adecuado de su enfermedad en la práctica real.

La evidencia disponible indica que las intervenciones y programas desarrollados en la farmacia comunitaria tienen un impacto positivo en el manejo clínico de enfermedades respiratorias crónicas como el asma y la EPOC. Diversos estudios han mostrado mejoras en el control de los síntomas y en la función pulmonar⁷⁴⁻⁷⁶, así como una reducción de la gravedad de la enfermedad⁷⁷⁻⁷⁹. Asimismo, las intervenciones farmacéuticas se asocian con un seguimiento farmacoterapéutico más estrecho^{74,80-82}, una disminución de las exacerbaciones^{75,83-85} y una contribución relevante a la prevención primaria mediante actuaciones como la cesación tabáquica, la rehabilitación pulmonar y la promoción de hábitos de vida saludables^{75,81,86-90}.

Algunos modelos de intervención específicos ponen de manifiesto el valor añadido del farmacéutico comunitario en el uso adecuado de los dispositivos de inhalación. En este sentido, un estudio desarrollado en Japón evaluó el impacto de la participación del farmacéutico en la selección del inhalador más adecuado en pacientes con EPOC de reciente diagnóstico, teniendo en cuenta características individuales del paciente y siguiendo un protocolo estructurado. Los resultados mostraron mejoras significativas en la función pulmonar, en los síntomas respiratorios y en la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes, reforzando el papel del farmacéutico comunitario en la optimización del tratamiento inhalado y en el control clínico de la enfermedad (Figura 6)⁷⁶.

Figura 6

Cambios en las puntuaciones CAT y mMRC desde el inicio hasta el final del periodo de estudio en EPOC, Japón



Nota: CAT: cuestionario de impacto de la EPOC; mMRC: escala que valora la intensidad de la disnea

Nota interpretativa: La figura muestra una reducción relevante en los valores de los indicadores CAT y mMRC entre el inicio y el final del periodo analizado, lo que sugiere una mejora en el control de los síntomas y en la percepción de la disnea en los pacientes incluidos. Estos resultados indican que la intervención de la farmacia comunitaria se asocia a cambios clínicamente significativos en variables de resultado reportadas por los pacientes.

Fuente: elaboración propia a partir de Shiwaku E. et al., (2021)⁷⁶

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Una revisión más reciente, que incluyó estudios publicados entre 2009 y 2019, analizó 25 estudios sobre los servicios profesionales prestados por farmacéuticos comunitarios en el manejo de la EPOC⁹¹.

En el contexto español, el proyecto Respirafarma demostró la utilidad del cribado de la EPOC en farmacias comunitarias como herramienta para facilitar el diagnóstico temprano y la derivación adecuada. La iniciativa evidenció el papel del farmacéutico comunitario en la detección precoz de patología respiratoria y puso de relieve la importancia de la colaboración interdisciplinar con otros niveles asistenciales para mejorar la atención a los pacientes con enfermedades respiratorias⁹².

La evidencia muestra que los servicios prestados en la farmacia comunitaria contribuyen de manera consistente a mejorar los resultados clínicos en pacientes con enfermedades crónicas. Su participación activa en la detección y resolución de problemas de medicación permite optimizar la farmacoterapia y reforzar la seguridad del paciente⁴⁰⁻⁴². En el ámbito de la diabetes, las intervenciones lideradas por farmacéuticos comunitarios han logrado reducciones significativas de la HbA1c y mejoras en parámetros metabólicos clave, especialmente cuando se combina la educación en autocuidado con la revisión estructurada del tratamiento^{47,48}. En el caso de la hipertensión y el riesgo cardiovascular, los programas implementados en farmacia comunitaria se asocian con descensos relevantes en la presión arterial y el colesterol, apoyando así su papel como agentes clave en la prevención y el control de estas patologías^{53,61}. Asimismo, en enfermedades respiratorias como el asma y la EPOC, las intervenciones desarrolladas en farmacias han mostrado mejoras en síntomas, función pulmonar y reducción de exacerbaciones⁷⁴, consolidando su contribución al manejo integral del paciente crónico.

3.3. MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La adherencia terapéutica, de acuerdo con la OMS, se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”⁹³. En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo⁹⁴.

Esta falta de adherencia terapéutica constituye un desafío clínico de gran relevancia, con consecuencias directas sobre la evolución de múltiples enfermedades crónicas. Cuando los pacientes no siguen adecuadamente las pautas establecidas, aumenta la probabilidad de que los síntomas persistan o se agraven, se acelere la progresión de la enfermedad y se reduzca la eficacia esperada de los tratamientos. Esto se traduce en más descompensaciones, mayores tasas de morbilidad y un incremento del riesgo de complicaciones que, en muchos casos, podrían haberse evitado con un uso correcto y continuado de la medicación^{95,96}.

En este sentido, las farmacias comunitarias actúan como puntos de acceso más próximos y frecuentes dentro de la comunidad, llegando a lugares y pacientes donde la atención primaria tiene menos presencia. Esta amplia penetración en la sociedad permite a los farmacéuticos identificar dificultades en la adherencia y ofrecer un seguimiento más cercano y personalizado de los tratamientos. A este respecto, existe una amplia evidencia científica que demuestra que la farmacia comunitaria desempeña un papel clave en la mejora de la adherencia a los tratamientos, sobre

todo en enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, asma, EPOC y enfermedades cardiovasculares^{78,97-104}. Gracias a su capacidad de ofrecer educación, información y asesoramiento individualizado, los farmacéuticos comunitarios pueden apoyar a los pacientes para que sigan correctamente sus terapias¹⁰⁵⁻¹⁰⁷.

3.3.1. Diabetes mellitus tipo 2

En la DM2, la adherencia terapéutica constituye un elemento crítico para el adecuado control de la enfermedad y para la prevención de complicaciones a medio y largo plazo. El tratamiento suele implicar regímenes farmacológicos prolongados, con frecuencia complejos y asociados a polimedicación, lo que incrementa el riesgo de falta de adherencia y de utilización subóptima de los medicamentos en la práctica real.

Desde la farmacia comunitaria, las intervenciones orientadas a la mejora de la adherencia en pacientes con diabetes se centran fundamentalmente en el seguimiento farmacoterapéutico continuado, el refuerzo del uso adecuado de la medicación y la identificación de barreras que dificultan el cumplimiento del tratamiento.

La evidencia disponible muestra que las intervenciones estructuradas lideradas por farmacéuticos pueden mejorar de forma significativa la adherencia terapéutica en pacientes con DM2, especialmente cuando se adaptan a las necesidades individuales y se dirigen a pacientes con problemas previos de cumplimiento. En el ámbito internacional, un ensayo controlado aleatorizado realizado en el Reino Unido evaluó un servicio centralizado de asesoramiento personalizado desde la farmacia comunitaria, observando una mejora significativa de la adherencia en el grupo intervención (el 10,6% de los pacientes mostró incumplimiento de la adherencia), en comparación con la atención habitual (19,6%)¹⁰⁸. De forma similar, en Estados Unidos, un estudio prospectivo mostró un aumento relevante de la adherencia (pasando del 65,2% al 78,8%) tras un programa de seguimiento farmacéutico en pacientes con baja adherencia inicial¹⁰⁹.

En el contexto español, la implementación de servicios de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias ha mostrado resultados concordantes. En un programa desarrollado en organizaciones sanitarias integradas del País Vasco, se observó un incremento significativo del porcentaje de pacientes adherentes (del 72% al 91%), así como una mejora global en la evaluación de la adherencia de los tratamientos revisados durante el seguimiento⁴⁹.

3.3.2. Enfermedades cardiovasculares

En las enfermedades cardiovasculares, la adherencia terapéutica constituye un factor crítico para el control sostenido de los principales factores de riesgo, como la hipertensión arterial y la dislipemia, y para la prevención de eventos cardiovasculares evitables. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, en la práctica real una proporción relevante de pacientes no mantiene de forma continuada el tratamiento prescrito, lo que compromete los resultados clínicos y aumenta la carga asistencial asociada a estas patologías.

Los tratamientos cardiovasculares suelen ser crónicos y, con frecuencia, se administran en pacientes con polimedicación, lo que incrementa la complejidad del régimen terapéutico y el riesgo de abandono o uso irregular de la medicación. Desde la farmacia comunitaria, las intervenciones orientadas a la mejora de la adherencia en enfermedades cardiovasculares se centran en el seguimiento farmacoterapéutico, la detección de problemas de cumplimiento, el refuerzo de la persistencia terapéutica y la identificación de barreras prácticas que dificultan el uso continuado de la medicación.

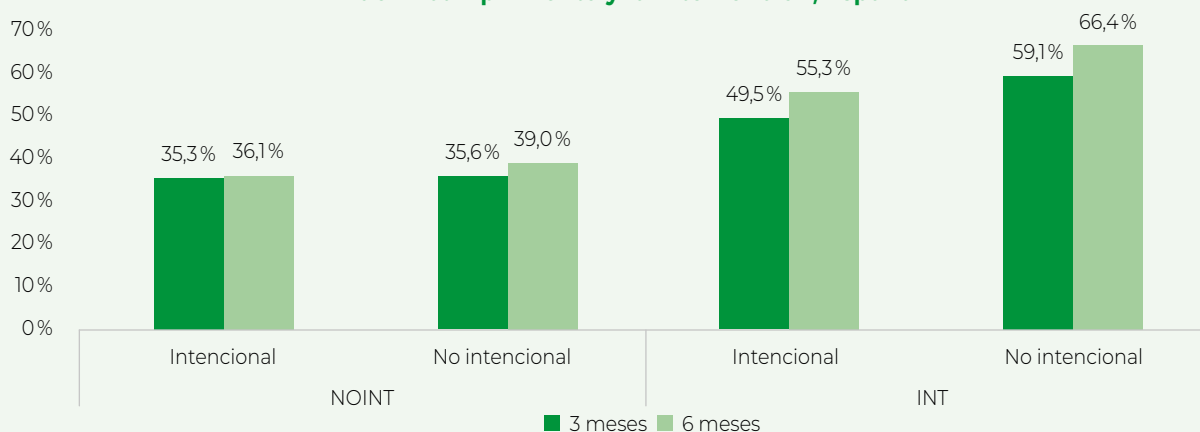
En el ámbito internacional, el ensayo clínico HAPPY, realizado en farmacias comunitarias en Australia, mostró que la proporción de pacientes adherentes al tratamiento antihipertensivo fue significativamente mayor en el grupo que recibió intervención farmacéutica en comparación con la atención habitual a los seis meses de seguimiento (61,8% vs. 39,2%). Este efecto resultó particularmente relevante en pacientes inicialmente no adherentes y con cifras de presión arterial por encima del objetivo terapéutico, lo que pone de manifiesto el valor de intervenciones focalizadas en poblaciones de mayor riesgo¹¹⁰.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

En el contexto español, los estudios realizados en farmacias comunitarias refuerzan estos resultados. El estudio AFenPA, desarrollado en pacientes hipertensos, mostró una proporción significativamente mayor de pacientes adherentes en el grupo intervención frente al grupo control, así como una mejora relevante de la adherencia respecto a los valores iniciales (86,5% a 96,5%), sin cambios apreciables en el grupo control (86,5% vs. 85,4%)¹¹¹. Asimismo, el estudio SPD-VALOR, realizado en pacientes hipertensos crónicos polimedicados, mostró que entre el 76% y el 77% de los pacientes atendidos desde la farmacia comunitaria mediante intervenciones estructuradas con sistemas personalizados de dosificación alcanzaron niveles adecuados de adherencia a los tres y seis meses de seguimiento, frente a aproximadamente el 30% en el grupo control⁶⁶.

De forma complementaria, algunos trabajos se han centrado en poblaciones de mayor complejidad, como pacientes mayores, polimedicados y con hipertensión no controlada, observándose mejoras sustanciales de la adherencia cuando se aplican programas personalizados desde la farmacia comunitaria. En estos casos, el incremento del cumplimiento terapéutico se ha asociado con un mejor control de la presión arterial y con una evolución clínica más favorable¹¹². Asimismo, adaptar la intervención farmacéutica a la causa de la no adherencia, diferenciando entre no adherencia intencional y no intencional, ha demostrado ser una estrategia eficaz. En este sentido, un estudio realizado en pacientes con hipercolesterolemia mostró incrementos significativos de la adherencia en los grupos intervenidos, especialmente entre aquellos con no adherencia no intencional (Figura 7)¹¹³.

Figura 7 Variación de la adherencia en el cumplimiento del tratamiento con estatinas según la intencionalidad del incumplimiento y la intervención, España



Nota: INT: grupo intervención; NOINT: grupo no intervención

Nota interpretativa: La figura muestra que la intervención farmacéutica se asocia a incrementos de la adherencia tanto en pacientes con no adherencia intencional como no intencional, si bien el efecto es más marcado en estos últimos y se intensifica a lo largo del seguimiento. Esta diferenciación sugiere que la identificación de las causas subyacentes de la no adherencia constituye un elemento relevante para maximizar el impacto de las intervenciones personalizadas desde la farmacia comunitaria.

Fuente: Oñatibia-Astibia A. et al., (2020)¹¹³

3.3.3. Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

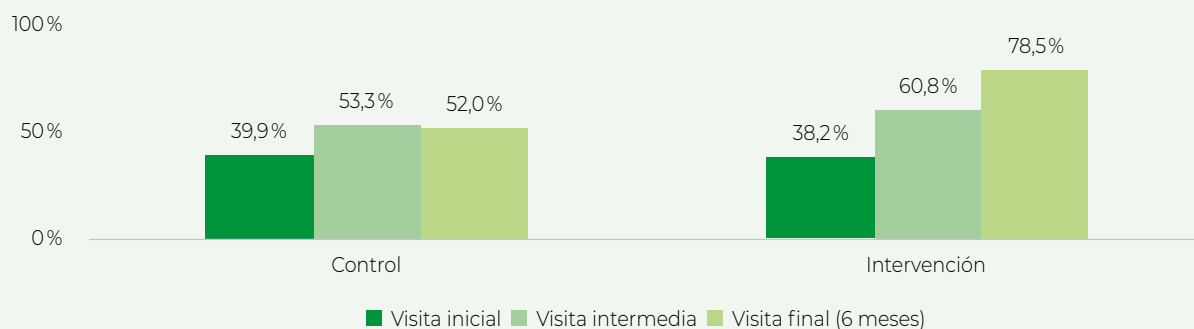
En las enfermedades respiratorias crónicas, como el asma y la EPOC, la adherencia terapéutica también es un determinante clave del control clínico y de la prevención de exacerbaciones. El tratamiento de mantenimiento, a menudo basado en medicación inhalada, requiere una utilización continuada y correcta, lo que en la práctica real se ve condicionado por factores como la percepción de la enfermedad, la complejidad del tratamiento y la persistencia a largo plazo. En la práctica real, numerosos estudios han puesto de manifiesto que alcanzar un adecuado control del asma resulta difícil para una proporción relevante de pacientes, incluso cuando el tratamiento prescrito es apropiado, lo que pone de relieve la importancia de intervenciones específicas orientadas a mejorar la adherencia al tratamiento¹¹⁴.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

En este contexto, la farmacia comunitaria, gracias a la formación del farmacéutico, su accesibilidad y el contacto frecuente con los pacientes, se configura como un entorno especialmente adecuado para desarrollar intervenciones dirigidas a reforzar la adherencia terapéutica¹⁰⁴. En España, un ensayo controlado aleatorizado realizado en 50 farmacias de Málaga y Madrid evaluó el impacto de intervenciones farmacéuticas en pacientes con asma. Los resultados mostraron mejoras significativas en la proporción de pacientes adherentes en el grupo intervención, tal y como se refleja en la Figura 8⁷⁸.

Figura 8

Proporción de pacientes adherentes al tratamiento del asma, España



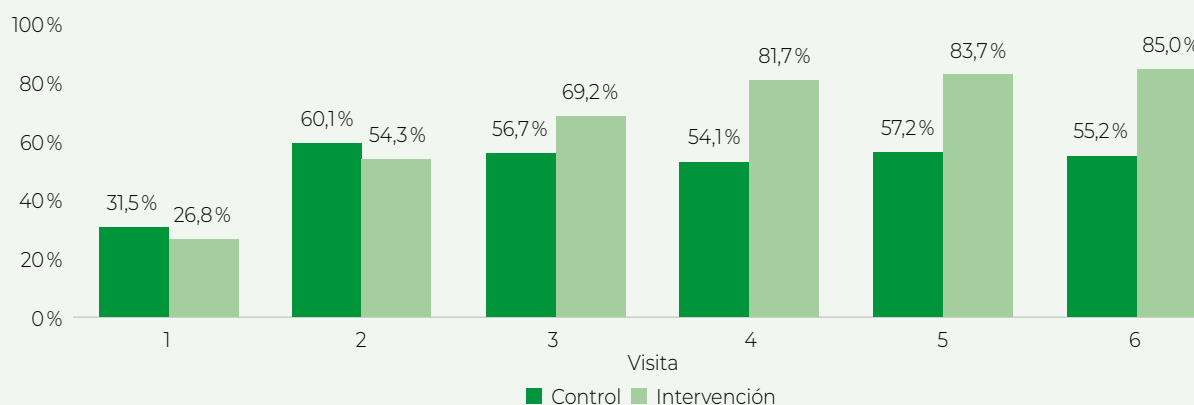
Nota interpretativa: La figura muestra una mejora progresiva en el porcentaje de pacientes controlados en el grupo de intervención a lo largo del periodo de seguimiento, con una diferencia creciente respecto al grupo control, especialmente en la visita final. Estos resultados sugieren que la intervención evaluada se asocia a un mayor grado de control clínico en comparación con la práctica habitual, si bien su interpretación debe realizarse teniendo en cuenta el contexto del estudio y las características de la población analizada.

Fuente: García-Cárdenas V. et al., (2013)⁷⁸

Más recientemente, otro ensayo controlado aleatorizado por conglomerados desarrollado en España evaluó una intervención estructurada dirigida por farmacéuticos comunitarios para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial, asma y EPOC. En el caso del asma, el estudio incluyó a 385 pacientes y combinó entrevistas individuales, identificación de barreras prácticas, aplicación de modelos de cambio conductual, seguimiento mensual y técnicas de entrevista motivacional. Los resultados mostraron un aumento progresivo y sostenido de la proporción de pacientes adherentes en el grupo intervención a lo largo de las visitas de seguimiento, frente a una evolución más limitada en el grupo control, como se ilustra en la Figura 9¹⁰⁷.

Figura 9

Evolución de la adherencia a la medicación en pacientes con asma tras intervención farmacéutica frente a grupo control, España



Nota interpretativa: La figura permite visualizar una divergencia progresiva entre el grupo de intervención y el grupo control a lo largo de las visitas de seguimiento, con incrementos sostenidos de la adherencia en el grupo intervenido frente a una evolución más estable en el grupo control. Este patrón sugiere que la intervención farmacéutica estructurada mantiene su efecto en el tiempo y se consolida con el seguimiento continuado, lo que resulta especialmente relevante en el manejo de enfermedades crónicas como el asma.

Fuente: Torres-Robles A., et al., (2022)¹⁰⁷

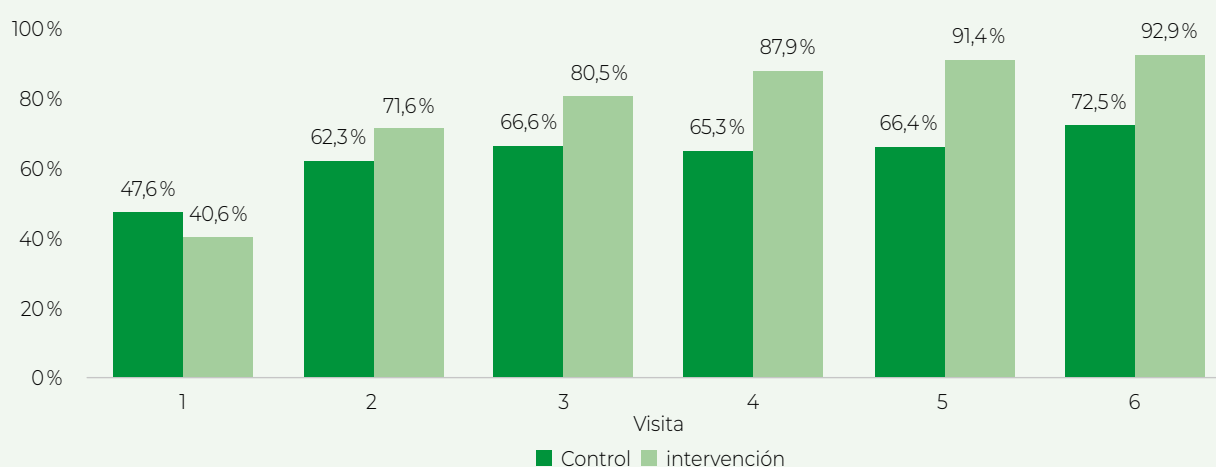
EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

La evidencia disponible también respalda el papel de la farmacia comunitaria en la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con EPOC. En el ámbito internacional, un estudio realizado en Inglaterra en 34 farmacias comunitarias mostró mejoras significativas en la adherencia (aumento del 7%) tras seis meses de seguimiento en pacientes con EPOC¹¹⁵.

En el mismo ensayo español de Torres-Robles et al. (2022) mencionado anteriormente, la intervención farmacéutica aplicada a pacientes con EPOC mostró resultados consistentes. En este grupo, la proporción de pacientes adherentes en el grupo intervención aumentó de forma progresiva a lo largo del seguimiento, alcanzando valores notablemente superiores a los observados en el grupo control, tal y como se presenta en la Figura 10¹⁰⁷. Estos resultados refuerzan la evidencia de que las intervenciones farmacéuticas estructuradas y sostenidas pueden mejorar de forma significativa la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Figura 10

Evolución de la adherencia a la medicación en pacientes con EPOC tras intervención farmacéutica frente a grupo control, España



Nota interpretativa: La figura muestra una separación progresiva entre el grupo de intervención y el grupo control a lo largo del seguimiento, con incrementos sostenidos de la adherencia en el grupo intervenido y una mayor estabilidad en el grupo control. La magnitud creciente de esta diferencia sugiere que el impacto de la intervención farmacéutica se consolida con el tiempo, reforzando la relevancia de intervenciones estructuradas y mantenidas en el abordaje de la adherencia en pacientes con EPOC.

Fuente: Torres-Robles A. et al., (2022)¹⁰⁷

3.3.4. Estrategias para la mejora de la adherencia

La mejora de la adherencia terapéutica ha sido abordada mediante diferentes estrategias organizativas y asistenciales, tanto a nivel internacional como nacional, con el objetivo de reforzar el uso adecuado de los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas. Estas estrategias comparten un enfoque centrado en el paciente y en la necesidad de adaptar las intervenciones a las barreras específicas que condicionan el cumplimiento terapéutico en la práctica real.

3.3.4.1. Estrategias internacionales

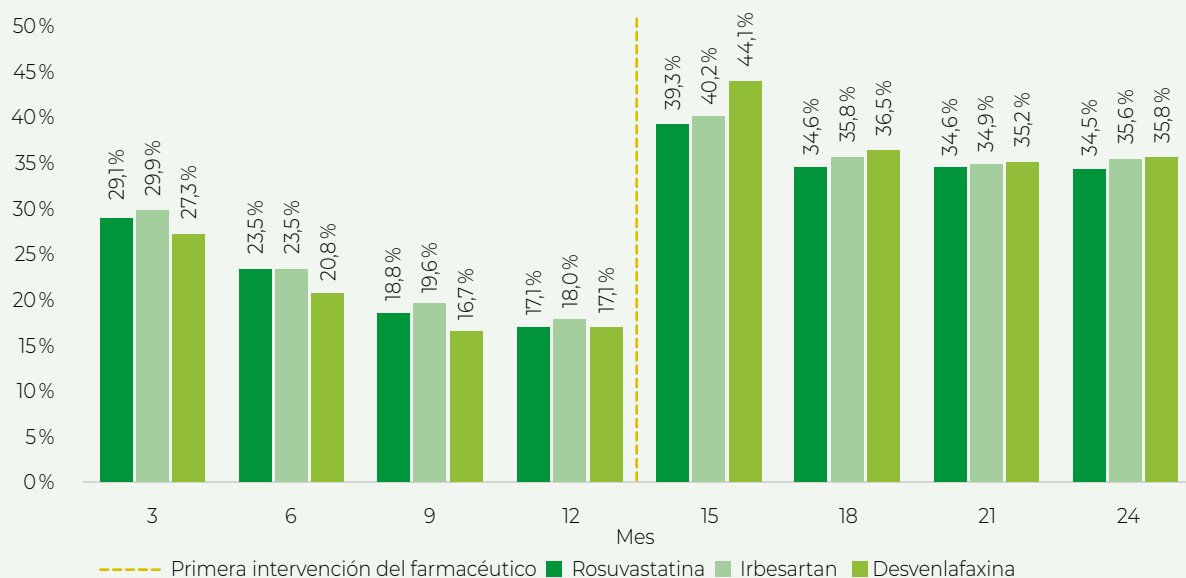
En el ámbito internacional, uno de los ejemplos más consolidados de estrategias orientadas a la mejora de la adherencia terapéutica desde la farmacia comunitaria es el programa Nuevo Servicio de Medicina (New Medicine Service, NMS), desarrollado en Inglaterra como un servicio nacional de apoyo a pacientes que inician tratamientos farmacológicos de larga duración. Este programa abarca patologías crónicas de alta prevalencia, como asma y EPOC, hipertensión arterial, DM2 y anticoagulación, y se basa en un modelo estructurado de seguimiento y asesoramiento individualizado por parte del farmacéutico comunitario. La evaluación del programa NMS en Inglaterra, realizada en farmacias comunitarias con pacientes asignados a grupo intervención o control, mostró una mejora significativa de la adherencia terapéutica a corto plazo. Tras diez semanas de seguimiento, la proporción de pacientes adherentes fue superior en el grupo que recibió la intervención farmacéutica en comparación con la atención habitual (70,7% frente a 60,5%), lo que pone de manifiesto el impacto positivo de un acompañamiento estructurado en las fases iniciales del tratamiento farmacológico¹⁰⁶.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Este mismo modelo fue posteriormente adaptado e implementado en Irlanda mediante un proyecto piloto, con resultados similares. En este contexto, la proporción de pacientes adherentes en el grupo que participó en el programa NMS fue superior a la observada en el grupo control, lo que refuerza la transferibilidad del modelo a distintos sistemas sanitarios con estructuras asistenciales similares (el grupo de intervención mostró un aumento de 9 puntos porcentuales en la adherencia con respecto al grupo control)¹¹⁶.

Australia constituye otro ejemplo relevante en el desarrollo de estrategias desde la farmacia comunitaria para mejorar la adherencia terapéutica. En este país se han implementado programas a gran escala dirigidos a pacientes en tratamiento con medicamentos para patologías crónicas, como dislipemia, hipertensión arterial y depresión. Los resultados mostraron que, tras la intervención farmacéutica, se produjo una mejora rápida y relevante de la adherencia en los primeros meses de seguimiento, con niveles que se mantuvieron superiores a los observados antes de la intervención incluso al cabo de un año, a pesar de una cierta atenuación del efecto con el tiempo (Figura 11)¹¹⁷.

Figura 11 Proporción de pacientes adherentes 12 meses antes y 12 meses después de la intervención del farmacéutico comunitario. Australia



Nota interpretativa: La figura muestra la evolución temporal del porcentaje de pacientes adherentes para los distintos tratamientos analizados, diferenciando el periodo previo y posterior a la intervención del farmacéutico, que se inicia a partir del mes 12. Tras esta intervención, se observa un incremento sostenido de los niveles de adherencia en los tres grupos terapéuticos, en contraste con la tendencia descendente registrada durante los primeros meses de seguimiento.

Fuente: Torres-Robles A. et al., (2019)¹¹⁷

3.3.4.2. Estrategias nacionales

En el contexto español, se han desarrollado distintas iniciativas orientadas a mejorar la adherencia terapéutica desde la farmacia comunitaria mediante la implantación de servicios profesionales estructurados. Un ejemplo relevante es el proyecto AdherenciaMED, cuyo objetivo fue diseñar y evaluar el impacto clínico, económico y humanístico de un Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial centrado en la mejora de la adherencia en pacientes con hipertensión arterial, asma y EPOC, en comparación con la atención habitual. El programa combinó intervenciones de seguimiento farmacoterapéutico con el uso de herramientas de apoyo, como dispositivos móviles con sistemas de alerta y Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), con el fin de reforzar el cumplimiento del tratamiento en la práctica real¹¹⁸.

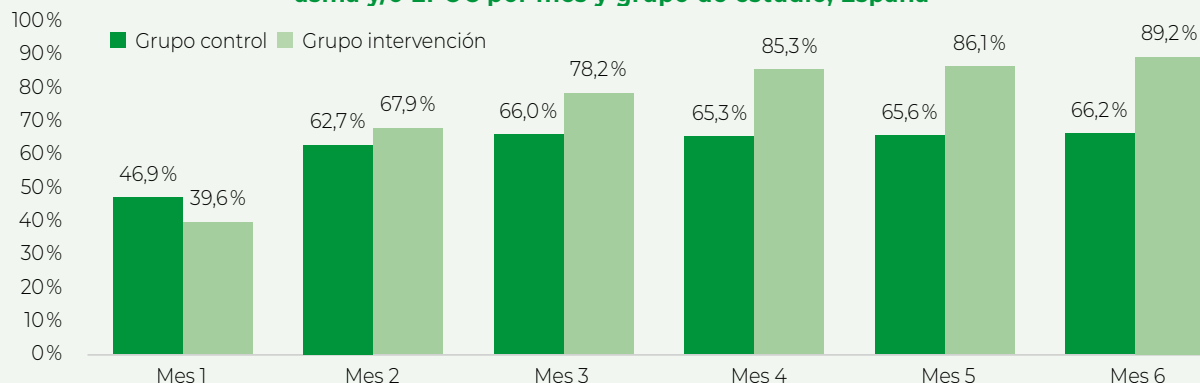
Tras una fase piloto inicial, el estudio principal se desarrolló en farmacias comunitarias de distintas comunidades autónomas y permitió evaluar la evolución de la adherencia a lo largo de seis meses de seguimiento. Los resultados mostraron una mejora progresiva y sostenida de la adherencia en el grupo de intervención frente al grupo control, con un incremento especialmente marcado a partir de los primeros meses de implementación del servicio. Al

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

finalizar el seguimiento, la proporción de pacientes adherentes en el grupo de intervención alcanzó valores claramente superiores a los observados en el grupo control, tal y como se puede apreciar en la Figura 12¹¹⁸.

Figura 12

Prevalencia de la adherencia terapéutica a medicamentos frente a la hipertensión arterial, asma y/o EPOC por mes y grupo de estudio, España



Nota interpretativa: La figura permite visualizar de forma comparativa la divergencia progresiva entre el grupo de intervención y el grupo control a lo largo del seguimiento, mostrando que las diferencias en adherencia no solo se mantienen, sino que se amplían con el tiempo. Esta evolución sugiere que el efecto asociado a la intervención farmacéutica se consolida a medida que avanza el seguimiento, reforzando la importancia de intervenciones sostenidas en el tiempo para la mejora de la adherencia terapéutica.

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) (2019)¹¹⁸

Otra iniciativa destacada en España es el programa ADHIÉRETE, desarrollado en el marco de la Red de Investigación en Farmacia Comunitaria de la Organización Farmacéutica Colegial. Este programa se dirigió a pacientes mayores, crónicos y polimedicados con dificultades de adherencia, y se basó en la prestación de servicios de Atención Farmacéutica apoyados en SPD y en el uso de una aplicación móvil específica. La intervención, desarrollada en farmacias de distintas provincias, permitió evaluar la evolución de la adherencia a lo largo de varias visitas de seguimiento.

Los resultados del programa ADHIÉRETE mostraron un incremento significativo de la adherencia terapéutica tras la intervención farmacéutica, partiendo de niveles muy bajos al inicio del programa y alcanzando valores elevados al final del seguimiento. Estos hallazgos refuerzan el papel de las estrategias estructuradas y personalizadas desarrolladas desde la farmacia comunitaria para mejorar la adherencia en poblaciones con alta complejidad terapéutica. Concretamente, la adherencia aumentó significativamente del 35% en la tercera visita al 75,7% en la visita final, partiendo de un 0% de pacientes cumplidores en la visita inicial¹¹⁹.

La adherencia terapéutica sigue siendo un desafío importante^{93,94}. La falta de adherencia aumenta la progresión de la enfermedad, la morbilidad y el riesgo de complicaciones^{95,96}. Las farmacias comunitarias, por su proximidad y contacto frecuente con los pacientes, pueden identificar barreras y ofrecer seguimiento personalizado, mejorando la adherencia en patologías crónicas como diabetes, hipertensión, asma, EPOC y enfermedades cardiovasculares^{78,97-104}. Intervenciones farmacéuticas estructuradas, que incluyen educación, entrevistas individualizadas y recordatorios, han mostrado mejoras significativas en la adherencia y en el control clínico^{108,109}. Programas nacionales e internacionales, como el New Medicine Service en Reino Unido y los proyectos españoles AdherenciaMED y ADHIÉRETE, confirman que la intervención de la farmacia comunitaria aumenta notablemente la adherencia, con beneficios clínicos, económicos y sociales^{106,118,119}.

3.4. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES

La prevención y la detección precoz de enfermedades constituyen pilares fundamentales de la salud pública, al permitir intervenir en fases tempranas de la enfermedad y reducir la aparición de complicaciones evitables. Desde una perspectiva de gestión sanitaria, estas actuaciones contribuyen a mejorar los resultados en salud y a optimizar el uso de los recursos del sistema, al disminuir la necesidad de intervenciones más complejas y costosas en etapas avanzadas de la enfermedad. En la práctica real, la efectividad de los programas de prevención y detección precoz depende en gran medida de la capacidad del sistema sanitario para alcanzar a la población, especialmente a aquellos grupos con menor contacto habitual con otros niveles asistenciales. En este contexto, la farmacia comunitaria, por su capilaridad territorial, accesibilidad y contacto frecuente con la ciudadanía, se configura como un entorno especialmente adecuado para apoyar y complementar las estrategias de prevención y detección precoz impulsadas desde las autoridades sanitarias.

En los últimos años se han publicado múltiples estudios y revisiones sistemáticas que analizan la efectividad de distintas intervenciones de salud pública desarrolladas desde las farmacias comunitarias¹²⁰⁻¹²⁸. Estas actuaciones incluyen programas para dejar de fumar^{120,121,125}, iniciativas de promoción de la salud y control del peso^{120,126}, actividades de cribado de enfermedades^{122,127-129}, la dispensación de anticonceptivos hormonales de emergencia¹³⁰⁻¹³² y servicios de vacunación e inmunización^{123,133,134}. En conjunto, estas intervenciones han mostrado resultados positivos, resumidos de forma esquemática en la Figura 13, y se consideran opciones viables y bien aceptadas por los pacientes¹²².

Figura 13



3.4.1. Cesación tabáquica

En el ámbito de los programas de prevención en salud pública, la cesación tabáquica constituye una de las intervenciones con mayor impacto potencial sobre la salud de la población y sobre la reducción de la carga asistencial asociada a enfermedades evitables. En este contexto, la farmacia comunitaria ha demostrado capacidad

para actuar como un punto de acceso cercano y accesible para el desarrollo de intervenciones de apoyo al abandono del tabaco.

La solidez de la evidencia que respalda estas intervenciones se refleja en una revisión sistemática Cochrane, que analizó siete ensayos aleatorizados con un total de 1.774 participantes y comparó intervenciones conductuales intensivas impartidas por personal farmacéutico específicamente formado frente a intervenciones mínimas o menos intensivas. El metaanálisis, que incluyó seis estudios con 1.614 participantes, mostró un efecto significativo a favor de las intervenciones desarrolladas en la farmacia comunitaria, con más del doble de probabilidades de lograr la abstinencia mantenida a los seis meses o más de seguimiento en comparación con los grupos control¹³⁵. Estos resultados ponen de manifiesto la efectividad de las intervenciones estructuradas de cesación tabáquica cuando se integran en el entorno de la farmacia comunitaria.

A esta evidencia internacional se suman experiencias desarrolladas en el contexto español. Un estudio reciente evaluó un programa de cesación tabáquica basado en la intervención directa del farmacéutico comunitario, que incluyó la realización de pruebas de adicción, motivación y consumo para clasificar a los pacientes y adaptar el seguimiento a sus características individuales. Los resultados mostraron tasas de éxito elevadas, especialmente en pacientes que afrontaban su primer intento de abandono del tabaco, lo que pone de relieve la importancia de la intervención temprana y del acompañamiento personalizado¹²⁵.

3.4.2. Identificación y corrección de errores de medicación

La identificación y corrección de errores de medicación constituye una de las intervenciones clave en materia de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos evitables. Estos errores, que pueden producirse en distintas fases del proceso terapéutico, tienen un impacto relevante sobre la morbilidad, la continuidad del tratamiento y la utilización de recursos sanitarios, especialmente en pacientes crónicos o polimedicados.

El conjunto de estudios, revisiones sistemáticas y metaanálisis disponibles pone de manifiesto el papel relevante de los farmacéuticos comunitarios en la detección y corrección de errores de medicación, así como su contribución a la mejora de la seguridad y continuidad del tratamiento en la práctica real¹³⁶⁻¹⁴¹.

Estas intervenciones resultan especialmente relevantes en contextos de transición entre niveles asistenciales, donde el riesgo de errores de medicación, mayoritariamente detectados en el ámbito de la de discrepancias terapéuticas y errores relacionados con la prescripción y el uso de los medicamentos, es mayor.

En el contexto español, un ejemplo representativo de este tipo de actuaciones es el estudio desarrollado a través de la red de farmacias centinela catalana (Catalan SePhaNet), un modelo de vigilancia integrado en el sistema sanitario que permite a los farmacéuticos comunitarios participar activamente en la detección, notificación e intervención sobre eventos relacionados con la medicación. Durante un periodo de tres años, la red recopiló y analizó 1.394 notificaciones a atención primaria y asociados a prescripciones incorrectas, incompletas, ilegibles o verbales. En más de dos tercios de los casos, la intervención del farmacéutico evitó que el error alcanzara al paciente, lo que pone de relieve la capacidad de la farmacia comunitaria para actuar de forma preventiva y reducir riesgos asociados al tratamiento farmacológico¹³⁸.

En este ámbito, destaca la labor desempeñada por la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid, pionera en España en la identificación, notificación y resolución de errores de medicación. Se trata de una experiencia consolidada, con datos disponibles desde su creación en 2005, que ha comunicado más de 8.000 notificaciones relacionadas con errores de medicación a lo largo de su trayectoria¹⁴¹.

Además de su papel en la seguridad de la medicación y en la mejora del conocimiento del tratamiento por parte del paciente, la farmacia comunitaria ha demostrado también su contribución en la prevención y el control de factores de riesgo cardiovascular. En este sentido, en el año 2021, un total de 231 farmacias españolas participaron

en una iniciativa de evaluación del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad en personas con riesgo de hipercolesterolemia. Como resultado de esta intervención, cerca del 40% de los participantes fueron derivados a su médico o especialista para valoración clínica. Asimismo, en más del 20% de los casos se inició algún tipo de intervención terapéutica, ya fuera mediante tratamiento prescrito por el médico de familia, fundamentalmente estatinas, o mediante la recomendación farmacéutica de complementos alimenticios destinados al mantenimiento de los niveles de colesterol¹⁴².

3.4.3. Actividades de inmunización

Las actividades de inmunización constituyen una de las intervenciones más eficaces y eficientes en salud pública para la prevención de enfermedades transmisibles y la reducción de la morbilidad asociada. No obstante, alcanzar coberturas vacunales adecuadas continúa siendo un reto en determinados grupos de población, condicionado por factores como la percepción del riesgo, el acceso a los servicios sanitarios o la falta de seguimiento del estado vacunal.

En este contexto, el farmacéutico comunitario ocupa una posición estratégica dentro del sistema sanitario, al ser uno de los primeros profesionales sanitarios con los que entra en contacto la población y uno de los últimos antes de iniciar un programa de salud o un tratamiento farmacológico. Esta posición, unida a la elevada confianza que la ciudadanía deposita en los farmacéuticos, facilita su papel en la educación sanitaria, la provisión de información fiable y la mejora del acceso a servicios vinculados a la inmunización^{19,143}.

En el ámbito europeo, la farmacia comunitaria está adquiriendo un papel cada vez más relevante en los programas de inmunización, impulsado por una mayor confianza de las autoridades sanitarias en la capacidad de los farmacéuticos para apoyar las estrategias de prevención y mejorar las coberturas vacunales. Tradicionalmente, la participación de la farmacia comunitaria se ha centrado en la provisión segura de vacunas, el asesoramiento a la ciudadanía y el refuerzo de mensajes de salud pública. Sin embargo, en los últimos años se observa una evolución hacia modelos más activos, en los que los farmacéuticos participan también en la identificación de grupos de riesgo, la comprobación del estado vacunal y el acompañamiento de los pacientes para favorecer el cumplimiento de los calendarios de vacunación¹⁴⁴.

Actualmente, un número creciente de países europeos permite que los farmacéuticos comunitarios administren determinadas vacunas en sus propias oficinas de farmacia, principalmente frente a la gripe y la COVID-19. En varios de estos países, esta capacidad se ha ampliado además a otras vacunas, como neumococo, herpes zóster, hepatitis A y B, meningococo, tétanos, varicela, vacunas del viajero o rotavirus, lo que incrementa de forma notable la capacidad preventiva de la red de farmacias comunitarias (Figura 14)¹⁴⁴.

Más allá del contexto europeo, la evidencia internacional disponible respalda de forma consistente el impacto positivo de la participación del farmacéutico comunitario en los programas de inmunización. Una revisión sistemática y metaanálisis reciente, que analizó ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales realizados en distintos países y entornos asistenciales, mostró que la implicación activa de los farmacéuticos como administradores de vacunas, promotores de la vacunación o combinando ambas funciones se asocia con un incremento significativo de las tasas de vacunación frente a distintas inmunizaciones, incluyendo gripe, neumococo, herpes zóster y tétanos-difteria-tosferina. Estos resultados refuerzan la evidencia de que la participación del farmacéutico comunitario puede contribuir de forma efectiva a mejorar las coberturas vacunales en la práctica real¹³³.

Mapa de países europeos con vacunación en farmacias



La detección precoz de enfermedades constituye un elemento clave de las estrategias de prevención secundaria, al permitir identificar de forma temprana patologías o factores de riesgo antes de que se manifiesten clínicamente o evolucionen hacia fases más avanzadas. Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, la participación de la farmacia comunitaria en programas de detección precoz puede contribuir a reducir retrasos diagnósticos y a mejorar la continuidad asistencial. La identificación temprana de enfermedades o factores de riesgo permite iniciar intervenciones preventivas o terapéuticas en fases más tempranas, con potencial impacto en la reducción de complicaciones y en la optimización del uso de recursos sanitarios y humanos.

En los apartados siguientes se revisa la contribución de la farmacia comunitaria a la detección precoz de distintas patologías, analizando la evidencia disponible y su relevancia para el sistema sanitario.

3.4.4.1. Diabetes mellitus tipo 2

La detección precoz de la DM2 constituye un elemento clave para prevenir o retrasar la aparición de complicaciones microvasculares y macrovasculares asociadas a la enfermedad. Sin embargo, una proporción relevante de personas con DM2 permanece sin diagnosticar durante años, especialmente en fases iniciales, lo que limita la oportunidad de intervenir de forma temprana mediante cambios en el estilo de vida o tratamiento farmacológico.

En este contexto, la farmacia comunitaria está adquiriendo un papel cada vez más relevante en la identificación precoz de personas con riesgo de desarrollar DM2 y en la detección de casos no diagnosticados. Su accesibilidad y contacto frecuente con la población facilitan la implementación de programas de cribado basados en la evaluación de factores de riesgo y en la realización de pruebas sencillas en el punto de atención, permitiendo identificar de forma temprana situaciones que requieren valoración clínica.

La evidencia internacional respalda la efectividad de estos enfoques. Una revisión sistemática reciente publicada (2025) analizó 33 estudios realizados en 13 países que evaluaron intervenciones de cribado comunitario para la detección de DM2 mediante herramientas de evaluación del riesgo y pruebas de glucosa en el punto de atención. Las intervenciones se desarrollaron en diversos entornos comunitarios, incluyendo farmacias, centros religiosos y unidades móviles, con una proporción relevante de programas implementados en oficinas de farmacia. Tras el proceso de cribado, la gran mayoría de los programas incluyó la derivación de los participantes con resultados alterados a atención primaria para confirmación diagnóstica y seguimiento clínico, lo que pone de manifiesto la integración de estos programas en los circuitos asistenciales habituales⁵⁰.

En el contexto español, destaca la experiencia acumulada de las campañas de cribado del riesgo de diabetes promovidas por la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) entre los años 2014 y 2021. Un análisis descriptivo acumulativo de estas campañas, realizado por Fornos-Pérez et al., incluyó a 12.402 personas adultas no diagnosticadas previamente de diabetes, evaluadas en farmacias comunitarias mediante el cuestionario FINDRISC. Los resultados muestran que una cuarta parte de los participantes presentaba un riesgo alto o muy alto de desarrollar DM2, y que aproximadamente uno de cada siete fue derivado al médico para su valoración clínica¹⁴⁵.

3.4.4.2. Enfermedades cardiovasculares

La detección precoz de enfermedades cardiovasculares y de sus principales factores de riesgo constituye un elemento clave para reducir la carga de morbilidad asociada a estas patologías. En este ámbito, la evidencia internacional muestra que la farmacia comunitaria desempeña un papel relevante en la identificación temprana de alteraciones cardiovasculares, como la fibrilación auricular y la hipertensión arterial, así como en la detección de factores de riesgo asociados.

Un ejemplo de ello es un estudio multicéntrico realizado en 2022 en Francia, que incluyó 54 farmacias comunitarias y 4.208 personas de 65 años o más, en el que se empleó un dispositivo portátil de electrocardiografía para el cribado de fibrilación auricular. La tasa de cribado en este grupo de edad fue del 17,2%, identificándose un 4,47% de resultados positivos. De estos, un 2,78% correspondió a fibrilación auricular confirmada y un 1,26% a casos previamente no diagnosticados. El estudio identificó la edad avanzada, el sexo masculino y un mayor riesgo según la escala CHA₂DS₂-VAScⁱ como predictores independientes de fibrilación auricular no conocida, lo que refuerza el valor del cribado oportunista en entornos accesibles como la farmacia comunitaria¹⁴⁶.

En el contexto español, un estudio piloto desarrollado en farmacias comunitarias de la provincia de Toledo evaluó la detección y prevención del riesgo cardiovascular en una población amplia de usuarios. En este estudio participaron 12 farmacias comunitarias y se incluyeron 385 pacientes, de los cuales más del 60% no presentaba un diagnóstico

ⁱ Escala de riesgo CHA₂DS₂-VASc: herramienta clínica utilizada para estimar el riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular. La puntuación se calcula a partir de la presencia de insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad (≥75 años o entre 65-74 años), diabetes mellitus, antecedente de ictus o accidente isquémico transitorio, enfermedad vascular y sexo femenino.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

previo de patología crónica. A través de la evaluación de distintos parámetros clínicos y de riesgo, se identificó que un 3,9% de los participantes presentaba un riesgo alto o muy alto de enfermedad cardiovascular, y que un 20,2% mostraba un riesgo elevado de desarrollar DM2 en los diez años siguientes. Entre los pacientes sin diagnóstico previo, una proporción elevada presentaba indicadores alterados de presión arterial, glucemia o colesterol, lo que permitió identificar situaciones de riesgo no conocidas y facilitar la derivación a atención primaria o el seguimiento desde la propia farmacia mediante intervenciones higiénico-dietéticas. Los principales resultados del cribado de riesgo cardiovascular y metabólico identificado en este estudio se resumen en la Tabla 5, donde se presentan los perfiles de riesgo detectados y las actuaciones realizadas desde la farmacia comunitaria¹⁴⁷.

Tabla 5 Resultados del estudio piloto realizado desde la farmacia comunitario en Toledo en detección de pacientes con riesgo cardiovascular

FACTORES DE RIESGO	% PACIENTES	% DERIVADO AP	% SF
Niveles alterados de glucemia	28,3%	4,9%	23,4%
Niveles de colesterol alterados	60,2%	4,4%	55,8%
Nota: AP: atención primaria. SF: seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria			
Fuente: elaboración propia partir de Colegio de Farmacéuticos de Toledo (2017) ¹⁴⁷			

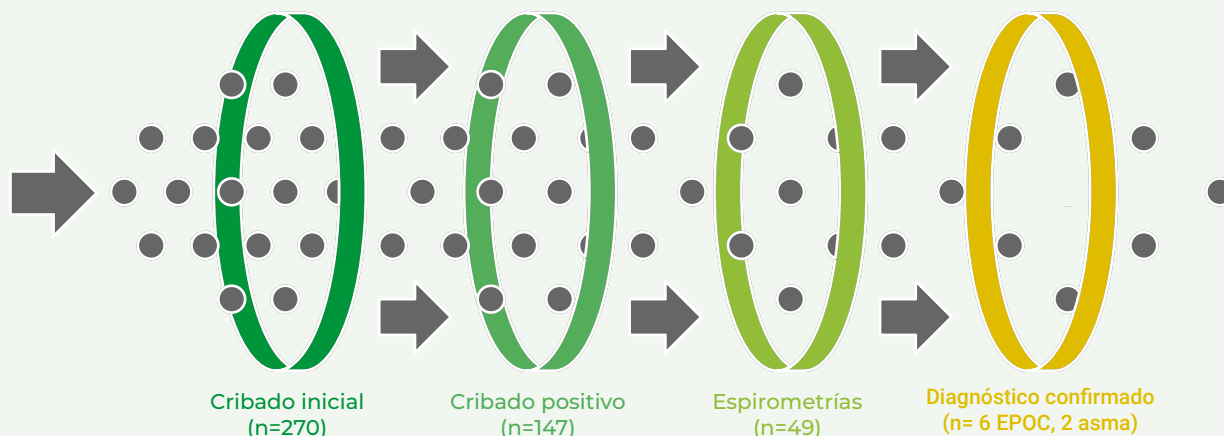
Asimismo, otro estudio descriptivo realizado en España en 2023 analizó la utilidad del cribado cardiovascular en farmacias comunitarias en mujeres perimenopáusicas de entre 45 y 55 años, un grupo con riesgo cardiovascular específico y frecuentemente infravalorado. En esta intervención se evaluaron parámetros como colesterol, tensión arterial y medidas antropométricas, junto con factores de riesgo cardiovascular generales y específicos de la mujer. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de hipertensión y de niveles elevados de colesterol, así como la presencia de al menos un factor de riesgo relevante en todas las participantes. Este estudio refuerza la utilidad de la farmacia comunitaria como punto de detección temprana y de apoyo en la identificación y gestión inicial de factores de riesgo cardiovascular en poblaciones específicas¹⁴⁸.

3.4.4.3. Asma y EPOC

La detección precoz de enfermedades respiratorias crónicas, como el asma y la EPOC, constituye un reto relevante de salud pública, dado que se trata de patologías frecuentemente infradiagnosticadas, especialmente en fases iniciales. El retraso diagnóstico limita la posibilidad de intervenir de forma temprana y contribuye a una mayor carga de síntomas, exacerbaciones y utilización de recursos sanitarios evitables.

En España, el proyecto Respirafarma, desarrollado en farmacias comunitarias de Madrid, tiene como objetivo principal identificar casos de EPOC en personas mayores de 35 años. Se realizaron cuestionarios de síntomas y antecedentes de tabaquismo, para la detección de casos de EPOC (test COPD-PS) y espirometrías con espirómetro portátil. Aquellos con puntuaciones positivas o alteraciones espirométricas fueron derivados a neumología. De 270 pacientes evaluados, el 54,5% presentó cribados positivos. Se realizaron 49 espirometrías (19 en el hospital y el resto en las oficinas de farmacia), confirmándose 6 casos de EPOC y 2 de asma. Participaron 26 farmacéuticos formados mediante talleres y sesiones presenciales y telemáticas. El estudio mostró que el cribado en farmacias comunitarias es eficaz, reforzando el papel del farmacéutico y la colaboración interdisciplinar en la mejora de la salud respiratoria. Estos resultados se reflejan en la Figura 15⁹².

Figura 15

Flujo del cribado de pacientes realizado en el proyecto Respirafarma, asma y EPOC, España


Fuente: elaboración propia a partir de Sánchez et al., (2025)⁹²

3.4.4.4. Enfermedades transmisibles

Además de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o la EPOC, las farmacias comunitarias han demostrado su potencial en la detección precoz de infecciones transmisibles, ampliando el acceso de la población a pruebas diagnósticas y facilitando la derivación a servicios de salud cuando es necesario. La accesibilidad y la cercanía de las farmacias permiten llegar a colectivos con riesgo elevado y reducir barreras que podrían limitar la realización de pruebas en otros entornos sanitarios.

En este contexto, la evidencia internacional muestra que la farmacia comunitaria puede actuar como un entorno accesible para la implementación de programas de cribado de enfermedades transmisibles, especialmente en poblaciones con riesgo elevado. Un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos evaluó la implantación de pruebas de cribado de infección por VIH y hepatitis C en 61 farmacias comunitarias de tres regiones, durante el periodo comprendido entre 2015 y 2018. En total, se realizaron 1.479 pruebas a 1.164 personas, identificándose resultados reactivos tanto para VIH como para hepatitis C. Los pacientes con resultados reactivos recibieron información educativa y fueron derivados para la confirmación diagnóstica y el seguimiento clínico correspondiente. Esta experiencia pone de manifiesto que la realización de pruebas de cribado en farmacias comunitarias permite identificar casos no diagnosticados en personas con riesgo elevado, combinando la facilidad de acceso al servicio con circuitos de derivación adaptados a la realidad asistencial de cada comunidad¹⁴⁹.

En España, Fernández-Balbuena et al. analizaron los resultados de tres programas de cribado de VIH desarrollados en farmacias comunitarias del País Vasco, Cataluña y Castilla y León entre los años 2009 y 2013. En total, se realizaron 24.151 pruebas rápidas de VIH en 74 farmacias comunitarias, identificándose 226 resultados reactivos, lo que corresponde a una prevalencia del 0,9%. Durante el periodo de estudio, estos programas representaron el 10,6% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en las regiones participantes. El estudio describe que una parte de las personas que accedieron al cribado no se había realizado pruebas previas de VIH, lo que permitió identificar casos no diagnosticados mediante la intervención en farmacia comunitaria¹⁵⁰.

La farmacia comunitaria también desempeña un papel clave en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ofreciendo educación sanitaria, identificación de factores de riesgo y seguimiento individualizado. Diversas intervenciones han mostrado efectividad en cesación tabáquica¹²¹, control del peso¹²⁶, cribado de enfermedades¹⁵⁰, y servicios de vacunación¹⁴⁴. Estos programas son bien aceptados por los pacientes y contribuyen a mejorar la salud pública. En cuanto a la detección precoz, los farmacéuticos comunitarios participan activamente en cribados de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, como hipertensión, hipercolesterolemia y DM2, derivando a atención primaria o ajustando medidas preventivas según el riesgo individual^{142,147,148}. Asimismo, las farmacias comunitarias han demostrado su utilidad para el cribado de enfermedades transmisibles, como la infección por VIH y la hepatitis C, ampliando el acceso a pruebas diagnósticas y contribuyendo a la identificación de casos no diagnosticados en la población general^{149,150}.

4

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL



4.1. INTRODUCCIÓN EJECUTIVA

Mucho más allá de su función tradicional de dispensación de medicamentos, la farmacia comunitaria se ha consolidado como un espacio de atención sanitaria de proximidad, accesible y profundamente integrado en la vida cotidiana de las personas¹⁵¹. Su principal aporte social reside en una combinación difícilmente replicable por otros organismos: cercanía, confianza, continuidad asistencial y capacidad de respuesta inmediata a necesidades de salud y sociales muy diversas.

La evidencia recogida a lo largo de este capítulo demuestra de forma consistente que la intervención del farmacéutico comunitario mejora de manera significativa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente en personas con enfermedades crónicas, pacientes polimedicados, población mayor y colectivos en situación de vulnerabilidad. Servicios como el seguimiento farmacoterapéutico, la gestión de la adherencia, la educación sanitaria o el acompañamiento en hábitos de vida saludable se traducen en mejores resultados en salud, mayor autonomía personal y una reducción de problemas de salud no controlados. Estas mejoras no solo impactan en indicadores clínicos, sino también en la percepción subjetiva de bienestar, seguridad y control de la propia salud por parte de los pacientes.

La evidencia internacional analizada muestra un patrón sólido y coherente sobre el valor social de las actividades y servicios prestados por las farmacias comunitarias, con resultados que presentan una elevada similitud con los observados en España. En países como Portugal, Reino Unido, Australia, Francia, Irlanda o Estados Unidos, las intervenciones desarrolladas desde las farmacias comunitarias se asocian de forma consistente con mejoras en la CVRS, ganancias en años de vida ajustados por calidad (AVAC), reducción del uso de recursos sanitarios (que se analizan con más detalle en el capítulo 5) y altos niveles de satisfacción por parte de los pacientes. Estos resultados son plenamente extrapolables a España, donde la estructura de la farmacia comunitaria, su capilaridad territorial y su papel asistencial presentan características muy similares, y donde los estudios nacionales replican prácticamente los mismos beneficios.

La satisfacción del paciente emerge como otro de los grandes ejes del valor social de la farmacia comunitaria. Una experiencia positiva refuerza la adherencia a los tratamientos, mejora la eficiencia del sistema sanitario y fomenta la aceptación de los nuevos servicios profesionales. Los estudios analizados reflejan niveles elevados y sostenidos de satisfacción, vinculados a la accesibilidad del farmacéutico, la calidad de la información recibida, el trato personalizado y la relación de confianza construida a lo largo del tiempo.

Aquí, la experiencia tanto internacional como la nacional coinciden en señalar a la farmacia comunitaria como uno de los dispositivos sanitarios mejor valorados por su accesibilidad, rapidez y trato personalizado. Programas como la vacunación en farmacias comunitarias o los servicios de atención a dolencias menores obtienen valoraciones sobresalientes en distintos países, un fenómeno que encuentra un claro paralelismo en España, donde la población muestra una elevada aceptación de estos modelos y una creciente confianza en el farmacéutico como agente sanitario.

Además, las farmacias comunitarias son esenciales para materializar el derecho constitucional a la salud, sobre todo en las áreas rurales, donde no siempre hay centros de salud, obligando a las personas a desplazarse hacia núcleos más poblados para poder ser atendidas. En muchos municipios pequeños y dispersos, la farmacia es el recurso sanitario más cercano, (y en ocasiones el único) para una población envejecida y con dificultades de movilidad. Su presencia garantiza la continuidad asistencial, reduce desplazamientos innecesarios, facilita la detección precoz de problemas de salud y actúa como red de apoyo frente a la soledad no deseada y otras situaciones de vulnerabilidad social. Además, las farmacias rurales contribuyen a fijar población, generar empleo y avanzar hacia un modelo de atención más sostenible también desde el punto de vista medioambiental. Este enfoque resulta especialmente relevante para España, un país con amplias zonas rurales envejecidas y dispersas, donde la farmacia comunitaria actúa como elemento clave de cohesión territorial y acceso equitativo a la atención sanitaria, replicando dinámicas ya observadas en otros sistemas sanitarios comparables.

A continuación, se presentan los principales hallazgos identificados en la literatura sobre el valor de la farmacia comunitaria desde una perspectiva social, fundamentado en la mejora de la calidad de vida, la satisfacción del paciente derivada de los servicios recibidos, así como del valor aportado por las farmacias comunitarias en las zonas rurales, tanto a nivel internacional como en España.

4.2. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Existen numerosos estudios que ejemplifican en qué medida los servicios facilitados por las farmacias comunitarias mejoran la calidad de vida de sus usuarios. Este apartado reúne la evidencia más sólida encontrada en la literatura con relación a la mejora de la calidad de vida de los pacientes que acuden a las farmacias comunitarias. Dado que la evidencia científica cuantifica el impacto de estas intervenciones sobre la vida de los pacientes, conviene recordar la definición del elemento principal cuantificado: la CVRS. Esta se refiere al impacto que la enfermedad y/o su tratamiento tiene sobre la vida cotidiana del paciente. Se trata de una medida autorreportada que va más allá de la simple valoración de la gravedad de los síntomas o de los efectos adversos del tratamiento. Los principales instrumentos de medición de la CVRS se basan en encuestas, entre las que destacan SF-36/SF-12^{i 152} y EQ-5D/EQ-VAS^{ii 153}. Se ha demostrado mediante modelos comparativos internacionales, que las farmacias comunitarias explican hasta el 8,3 % de las ganancias totales en CVRS de la población con patologías crónicas¹⁵⁴. Ya que la CVRS es un concepto multidimensional, la sección se subdivide en los siguientes apartados (Figura 16), identificados como los puntos clave:

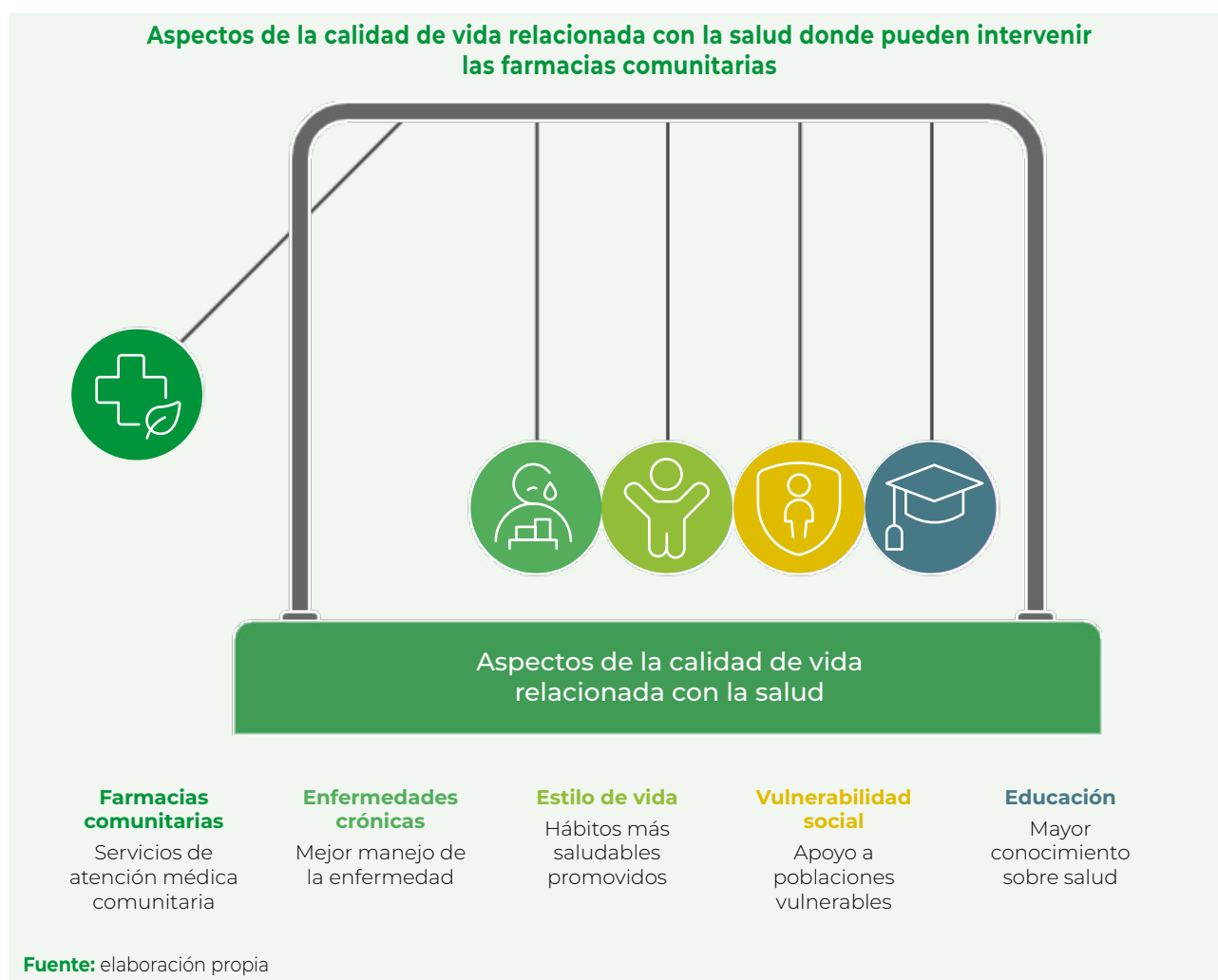
- a) Pacientes con enfermedades crónicas: debido a su mayor prevalencia, mayor consumo de medicamentos y mayor riesgo de problemas relacionados con los mismos, así como un mayor impacto general sobre la calidad de vida.
- b) Pacientes con otras patologías: aunque el impacto individual sobre la CVRS puede ser más modesto que en la cronicidad, su relevancia es alta por el elevado volumen de consultas que presentan, la capacidad de resolución sin derivación médica y el efecto agregado sobre la eficiencia del sistema sanitario.
- c) Cesación tabáquica: la CVRS no depende únicamente de la ausencia o presencia de enfermedad, también de los determinantes conductuales de la salud. Intervenciones como la cesación tabáquica, la promoción de hábitos saludables o el autocuidado tienen un impacto directo en la percepción de bienestar, efectos preventivos a medio y largo plazo y un elevado retorno social.
- d) Identificación y corrección de errores de la medicación: la educación sanitaria es un mecanismo transversal de mejora de la CVRS, al reducir errores de medicación, eventos adversos y problemas de salud no controlados. Dado que muchas intervenciones de las farmacias comunitarias combinan asistencia y educación, esta subsección permite identificar el valor añadido del conocimiento y aislar su efecto sobre la calidad de vida.
- e) Vulnerabilidad social: la inclusión de este bloque responde a la magnitud del impacto que, situaciones como la violencia de género, la soledad no deseada o la sobrecarga del cuidador pueden tener en la dimensión social y emocional, que afectan considerablemente a la CVRS.

ⁱ SF-36 / SF-12: cuestionarios genéricos de salud relacionada con la calidad de vida, donde el SF-36 (con 36 ítems) explora 8 dimensiones de salud y el SF-12 es una versión reducida (12 ítems, extraídos del SF-36). Ambos han demostrado ser buenos predictores de ingresos hospitalarios y mortalidad.

ⁱⁱ EQ-5D / EQ-VAS: el EQ-5D es un cuestionario genérico, autoadministrado y sencillo, que describe el estado de salud en cinco dimensiones (movilidad; autocuidado; actividades habituales; dolor/molestias; ansiedad/depresión) ponderado desde el 0 al 1, siendo el valor 1 una salud perfecta. El EQ-VAS es una escala visual analógica (adjunta al EQ-5D), donde el encuestado evalúa su salud global en ese momento mediante un valor de 0 a 100. Estos cuestionarios aportan información sobre el rendimiento físico y mental de los pacientes, cuya disminución suele estar asociada a un deterioro del estado de salud autopercebido, lo que puede anticipar la aparición de eventos adversos.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

Figura 16



4.2.1. Pacientes con enfermedades crónicas

Las intervenciones desarrolladas desde las farmacias comunitarias demuestran un impacto claro y consistente en la mejora de la calidad de vida de los pacientes crónicos. El seguimiento farmacoterapéutico, la gestión de la adherencia y los programas específicos para patologías como hipertensión, diabetes, EPOC, asma o enfermedades mentales generan mejoras significativas en la CVRS y reducen problemas de salud no controlados. La evidencia disponible confirma que la farmacia comunitaria es un aliado clave en el abordaje integral y continuado de la cronicidad, especialmente en mayores de 60 años con múltiples patologías¹⁵⁵. Para ejemplificar estas afirmaciones, recorreremos en primera instancia las evidencias disponibles en el panorama internacional y, posteriormente, la evidencia nacional.

4.2.1.1. Evidencia internacional

Un dato esclarecedor sobre el beneficio en la calidad de vida de los usuarios de las farmacias comunitarias con patologías crónicas lo proporciona un estudio hecho en Portugal, que cuantificó, a través de un modelo de decisión, la contribución social de las farmacias comunitarias bajo dos escenarios (“con servicio” y “sin servicio”).

Entre los servicios incluidos en el escenario “con servicio” se incluyen algunos como:

- **Revisión de la medicación:** servicio profesional que evalúa de forma sistemática todos los medicamentos que utiliza el paciente para detectar problemas de seguridad, efectividad o adecuación. Permite optimizar el tratamiento y mejorar los resultados en salud.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

- Conciliación de la medicación: servicio que revisa y coordina los tratamientos del paciente en transiciones asistenciales para evitar duplicidades, omisiones o interacciones. Garantiza la continuidad y seguridad del tratamiento farmacológico.
- Programas de adherencia terapéutica: intervenciones estructuradas destinadas a mejorar el cumplimiento de los tratamientos mediante seguimiento, educación sanitaria y apoyo personalizado. Contribuyen a optimizar los resultados en salud y reducir complicaciones evitables.
- Sistema Personalizado de Dosificación: servicio que organiza la medicación del paciente en dispositivos adaptados a su pauta terapéutica. Facilita la correcta toma de los medicamentos, especialmente en pacientes crónicos o polimedicados.
- Indicaciones farmacoterapéuticas: servicio mediante el cual el farmacéutico orienta al paciente en el uso adecuado de medicamentos para síntomas leves, siguiendo protocolos establecidos. Favorece un manejo seguro y eficaz de problemas de salud frecuentes.

Según este análisis, las farmacias comunitarias aportaban el 8,3 % de las ganancias en CVRS, y este valor se podría incrementar en un 6,9 % adicional mediante la implementación de nuevos servicios potenciales en las farmacias comunitarias. Para las enfermedades crónicas, los servicios profesionales específicos más valorados fueron los de la hipertensión y la diabetes. En cuanto a los servicios potenciales futuros, el mejor valorado fue la conciliación de medicamentos¹⁵⁴.

Estos servicios proporcionados desde las farmacias comunitarias también reducen de forma notable las visitas médicas, las urgencias y las hospitalizaciones, generando un alto valor social y un uso más eficiente del sistema sanitario (Tabla 6), como queda demostrado en la evidencia recogida en el Capítulo 5.

Tabla 6 Incremento en la CVRS con los actuales servicios y nuevos servicios potenciales en las farmacias comunitarias de Portugal

ESCENARIOS DEL MODELO	SERVICIOS ACTUALES			FUTUROS SERVICIOS POTENCIALES		
	CON SERVICIO	SIN SERVICIO	DIFERENCIA	CON SERVICIO*	SIN SERVICIO*	DIFERENCIA
Población cubierta	4.180.190	4.180.190	0	1.724.274	1.724.274	0
CVRS	0,813	0,751	0,062 (+8,3%)	0,684	0,640	0,044 (+6,9%)
Número de AVAC	3.399.191	3.138.946	260.245	1.178.882	1.103.242	75.640
Uso de recursos sanitarios (n)	20.818.175	23.872.706	-5.991.108	8.079.565	8.443.250	-363.685
Visitas al médico (n)	17.881.598	23.872.706	-5.991.108	6.848.352	7.211.960	-363.608
Visitas a emergencia (n)	2.871.217	2.893.271	-22.054	1.215.835	1.215.873	-38
Hospitalizaciones (n)	65.359	87.768	-22.409	15.379	15.417	-38

Nota 1: CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; AVAC: años de vida ajustados por calidad.

Nota 2: *El tamaño de población cubierta con los futuros servicios potenciales representa el incremento extra con respecto a las personas ya cubiertas.

Nota interpretativa: Los servicios profesionales prestados desde las farmacias comunitarias en Portugal se asocian a una mejora relevante de la calidad de vida relacionada con la salud, con incrementos del 8,3% con los servicios actuales y del 6,9% adicionales con nuevos servicios potenciales. Estas mejoras se traducen en más años de vida ajustados por calidad y en una reducción significativa del uso de recursos sanitarios, especialmente visitas médicas, urgencias y hospitalizaciones.

Fuente: Félix J. et al., (2017)¹⁵⁴

Desde Reino Unido, también se ha demostrado que los planes de atención personalizados desde las farmacias comunitarias para adultos con enfermedades crónicas como la hipertensión, asma, diabetes o EPOC mejoran la calidad de vida de sus pacientes. Esta mejora se debe fundamentalmente a la labor del farmacéutico en términos de seguimiento del tratamiento, la educación en el uso correcto de la medicación e inhaladores, resolución de dudas de manera instantánea y detección de los problemas incipientes de manera precoz¹⁵⁶.

Las personas mayores de 50 años, polimedicadas y con al menos una enfermedad cardiovascular o diabetes también ven mejoras significativas en su CVRS en comparación con sus similares que no son intervenidos por las farmacias comunitarias. En estos casos, es de especial valor la revisión de la medicación y las consultas personalizadas cara a cara con el usuario, reportando como principal mejora de los usuarios una disminución en la sensación de dolor¹⁵⁷.

4.2.1.2. Evidencia nacional

A nivel nacional, también se encuentran resultados sólidos sobre el efecto de las intervenciones desde las farmacias comunitarias en la CVRS de pacientes crónicos. Proyectos impulsados por el CGCOF, como conSIGUE, demuestran cómo la provisión del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, un proceso asistencial continuado y personalizado, realizado por el farmacéutico comunitario y cuyo objetivo es asegurar que los medicamentos que utiliza el paciente sean necesarios, eficaces, seguros y correctamente utilizados, aumenta considerablemente la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas¹⁵⁸.

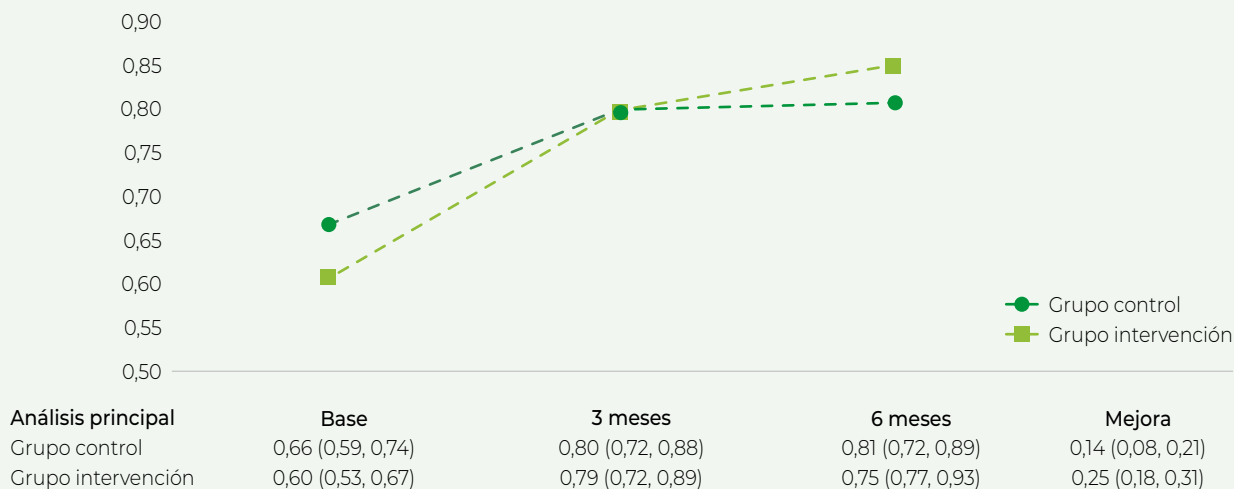
Las farmacias comunitarias también aumentan significativamente la calidad de vida de sus usuarios con enfermedades crónicas gracias a mejoras en la adherencia médica. Este incremento de adherencia y, por tanto, de calidad de vida, es especialmente sólido en personas mayores de 60 años con enfermedades crónicas y polimedicación, como evidencia el proyecto ADHIERETE, también impulsado por el CGCOF. Esta población mayor de 60 años aprecia especialmente el trato cercano, la disponibilidad inmediata y el acompañamiento cara a cara que ofrece el farmacéutico¹⁵⁵.

Estudios más recientes, como el realizado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Islas Baleares¹⁵⁹, el realizado por los farmacéuticos comunitarios de País Vasco¹⁶⁰, o el proyecto AdherenciaMED, confirman el valor de estas intervenciones desde las farmacias comunitarias en patologías crónicas como asma, EPOC, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Aquí, la principal labor distintiva del farmacéutico que determina la mejor calidad de vida de sus usuarios es la resolución de dudas concretas como instrucciones en el uso de inhaladores o toma de medicamentos, que hacen que el usuario se sienta más cómodo y seguro a la hora de tomar la medicación¹⁶¹.

En el ámbito de la salud mental, los farmacéuticos comunitarios desempeñan un papel clave en la detección temprana de trastornos psicológicos, así como un potencial de apoyo emocional y de intervención considerable. Lo hacen gracias al uso de herramientas de cribado y al contacto frecuente con los pacientes, lo que facilita identificar signos iniciales de depresión o ansiedad, además de presentarse como una fuente de autoridad de confianza y cercana. En concreto, se ha visto que, en pacientes bajo tratamiento antidepresivo, las intervenciones basadas en charlas educativas para mejorar el conocimiento de los pacientes sobre los antidepresivos y la concienciación sobre la importancia de la adherencia mejoran significativamente la CVRS de estos. Además, en pacientes con una actitud escéptica hacia la medicación, los farmacéuticos se encargan de reducir el estigma, tranquilizar al paciente sobre los posibles efectos secundarios y destacar la importancia de seguir los consejos de los médicos de cabecera (Figura 17)¹⁶².

Figura 17

Utilidad media de la intervención de las farmacias comunitarias basada en el EQ-5D (IC95%) a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento con antidepresivos



Nota: EQ-5D: EuroQol-5 Dimensiones - cuestionario estandarizado y genérico utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

Nota interpretativa: Se muestra una mejora progresiva de la calidad de vida en ambos grupos, superior en el control, tras iniciar el tratamiento con antidepresivos. Posteriormente esta ganancia es más marcada en el grupo de intervención, que alcanza valores superiores a los 6 meses. Esto sugiere un beneficio clínicamente relevante de la intervención.

Fuente: elaboración propia a partir de Rubio-Valera M. et al., (2013)¹⁶²

4.2.2. Pacientes con otras patologías

La farmacia comunitaria también contribuye de forma positiva a la calidad de vida en las patologías agudas leves y en problemas de salud frecuentes que no requieren atención médica directa, como dolores de cabeza, dolores musculares o resfriados comunes. Los servicios de atención a dolencias menores muestran mejoras, aunque más discretas, en la calidad de vida y en los resultados en salud, reforzando el papel de la farmacia como primer nivel asistencial y como filtro eficaz dentro del sistema sanitario.

4.2.2.1. Evidencia nacional

Se ha demostrado que los farmacéuticos comunitarios formados y con protocolos de gestión para cada síntoma específico de pacientes con dolencias menores generan mejoras en la calidad de vida en sus usuarios en relación a los pacientes con dolencias menores que no son intervenidos⁶⁰.

Como ejemplo, un problema de salud que se puede atajar sin atención médica directa es la deficiencia generalizada de vitamina D, siendo éste un problema de salud pública reconocido. Mantener niveles adecuados de esta vitamina se asocia con un menor riesgo de fracturas óseas, y la evidencia emergente sugiere su papel preventivo en diversas enfermedades. Las intervenciones farmacéuticas en pacientes con deficiencia de vitamina D en España han conseguido elevar el porcentaje de pacientes con niveles adecuados del 12,6% al 60,3%, mejorando significativamente la CVRS de estas personas¹⁶³.

Estos resultados ponen de manifiesto el potencial de la farmacia comunitaria como primer nivel de atención sanitaria para problemas frecuentes, con impacto directo en el bienestar de la población. Estas intervenciones desde las farmacias comunitarias en pacientes con dolencias menores contribuyen de forma significativa a la eficiencia del sistema sanitario en España, al resolver de manera segura y protocolizada problemas de salud frecuentes sin necesidad de derivación médica, reduciendo visitas innecesarias a atención primaria y urgencias.

4.2.3. Cesación tabáquica

Las intervenciones farmacéuticas dirigidas a la modificación de hábitos de vida, como el abandono del tabaquismo, tienen un impacto directo y medible en la calidad de vida de los pacientes. Se ha demostrado que los programas estructurados de cesación tabáquica liderados desde las farmacias comunitarias logran tasas de abandono superiores a la atención habitual en más de 17 puntos porcentuales, asociados a ganancias relevantes en AVAC¹⁶⁴, consolidando a la farmacia como un entorno eficaz para la prevención y la promoción de la salud.

4.2.3.1. Evidencia nacional

En España contamos con el dato procedente del ensayo basado en un servicio de deshabituación tabáquica (CESAR®). Este fue liderado por farmacéuticos comunitarios, previamente entrenados para ofrecer un apoyo emocional y conductual, que ofrecieron un servicio para dejar de fumar.

Este servicio consistió en: una entrevista inicial, donde se recogen datos clave del paciente y se planifica su tratamiento, visitas de seguimiento que identificaban potenciales obstáculos (efectos secundarios de la medicación, dificultades de adherencia al tratamiento, resolución de dudas, etc.) y una visita final donde se evaluó la situación de cesación tabáquica, a los 12 meses del inicio.

Por otro lado, los farmacéuticos del grupo control ofrecieron el trato usual, basado en la dispensación y alguna visita adicional. Finalmente, se vio que la tasa de abandono se incrementó del 37,1% en el grupo control al 54,3% en el grupo intervenido, con un incremento de AVAC de 0,03, tras un seguimiento de 12 meses¹⁶⁴.

4.2.4. Identificación y corrección de errores de la medicación

Las intervenciones educativas impulsadas desde las farmacias comunitarias contribuyen a mejorar la calidad de vida mediante un uso más seguro y adecuado de los medicamentos. Los farmacéuticos comunitarios, previamente informados sobre el tema o enfermedad en cuestión, pueden realizar una labor educativa mediante charlas formales o conversaciones diarias cercanas con los usuarios, de manera que este conocimiento les ayude a mejorar la calidad de vida con relación a su salud. Entre las múltiples formas en las que se manifiesta la labor educativa están la revisión conjunta de la medicación, acompañada de una explicación educativa. El 95,6% de los pacientes solicita información individualizada durante la revisión de la medicación y el 85,5% recibe sugerencias de mejora, y el seguimiento farmacoterapéutico, los cuales reducen la probabilidad de eventos adversos, problemas de salud no controlados y prácticas inadecuadas.

4.2.4.1. Evidencia nacional

El proyecto REvisa ha estudiado cómo afecta a la CVRS de los usuarios el servicio de revisión de la medicación ofrecido desde las farmacias comunitarias, basado en la guía oficial del SNS. El estudio evidenció que la revisión sistemática de la medicación realizada desde la farmacia comunitaria se traduce en mejoras significativas de la calidad de vida especialmente en dos grupos poblacionales: las personas mayores y los pacientes polimedicados.

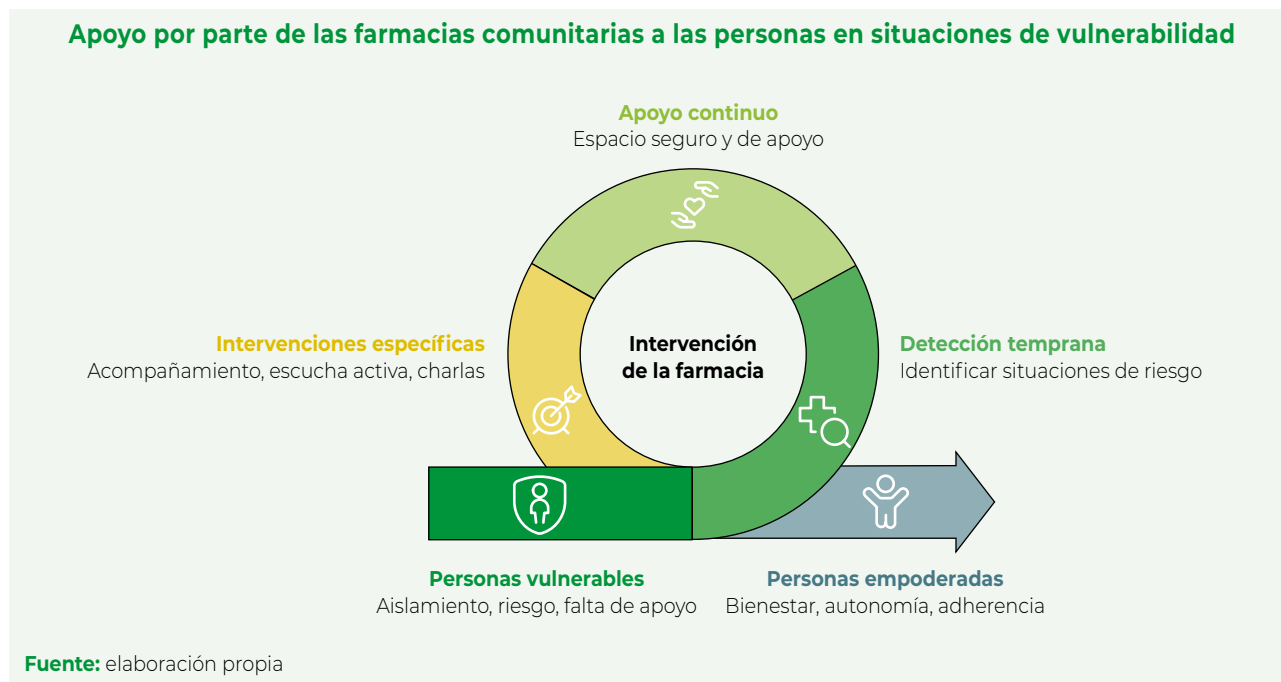
Además, durante la revisión de la medicación, los farmacéuticos ofrecen información específica sobre cada medicamento al usuario, así como sugerencias en el cambio de uso cuando es pertinente y una educación sobre los hábitos saludables relacionados con la medicación administrada. Este estudio pone en relieve que la información individualizada fue solicitada por 95,6% de los pacientes y sugerencias de mejora por el 85,5%, unas cifras nada desdeñables¹⁶⁵.

La educación sanitaria de la población es fundamental para una buena calidad de vida, junto con la revisión de la medicación y el seguimiento, que contribuyen a reducir los eventos adversos, optimizar el control de patologías y mejorar la adecuación terapéutica, especialmente en personas mayores y polimedicadas.

4.2.5. Vulnerabilidad social

La cercanía y accesibilidad del farmacéutico permiten detectar y acompañar situaciones de riesgo como la soledad no deseada, personas con problemas de salud mental, situaciones de sobrecarga de los cuidadores o situaciones de violencia de género, donde se ha visto que las farmacias comunitarias son el 5.º recurso más utilizado por mujeres víctimas de violencia de género para buscar ayuda formal. En estos contextos, la farmacia actúa como un espacio seguro y de apoyo continuo, con un impacto positivo tanto en el bienestar emocional como en la autonomía y la adherencia terapéutica (Figura 18).

Figura 18 Apoyo por parte de las farmacias comunitarias a las personas en situaciones de vulnerabilidad



4.2.5.1. Evidencia nacional

Las farmacias comunitarias evolucionan a la par que evoluciona la sociedad y los fenómenos sociales. En España, el suicidio se ha consolidado como un problema persistente de salud pública, con 3.846 suicidios registrados en 2024, según el Instituto Nacional de Estadística¹⁶⁶. Este fenómeno sigue siendo una de las causas de muerte externa más relevantes y subraya la urgencia de estrategias de prevención, detección temprana y apoyo psicosocial en todos los grupos poblacionales.

Un ejemplo reciente de cómo la farmacia comunitaria interviene en este sentido lo encontramos en el Proyecto “Atención farmacéutica a paciente con diagnóstico de enfermedad de salud mental con elevado riesgo de suicidio”, finalista en la IV edición de los Premios a la Innovación Social del CGCOF. Esta iniciativa pone el foco en el papel del farmacéutico comunitario como agente clave en la prevención del suicidio y en el acompañamiento de personas con problemas de salud mental graves. En este caso, la farmacia comunitaria intervino a una mujer viuda, que vivía sola en la provincia de Zaragoza, con un diagnóstico psiquiátrico y deterioro cognitivo, un alto riesgo de aislamiento social y un intento previo de suicidio mediante benzodicepinas. Los farmacéuticos de esta farmacia comunitaria se dieron cuenta de que su labor podía ir más allá de la dispensación de medicamentos a esta paciente y convertirse en un agente clave para prevenir su suicidio y promover su autonomía. Finalmente, a través de diversas intervenciones y charlas, acompañamiento y escucha activa, lograron una adherencia total de la paciente, una mejora del estado social y emocional y una autonomía funcional viviendo sola¹⁶⁷.

Por otro lado, se ha demostrado que las mujeres víctimas de violencia de género también encuentran un refugio inicial en las farmacias comunitarias. Según la macroencuesta de violencia de género 2019 realizada por el Ministerio

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

de Igualdad, las farmacias son el 5.º lugar más frecuente al que acuden las mujeres a pedir ayuda formal a raíz de violencia de género (Tabla 7)¹⁶⁸.

Tabla 7 Resumen y combinaciones principales de mujeres que han denunciado o buscado ayuda formal o informal debido a la violencia en la pareja (actual o pasada) a lo largo de la vida

	Pareja actual		Parejas pasadas		Total mujeres
Servicio	N	% sobre mujeres que han sufrido VFSEM de la pareja actual (N=592)	N	% sobre mujeres que han sufrido VFSEM de la pareja actual (N=1953)	N
Denuncia Policía/Juzgado	32	5	489	25	520
Médico/centro salud	33	6	217	11,1	250
Psicólogo/Psiquiatra	56	10	513	26,2	560
Farmacia	10	2	63	3,2	72
Total asistencia sanitaria	76	13	581	29,8	647

Nota: VFSEM: mujeres que han sufrido violencia física, sexual, emocional o han sentido miedo de sus parejas.

Nota interpretativa: Las mujeres que sufren violencia de pareja buscan ayuda con mayor frecuencia cuando se trata de exparejas que de la pareja actual. Destaca que la farmacia actúa como recurso de apoyo, ocupando el 5º lugar de todos los organismos analizados por la macroencuesta.

Fuente: Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019)¹⁶⁸

Según estimaciones oficiales y de observatorios sociales, alrededor del 20% de la población española sufre soledad no deseada, y en muchos casos esta situación se cronifica durante años, afectando de manera especial a las personas mayores y a quienes viven sin apoyo familiar o comunitario¹⁶⁹. Esto se debe principalmente a que España es uno de los países más envejecidos de Europa. El incremento de la esperanza de vida ha venido acompañado de un aumento de situaciones de dependencia funcional y cognitiva, que limitan la autonomía personal y reducen las oportunidades de interacción social. Además, el aumento de hogares unipersonales, la menor convivencia intergeneracional y la vulnerabilidad socioeconómica de muchas familias dificultan el apoyo cotidiano.

Este cambio estructural en la sociedad queda reflejado en el rol de las farmacias comunitarias. En el caso de la soledad no deseada, el potencial de la farmacia comunitaria para abordarla ha sido analizado en un estudio presentado durante el II Foro del Consejo Asesor Social de la Profesión Farmacéutica, celebrado en marzo de 2025. El CGCOF impulsó el informe «Abordaje de la soledad: un desafío compartido», desarrollado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) junto al Consejo Asesor Social de la Profesión Farmacéutica, formado por la organización colegial y diversas entidades de la sociedad civil¹⁷⁰. El documento plantea incorporar a las farmacias comunitarias dentro de una red sociosanitaria más amplia que trabaje de forma coordinada con los servicios sociales, el voluntariado y los programas comunitarios y de acompañamiento. El objetivo principal es que las farmacias comunitarias ayuden a detectar de forma precoz estas situaciones de soledad no deseada, fragilidad o deterioro emocional, actuando como punto de alerta y derivación hacia recursos sociosanitarios y comunitarios.

Pero no solamente se encuentran en una situación de vulnerabilidad los pacientes con una enfermedad o situación difícil. También presentan un mayor grado de vulnerabilidad las personas que acompañan o cuidan de estas personas, sobre todo los cuidadores de pacientes crónicos, donde la situación abarca años de las vidas de la persona enferma y la cuidadora. En este sentido, las farmacias comunitarias no sólo suponen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, como hemos descrito hasta ahora, sino también en la vida de los cuidadores, sobre todo en el caso de pacientes envejecidos y con enfermedades crónicas, como el Alzheimer. Se ha demostrado que los niveles de sobrecarga, ansiedad, y depresión disminuyen considerablemente en los cuidadores que son atendidos y se apoyan en las farmacias comunitarias en relación con los cuidadores que no acuden a las mismas. Merece en estos casos especial consideración la inclusión de los farmacéuticos comunitarios en equipos multidisciplinares cuyo fin sea la reducción del malestar de los cuidadores¹⁷¹.

Las intervenciones desde las farmacias comunitarias mejoran la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en múltiples patologías y situaciones de vulnerabilidad. Los beneficios se observan especialmente en personas mayores, pacientes crónicos, polimedicados y colectivos socialmente vulnerables. Los estudios nacionales e internacionales muestran mejoras significativas en la CVRS tras servicios estructurados como el seguimiento farmacoterapéutico y la revisión de la medicación¹⁶⁵ en enfermedades crónicas como EPOC y asma^{159,161} y enfermedades mentales¹⁶² así como en dolencias menores¹⁶³. Además, en personas con vulnerabilidad social^{168,170}, las farmacias comunitarias actúan como recurso sanitario esencial, reforzando su impacto social y su papel clave en la detección temprana y el acompañamiento continuo de la persona.

4.3. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La satisfacción del paciente constituye un indicador relevante a la hora de evaluar el aporte social de las farmacias comunitarias, ya que refleja el grado en que las farmacias logran responder a las expectativas del paciente a la vez que permite valorar su experiencia con la atención recibida¹⁷².

Las farmacias comunitarias destacan por generar altos niveles de satisfacción entre los pacientes, superando el 98% de pacientes satisfechos en servicios concretos como revisión del uso de la medicación¹⁶⁵. En modelos colaborativos hospital-farmacia comunitaria, se han registrado niveles de satisfacción de hasta el 92,5% de los usuarios¹⁷³.

Estos niveles tan altos de satisfacción están sustentados principalmente en la confianza, la accesibilidad y la atención personalizada. Estudios internacionales y nacionales muestran que los usuarios valoran especialmente la cercanía del farmacéutico comunitario, la calidad de la información recibida y la comodidad de los servicios. Además, diversas investigaciones señalan que factores como la satisfacción global, la eficacia percibida del tratamiento o de la intervención sanitaria, la comodidad y la calidad de vida influyen positivamente en la adherencia terapéutica¹⁷⁴⁻¹⁷⁷. La relación de confianza que los farmacéuticos comunitarios construyen con los usuarios es esencial para ofrecer servicios personalizados y de calidad, favoreciendo la mejora de los resultados en prevención, el incremento de la CVRS y un uso más eficiente de los recursos sanitarios (Figura 19).

Para mayor facilidad de lectura, la sección se subdivide en los siguientes apartados, considerados puntos clave:

- a) Pacientes con enfermedades crónicas: los pacientes crónicos mantienen una relación continuada con la farmacia, lo que permite evaluar la confianza, la continuidad asistencial y la calidad del acompañamiento.
- b) Optimización de los servicios de las farmacias comunitarias enfocados al paciente: esta subsección analiza la satisfacción asociada a nuevos modelos asistenciales y servicios profesionales, más allá de la dispensación. Permite valorar la aceptación social del cambio de rol del farmacéutico, la experiencia del paciente en modelos colaborativos y la viabilidad de integrar estos servicios en la cartera asistencial. Es un bloque estratégico, orientado a la toma de decisiones y al diseño de políticas sanitarias.
- c) Actividades de inmunización: un servicio claramente delimitado, con indicadores homogéneos de satisfacción, comparabilidad internacional y alta visibilidad pública. Su inclusión como subsección independiente se justifica por su alto impacto en la percepción social, su contribución a la salud pública y su potencial de escalabilidad.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

Figura 19

Factores que influyen en la satisfacción del paciente en las farmacias comunitarias



Fuente: elaboración propia a partir de la literatura¹⁷⁴⁻¹⁷⁷

4.3.1. Pacientes con enfermedades crónicas

Se ha visto que, de manera general, los pacientes con enfermedades crónicas muestran elevados niveles de satisfacción con los servicios prestados en las farmacias comunitarias, especialmente en patologías como diabetes y enfermedades cardiovasculares. Esta elevada satisfacción se sustenta principalmente en la cercanía, la empatía y la calidad del asesoramiento farmacéutico, que a su vez refuerzan la confianza del paciente y mejoran su experiencia asistencial. Aunque en áreas más complejas, como el cáncer o las enfermedades raras, persisten carencias informativas, los usuarios valoran positivamente el acompañamiento cuando éste se produce de forma estructurada.

4.3.1.1. Evidencia internacional

Los servicios farmacéuticos orientados a enfermedades cardiovasculares muestran, de manera amplia y mayoritaria, niveles elevados de satisfacción, especialmente con el asesoramiento sobre medicamentos, estilo de vida, educación sanitaria y gestión de la terapia. Además, estos pacientes perciben al farmacéutico comunitario como empático, colaborador y comunicativo¹⁷⁸.

Evaluando qué factores en concreto de las farmacias comunitarias afectan a la satisfacción del paciente, entre ellos la comunicación y actitud del farmacéutico, la rapidez de servicio, el suministro de medicamentos y el entorno farmacéutico, se ha identificado la dispensación de medicamentos como el factor de servicio con mayor impacto en la satisfacción del paciente. Además, esta satisfacción se relaciona significativa y estrechamente con la fidelidad del usuario hacia su farmacia¹⁷⁹.

En las enfermedades crónicas de las que no se dispone de tanta información o son más complejas de abordar, las calificaciones obtenidas por parte de los usuarios de las farmacias comunitarias no son tan satisfactorias, como las enfermedades raras o el cáncer. Sin embargo, de los hallazgos encontrados se desprende la buena disposición

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

de estos pacientes a obtener ayuda por parte de sus farmacéuticos, así como los puntos a reforzar para mejorar la satisfacción de estos usuarios.

En relación con las enfermedades raras, un estudio americano analizó el papel informativo de los farmacéuticos comunitarios entre pacientes con vasculitis y su satisfacción con las mismas. Aunque los resultados mostraron que los participantes acudían mucho más a los médicos y a internet que a los farmacéuticos para informarse sobre sus medicamentos, casi la mitad de los participantes habían solicitado alguna vez información farmacoterapéutica al farmacéutico. Se observó, además, que las mujeres y quienes acudían a las farmacias comunitarias tenían una mayor probabilidad de recurrir al farmacéutico que los hombres y los pacientes que no frecuentaban este tipo de farmacias, lo que apunta a la satisfacción de los pacientes que realmente sí usaban el servicio¹⁸⁰.

Con respecto a pacientes con cáncer, se ha observado que más del 50% de los supervivientes desarrollan efectos de aparición tardía relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, los modelos actuales de seguimiento ofrecidos por los centros de salud suelen resultar insuficientes, lo que conduce a que muchos de estos efectos queden sin abordar. Un estudio realizado en las farmacias comunitarias de Dinamarca hizo una prueba piloto con pacientes de cáncer, a los cuales se les suministró un cuestionario. La intención de este cuestionario era ver cómo la farmacia podría ayudarles más con el manejo de sus síntomas¹⁸¹. De los 611 participantes, respondieron 354, y un 23% señaló no haber hablado nunca de estos efectos con un profesional sanitario a pesar de sentir la necesidad de hacerlo. Además, aproximadamente la mitad expresó la necesidad de recibir orientación sobre el uso adecuado de estos productos. En la Tabla 8 se muestran los aspectos a cubrir que harían que se incrementasen estas cifras, donde se sitúa como principal causa el hecho de no saber que las farmacias comunitarias podrían ayudarles y, en última posición, que el personal de la farmacia se hubiese mostrado más comprensivo o con mayor interés en la persona¹⁸¹.

Tabla 8 Sugerencias para lograr una mayor implicación de las farmacias comunitarias en el manejo de los efectos de aparición tardía al cáncer

¿Qué aspectos podrían haberse modificado para que la farmacia desempeñara un papel más relevante en el alivio de los síntomas o efectos tardíos posteriores al cáncer?	Porcentaje
Haber sabido/que me hubiesen informado sobre cómo la farmacia podía ayudarme	39%
Mejores condiciones o mayor discreción para hablar con el personal de la farmacia	33%
No deseo que el personal de la farmacia me ayude	25%
Mayor conocimiento por parte del farmacéutico sobre opciones de derivación para ayuda y apoyo	18%
Mayor conocimiento por parte del farmacéutico sobre mi cáncer y su tratamiento	18%
Mayor tiempo para hablar con el personal de la farmacia	12%
Que el farmacéutico hubiese preguntado por ello	10%
El papel de la farmacia respecto a mis efectos tardíos ha sido adecuado	6%
Que el farmacéutico hubiese sido más comprensivo y mostrado interés en mí y en mi patología	4%
Nota interpretativa: Las personas consideran clave recibir más información y visibilidad del papel de la farmacia, así como mayor privacidad y condiciones adecuadas para el diálogo. También señalan la importancia de que el farmacéutico tenga mayor formación específica y un rol más proactivo, lo que reforzaría el valor social de la farmacia comunitaria como apoyo cercano al paciente.	
Fuente: Elaborado a partir de Olsen NL, et al., (2024) ¹⁸¹	

4.3.1.2. Evidencia nacional

En el ámbito de las patologías crónicas, en concreto, la diabetes, la evidencia nacional muestra que los usuarios diabéticos de las farmacias comunitarias están altamente satisfechos con el servicio que obtienen^{182,183}.

Llama especialmente la atención el dato obtenido de un estudio realizado en el entorno rural de Lumbreras (incluido en el siguiente apartado) donde se midióⁱⁱⁱ la calidad de vida y el grado de satisfacción de pacientes de diabetes mellitus tipo 2 con el servicio ofrecido por las farmacias comunitarias. El dato en cuestión fue que los pacientes diabéticos con complicaciones secundarias reportaban, de forma general, mayores niveles de satisfacción que aquellos sin complicaciones. Esto apunta a un grado de satisfacción óptimo con el acompañamiento del farmacéutico a pesar del peor pronóstico de la enfermedad. Además, este patrón se repitió en el análisis individual del tipo de complicación, donde todos los grupos con complicaciones mostraron mayor nivel de satisfacción con las farmacias comunitarias que su respectivo sin complicación¹⁸².

4.3.2. Optimización de los servicios de las farmacias comunitarias enfocados al paciente

La evolución del sistema sanitario y de las necesidades de la población hace que sea necesario reforzar modelos asistenciales más próximos, accesibles y centrados en la persona. En este sentido, las farmacias comunitarias desempeñan un papel clave no solo como puntos de dispensación, sino como espacios de atención sanitaria de proximidad. Optimizar los servicios ofrecidos desde la farmacia comunitaria permite mejorar la experiencia asistencial, aumentar la satisfacción del paciente y reforzar su papel social dentro del sistema de salud. Se ha visto que los nuevos servicios profesionales adoptados por los farmacéuticos registran tasas de aceptación muy elevadas superiores al 90% entre los que destacan, además de la Revisión del Uso de la Medicación (con valores cercanos al 98,5% de satisfacción), los Sistemas Personalizados de Dosificación y el Seguimiento Farmacoterapéutico ya comentados:

- Monitorización ambulatoria de presión arterial: Servicio que permite medir la presión arterial del paciente de forma periódica y prolongada en su entorno habitual. Facilita un diagnóstico más preciso y un mejor control de la hipertensión arterial.
- Cribado de patologías prevalentes: Servicio orientado a la detección precoz de enfermedades frecuentes en población de riesgo mediante pruebas y protocolos validados. Contribuye a identificar casos no diagnosticados y a derivar tempranamente al sistema sanitario.

Se ha demostrado que los modelos colaborativos entre las farmacias hospitalarias y las comunitarias destacan por mejorar la accesibilidad, reducir tiempos de espera y reforzar la calidad de la información recibida. Estos modelos colaborativos entre farmacia hospitalaria y comunitaria se basan en la coordinación estructurada para garantizar la continuidad del tratamiento del paciente fuera del hospital. Así, permiten que la farmacia comunitaria acerque la medicación y el seguimiento al entorno habitual del paciente, y no solo dentro del hospital.

4.3.2.1. Evidencia nacional

En esta dirección, un estudio español publicado en 2024 recogió la experiencia de un modelo de dispensación de medicamentos hospitalarios ambulatorios mediante la colaboración entre farmacias hospitalarias y comunitarias, registrando a la par la satisfacción del paciente con respecto a este abordaje en comparación con el servicio único de farmacia hospitalaria. El modelo se implementó en la Unidad de Consultas Externas del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital del Mar, en Barcelona, España. Se obtuvieron 1.286 respuestas, en donde los pacientes del grupo de farmacia comunitaria en comparación con los del grupo de farmacia hospitalaria mostraron porcentajes significativamente mayores de «satisfechos» y «muy satisfechos» en el tiempo de espera para la recogida de medicamentos hospitalarios ambulatorios (88,1% frente a 66%), la atención recibida por los profesionales (92,5% frente a 86,1%) y la información recibida sobre el tratamiento (79,4% frente a 77,4%) (Figura 20)¹⁷³.

ⁱⁱⁱ Medición con el cuestionario esDQOL. El cuestionario esDQOL (Spanish Diabetes Quality of Life) mide la calidad de vida relacionada con la diabetes en personas con diabetes mellitus, especialmente diabetes tipo 1 y tipo 2. Incluye una dimensión de grado de satisfacción con el tratamiento, el control de la enfermedad y la vida en general.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

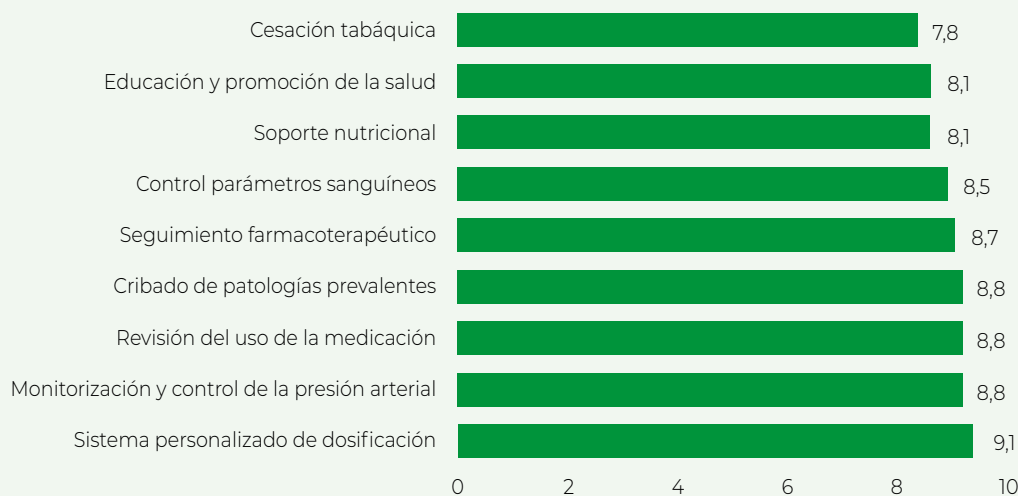
Figura 20 Satisfacción del paciente derivada de la colaboración entre farmacias hospitalarias y comunitarias

Características			
	Tiempo de espera	Atención profesional	Información del tratamiento
Farmacia hospitalaria + comunitaria	88,1%	92,5%	79,4%
Farmacia hospitalaria	66,0%	86,1%	77,4%

Fuente: elaboración propia a partir de Ferrández O. et al., (2024)¹⁷³

Con respecto a la valoración de los usuarios de estas nuevas intervenciones farmacéuticas dirigidas a optimizar la farmacoterapia de un paciente y mejorar su calidad de vida, los pacientes valoran mejor el sistema personalizado de dosificación, la monitorización ambulatoria de presión arterial, la revisión del uso de la medicación, el cribado de patologías prevalentes y el seguimiento farmacoterapéutico. Por otro lado, los usuarios tienen en peor estima el servicio de cesación tabáquica (Figura 21)¹⁸⁴. En concreto, el servicio de Revisión del Uso de la Medicación confirma tasas muy elevadas de aceptación, con un 98,5% de pacientes con un alto nivel de satisfacción con el servicio obtenido¹⁶⁵. Esto apunta a una mentalidad positiva por parte de los pacientes hacia la integración de los nuevos roles adoptados por las farmacias comunitarias.

Figura 21 Opinión del usuario sobre si estaría interesado en utilizar 9 servicios profesionales farmacéuticos en caso necesario



Fuente: elaboración propia a partir de García Sevillano L. y Mediero Hernández P. (2014)¹⁸⁴

El grado de satisfacción y resolución de problemas por parte de las farmacias comunitarias con relación a las mujeres que han sufrido violencia de parejas pasadas, la macroencuesta de violencia de género 2019 realizada por el Ministerio de Igualdad recogió que el grado de satisfacción con los servicios de ayuda era muy alto. El dato concreto para las farmacias comunitarias fue que el 80,5% de las mujeres que habían acudido buscando ayuda estaban muy o bastante satisfechas¹⁶⁸, una cifra elevada que pone de relieve la magnitud e importancia del apoyo emocional y psicológico que puede proporcionar una farmacia comunitaria.

4.3.3. Actividades de inmunización

Los programas de vacunación desarrollados en las farmacias comunitarias obtienen valoraciones sobresalientes por parte de los pacientes. La comodidad, la proximidad y la rapidez del servicio son los factores mejor valorados,

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

favoreciendo una alta intención de repetición. Esta amplia aceptación abre paso hacia futuras propuestas y mentalidades de vacunación conjunta y colaborativa con el resto de los centros sanitarios, siempre que los farmacéuticos comunitarios contasen con la formación requerida.

4.3.3.1. Evidencia internacional

La evidencia internacional procedente de países como Francia, Reino Unido e Irlanda muestra puntuaciones sobresalientes en la valoración de estos programas, especialmente en términos de comodidad, confianza y accesibilidad.

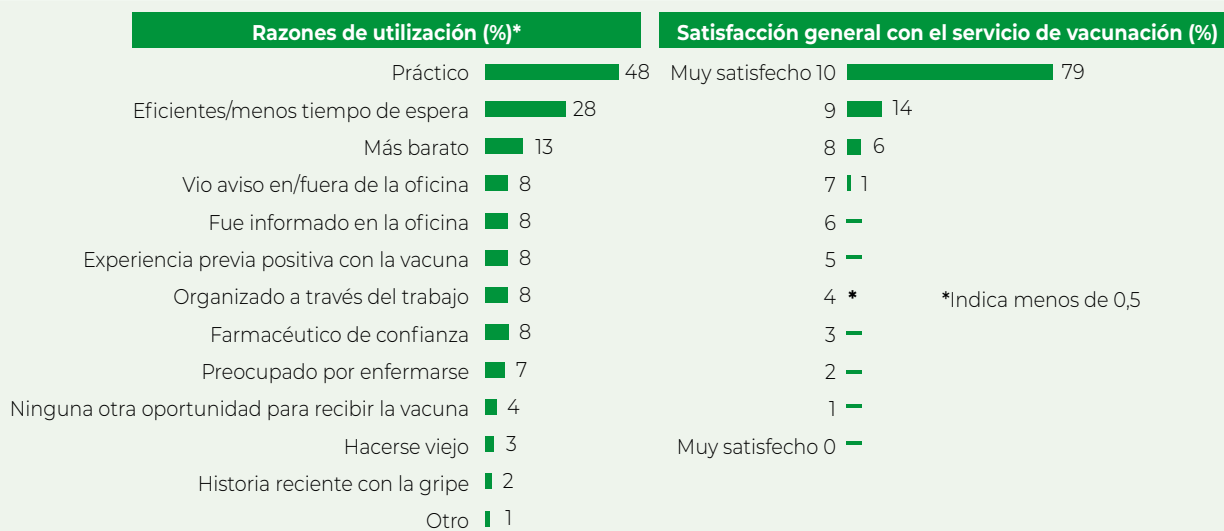
El piloto de vacunación antigripal de Francia inmunizó a cerca de 150.000 personas, alcanzando valoraciones de 8,1/10 por parte de los pacientes y 9,6/10 por parte de los farmacéuticos; los médicos, por su parte, otorgaron una puntuación de 4,8/10, aunque el 58% reconoció que el programa facilitaba el acceso y el 57 % apoyó su expansión nacional. Asimismo, el 83% de los farmacéuticos y el 36% de los médicos consideraron apropiado que las farmacias administraran dosis de recuerdo en adultos frente a enfermedades como difteria o tétanos¹⁸⁵.

La experiencia de los usuarios en las farmacias comunitarias en el Reino Unido también fue muy satisfactoria en este ámbito. El estudio llevado a cabo en la isla de Wight evaluó el programa que logró vacunar hasta 2.837 pacientes en las farmacias comunitarias de esta región, donde un 91% de los usuarios calificó el servicio de excelente y el 98 % indicó que volvería a usar la farmacia para tal servicio¹⁸⁶.

Resultados similares se obtuvieron en Irlanda, donde el 79% de los 374 participantes que completaron la encuesta otorgó una puntuación de 10/10 al servicio. La comodidad y los menores tiempos de espera se posicionaron como las principales motivaciones para acudir a la farmacia a vacunarse (Figura 22)¹⁸⁷.

Figura 22

Razones de uso de las farmacias comunitarias para la vacunación y satisfacción general de los pacientes con el servicio, Irlanda



Nota: *Suma de porcentajes mayor al 100% debido a la posibilidad de respuesta múltiple en la encuesta.

Nota interpretativa: la principal razón para vacunarse en la farmacia comunitaria es la comodidad y el ahorro de tiempo, seguida de la eficiencia del servicio. Además, los niveles de satisfacción registrados son muy elevados.

Fuente: elaboración propia a partir de The Pharmaceutical Society of Ireland (PSI) (2016)¹⁸⁷

4.3.3.2. Evidencia nacional

En España, en el XII Simposio de la Asociación Española de Vacunología, una comunicación presentó la evaluación de la participación de la farmacia comunitaria en los planes de vacunación españoles. Los resultados muestran que

en 11 comunidades autónomas ya se han desarrollado experiencias de colaboración de las farmacias en el ámbito de la vacunación. Estas iniciativas se han centrado principalmente en la identificación de la población diana, la educación sanitaria y la vacunación del propio personal de la farmacia por parte de farmacéuticos. El 62% de las personas encuestadas se manifestó a favor de que las vacunas puedan administrarse en las farmacias, siempre que los farmacéuticos cuenten con la formación adecuada, con un amplio consenso en que la población aceptaría de forma positiva vacunarse en este entorno cercano y accesible¹⁸⁸.

Las farmacias comunitarias generan altos niveles de satisfacción en una amplia variedad de servicios, reforzados por la accesibilidad del farmacéutico y la relación de confianza con el paciente. En enfermedades crónicas, la mayoría de los estudios registran porcentajes elevados de usuarios «muy satisfechos», con valores que oscilan entre el 60% y el 90%^{178-180,182,183}. En especial, en España, los pacientes diabéticos y los usuarios de servicios como revisión del uso de la medicación, seguimiento farmacoterapéutico, sistema personalizado de dosificación o control y monitorización ambulatoria de la presión arterial muestran una aceptación especialmente alta¹⁸⁴. Aunque en enfermedades raras y cáncer se detectan carencias informativas, cuando el farmacéutico comunitario proporciona asesoramiento estructurado, la satisfacción aumenta claramente. En modelos colaborativos entre farmacia hospitalaria y comunitaria, los usuarios valoran mejor la accesibilidad, los tiempos de espera y la información recibida en las farmacias comunitarias. Los programas de vacunación en Francia, Reino Unido e Irlanda^{185,187} también obtienen puntuaciones sobresalientes. En España, estos programas cuentan con una amplia aceptación por parte de la población¹⁸⁸ consolidando el papel de las farmacias comunitarias como un recurso seguro, cercano y bien valorado por la población.

4.4. VERTEBRACIÓN DE NÚCLEOS RURALES

Según la Ley 45/2007, en España, se considera medio rural al espacio geográfico formado por la agregación de municipios (o entidades locales menores) que cumplen estos criterios: densidad de población inferior a 100 habitantes por km² y población inferior a 30.000 habitantes¹⁸⁹.

En estos territorios, caracterizados por el envejecimiento demográfico, la dispersión geográfica y las dificultades de movilidad, la farmacia comunitaria se consolida como un elemento esencial de cohesión territorial y sanitaria. En muchos municipios, es el recurso sanitario más cercano (y en ocasiones el único), para una población envejecida y dispersa. Las farmacias comunitarias rurales garantizan la continuidad asistencial, reducen desplazamientos y favorecen la detección precoz de enfermedades. Se ha visto que programas de cribado desde farmacias rurales han permitido detectar hasta un 20,5% de casos derivados al médico, con diagnósticos confirmados de diabetes. Además, contribuyen a fijar población, generar empleo y reforzar la sostenibilidad social y medioambiental del territorio, actuando como verdaderos nodos de vertebración rural.

Dada la menor evidencia disponible y en base a su importancia, esta sección se subdivide en los siguientes apartados:

- a) Personas con enfermedades crónicas: en entornos rurales, la cronicidad se ve amplificada por envejecimiento poblacional, barreras de movilidad y la escasez de recursos sanitarios. Analizar este bloque de forma específica

permite evidenciar cómo la farmacia actúa como garantía de continuidad asistencial y reducción de desigualdades territoriales.

- b)** Optimización de los servicios de las farmacias comunitarias enfocados al paciente: aborda el rol ampliado del farmacéutico rural, que a menudo asume funciones adicionales de salud pública y atención comunitaria. Permite analizar diferencias rural-urbano y justificar la farmacia rural como nodo sanitario multifuncional.
- c)** Accesibilidad: es el núcleo conceptual de la vertebración territorial. Este bloque analiza la proximidad física, las barreras geográficas y soluciones innovadoras como la telefarmacia, así como vincular la farmacia a la equidad en el acceso a la atención sanitaria.
- d)** Actividades de inmunización: analizar el impacto diferencial sobre la cobertura, equidad y prevención. Su análisis específico permite mostrar cómo la farmacia reduce brechas territoriales en salud pública, reforzando su papel estructural en el territorio.

4.4.1. Pacientes con enfermedades crónicas

Las farmacias comunitarias en entornos rurales son clave en el cribado, seguimiento y control de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o los trastornos de salud mental. Diversos estudios evidencian mejoras en resultados clínicos, calidad de vida y adherencia terapéutica gracias a la intervención farmacéutica en estas zonas. Servicios como la monitorización ambulatoria de la presión arterial en farmacias comunitarias rurales permiten detectar necesidad de ajuste terapéutico en prácticamente el 100% de los pacientes evaluados¹⁹⁰. Además, estas actuaciones contribuyen a reducir desplazamientos, mejorar la sostenibilidad ambiental y reforzar la atención sanitaria de proximidad.

4.4.1.1. Evidencia nacional

En el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, en 2025 se evaluó la intervención farmacéutica en farmacias comunitarias rurales mediante el servicio de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial, comentado en otros apartados. Gracias a este servicio, de los 21 pacientes incluidos en el estudio, todos menos uno de ellos fueron derivados al médico para, posteriormente, realizarles ajustes en el tratamiento de la hipertensión¹⁹⁰. Este dato resalta sin duda la enorme importancia de realizar este tipo de cribados por las farmacias comunitarias en zonas rurales.

En pacientes de diabetes, también se ha demostrado la importancia de las farmacias rurales. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valladolid junto con la Junta Directiva de la Asociación Diabetes Valladolid (ADIVA) presentaron en 2022 una “prueba piloto sobre detección de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 oculta desde las farmacias comunitarias”, así como la valoración de su impacto ambiental. Participaron 44 farmacias comunitarias (16 rurales y 28 urbanas) y la muestra incluyó 434 usuarios (más del 80% mayores de 45 años y cerca del 60% mujeres). Del total de participantes, 89 personas (20,5%) fueron derivadas al médico y a 13 de ellas se les confirmó el diagnóstico de diabetes, instaurándose tratamiento farmacológico¹⁹¹.

Respecto a la salud mental, en 2025, 297 farmacias rurales participaron en la iniciativa Escuelas Rurales de Salud Mental, promovida por el Consejo General de Farmacéuticos. Su propósito fue el de reforzar el papel de la farmacia en la detección de síntomas de patología mental, facilitar la derivación, mejorar la educación sanitaria y fomentar el autocuidado¹⁹². A través de esta iniciativa, las farmacias comunitarias impartieron sesiones formativas sobre salud mental y autocuidado a un total de 7.979 personas. Según los cuestionarios completados al finalizar las sesiones, casi el 80% de los participantes indicó que nunca había recibido una formación similar y el 97% afirmó que la intervención del farmacéutico había contribuido a mejorar tanto el manejo de su enfermedad como sus hábitos de vida¹⁹³.

4.4.2. Optimización de los servicios de la farmacia comunitaria enfocados al paciente

En los entornos rurales, las farmacias comunitarias asumen un papel asistencial reforzado, ofreciendo servicios sanitarios más allá de la dispensación. La evidencia muestra que los farmacéuticos rurales mantienen una relación más estrecha con los pacientes y con otros profesionales sanitarios, y participan con mayor frecuencia en actividades de salud pública. Pese a limitaciones como la falta de tiempo, personal o mecanismos de reembolso, estas farmacias destacan por su capacidad para asumir nuevos roles asistenciales.

4.4.2.1. Evidencia internacional

Un análisis de las diferencias en la prestación de servicios entre el contexto rural y urbano, basado únicamente en aspectos de la práctica profesional más allá de la dispensación y su correspondiente consejo, identificó que los usuarios de áreas rurales se muestran más proclives a solicitar consejo y suelen mantener conversaciones más prolongadas con el farmacéutico. Esto apunta a que los farmacéuticos rurales podrían estar más dispuestos a asumir nuevos roles y ofrecer servicios de mayor complejidad, si bien esta afirmación se fundamenta en una revisión sistemática con un número reducido de investigaciones con muestras pequeñas y análisis simplificados¹⁹⁴.

Tabla 9 Frecuencia de prestación de servicios de farmacia comunitaria (número medio de veces realizadas en los últimos 30 días), Estados Unidos

	RURAL	URBANO
Manejo del estado de la enfermedad	1,87	1,56
Gestión de la terapia con medicación	1,82	1,44
Transición de atención de pacientes hospitalizados a ambulatorios	1,80	1,43
Programa de recuperación de medicamentos con receta (eliminación segura de medicamentos)	1,71	1,21
Asesoramiento para el manejo del dolor	1,69	1,49
Inmunización	1,36	0,94
Asesoramiento para dejar de fumar	1,23	0,90
Chequeo de la hipertensión	1,06	0,81
Asesoramiento en salud mental	0,98	0,89
Asesoramiento para el control del peso	0,69	0,54
Ordenación de pruebas de laboratorio/diagnóstico	0,65	0,94
Cribado de diabetes	0,55	0,55
Asesoramiento en abuso de sustancias	0,54	0,34
Prescripción	0,46	0,56
Cribado de dislipidemia	0,38	0,42
Educación sobre prevención de intoxicaciones	0,36	0,30
Cribado de HIV	0,04	0
Cribado de Hepatitis C	0,04	0,02

Nota: En verde se destacan las variables cuya diferencia entre entorno urbano y rural fue significativa (p valor < 0,05)

Nota interpretativa: Las farmacias situadas en entornos rurales prestan con mayor frecuencia la mayoría de los servicios profesionales analizados en comparación con las urbanas, especialmente en el manejo de la enfermedad, la gestión de la medicación y la transición asistencial.

Fuente: elaborado a partir de Scott DM. et al., (2016)¹⁹⁵

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

Una mirada más en profundidad a los tres tipos de centros farmacéuticos en EE. UU. [cadenas (28,2%), farmacias independientes (27,0%) y farmacias hospitalarias (26,0%)], evidencia en primer lugar que, tanto las cadenas como las farmacias independientes se encuentran con mayor frecuencia en áreas rurales. Además, los farmacéuticos rurales ofrecen determinados servicios de salud pública con mayor frecuencia que los urbanos, entre ellos: la gestión de la terapia farmacológica, vacunación, consejo sobre tabaquismo y programas de recuperación de medicamentos.

En cuanto a los servicios esenciales, los farmacéuticos rurales tienen una mayor intensidad en actividades como la evaluación de los servicios prestados por la farmacia, la colaboración comunitaria para identificar y abordar problemas de salud y la realización de evaluaciones de necesidades para detectar riesgos (Tabla 9)¹⁹⁵.

La principal barrera identificada para ampliar la prestación de servicios de salud pública en la farmacia comunitaria rural es la falta de tiempo. Se señalan también la ausencia de mecanismos de reembolso, la escasez de personal y la limitación de espacio físico, consideradas también obstáculos relevantes para la implantación efectiva de iniciativas de salud pública en la práctica farmacéutica. Asimismo, cinco factores (la falta de tiempo, la insuficiencia de personal, la ausencia de mentores o referentes profesionales, la baja confianza en la propia capacidad y la escasa demanda de servicios por parte de los pacientes), son percibidos con mayor frecuencia como problemas graves en entornos rurales en comparación con los urbanos, mostrando diferencias estadísticamente significativas (Tabla 10).

Tabla 10 Barreras percibidas para ampliar la prestación de servicios de salud pública en la farmacia comunitaria (escala de Likert: 0 = nada problemático a 5 = extremadamente problemático)

	RURAL (N=297)	URBANO (N=305)
Falta de tiempo	3,16	2,92
Falta de mecanismos de reembolso	3,06	2,86
Falta de personal	2,87	2,54
Falta de espacio	2,69	2,40
Falta de acceso a programas de entrenamiento	2,43	2,17
Falta de ambiente regulatorio	2,39	2,14
Falta de soporte en el manejo	2,35	2,30
Falta de mentores	2,32	1,93
Falta de confianza en mis habilidades	2,29	1,80
Falta de demanda de los servicios	2,24	1,85

Nota: En verde se destacan las variables cuya diferencia entre entorno urbano y rural fue significativa (p valor < 0,05)

Fuente: Scott DM. et al.,(2016)¹⁹⁵

4.4.3. Accesibilidad

La farmacia comunitaria es, en muchos núcleos rurales, el recurso sanitario más cercano y accesible para la población. Sin embargo, la despoblación y la pérdida progresiva de farmacias dificultan el acceso equitativo a los servicios, especialmente en las zonas más envejecidas. Algunos estudios demuestran que solo el 18,9% de la población rural dispone de una farmacia comunitaria a menos de 20 minutos a pie, frente al 98,3% en áreas urbanas¹⁹⁶. Analizar su valor social desde la óptica de la accesibilidad permite comprender hasta qué punto la farmacia comunitaria es un elemento estratégico para garantizar la igualdad de oportunidades en salud y para sostener la vida en los territorios más vulnerables.

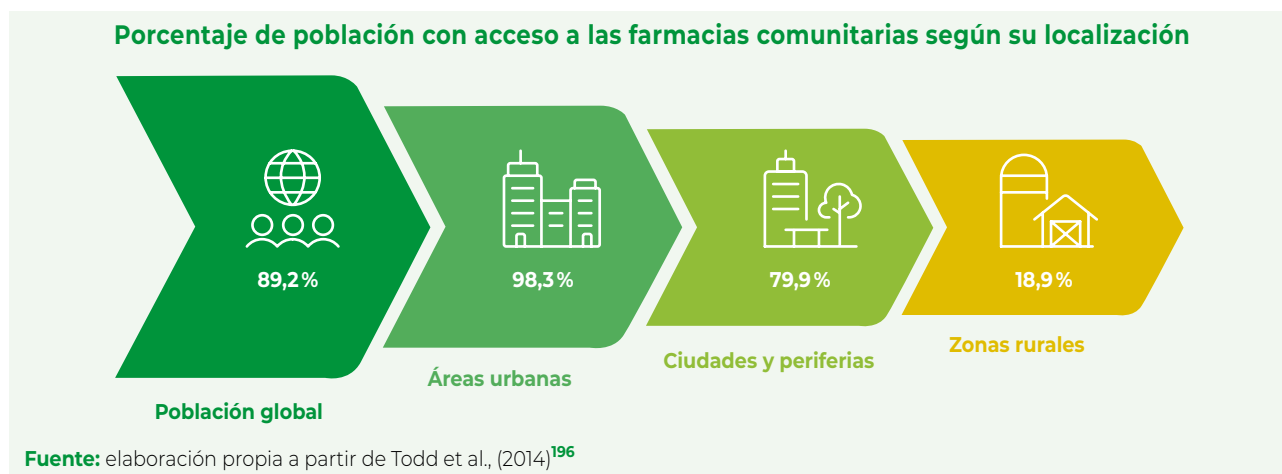
4.4.3.1. Evidencia internacional

En Inglaterra, se evaluó la población con una farmacia comunitaria en un radio de 20 minutos a pie, su relación con diferentes tipos de zonas (urbana, semirural o rural) y con el nivel socioeconómico. Según las estimaciones, el 89,2% de la población global pudo acceder a una farmacia dentro de ese tiempo. Desglosándolo por áreas, la cifra asciende al 98,3% en áreas urbanas, desciende al 79,9% en ciudades y periferias y cae al 18,9% en zonas rurales. En los

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

entornos menos desfavorecidos socioeconómicamente, el 90,2% de la población dispone de una farmacia a menos de 20 minutos a pie, frente al 99,8% en los entornos más desfavorecidos, con una diferencia del 9,6% (Figura 23)¹⁹⁶. Este dato confirma que la accesibilidad a las farmacias comunitarias presenta marcadas desigualdades territoriales, especialmente en zonas rurales, donde la proximidad física se reduce de forma significativa. Estos resultados ponen de relieve la importancia de mantener una red capilar de farmacias y de desarrollar estrategias específicas que garanticen un acceso equitativo a los servicios farmacéuticos, evitando que el lugar de residencia se convierta en un factor determinante de desigualdad en salud.

Figura 23



4.4.3.2. Evidencia nacional

En España, este problema se acentúa debido a la despoblación de las zonas rurales, lo que conlleva una pérdida de las farmacias comunitarias en estas zonas. El CGCOF documenta que las farmacias rurales contribuyen a fijar población y a generar empleo, lo que ayuda a frenar la despoblación en municipios pequeños. Sin embargo, muchas farmacias comunitarias en localidades turísticas registran picos de actividad en temporada alta y un uso muy bajo el resto del año, lo que provoca un problema de abastecimiento del stock de medicamentos en el primero y un problema de rentabilidad en el segundo de los escenarios¹⁹⁷. Asimismo, se siguen explorando otras soluciones para estas zonas tensionadas, como un modelo de atención farmacéutica coordinada entre el entorno hospitalario especializado y la atención comunitaria rural.

Adicionalmente, la mayor accesibilidad a las farmacias comunitarias rurales también ayudaría a avanzar hacia una mayor sostenibilidad medioambiental. Las farmacias rurales no solo dan servicio al pueblo en el que se encuentran, sino a las pedanías, evitando que sus habitantes tengan que desplazarse a otras grandes ciudades, tanto para trabajar como para recibir atención sanitaria. Esto quedó evidenciado con el estudio mencionado anteriormente sobre la intervención en pacientes diabéticos desde farmacias comunitarias rurales, donde se calcula que la intervención farmacéutica produjo una reducción estimada de 19.509,23 kg de CO₂ emitidos a la atmósfera¹⁹¹.

4.4.4. Actividades de inmunización

Los programas de vacunación en farmacias comunitarias refuerzan la equidad sanitaria en entornos rurales, donde el acceso a otros recursos es limitado. La proximidad de la farmacia, su capilaridad territorial y la confianza de la población en el farmacéutico facilitan el acceso a la vacunación de colectivos con mayores barreras geográficas o de movilidad, como las personas mayores.

4.4.4.1. Evidencia internacional

La evidencia internacional muestra que estos modelos incrementan de forma significativa las tasas de vacunación, especialmente en personas mayores. Los modelos de vacunación en farmacias comunitarias ofrecen varias

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

ventajas, entre las que destacan la seguridad de la administración de vacunas en estos establecimientos frente a otros entornos, donde el riesgo de infecciones secundarias derivadas de la visita es más elevado, especialmente para las personas mayores.

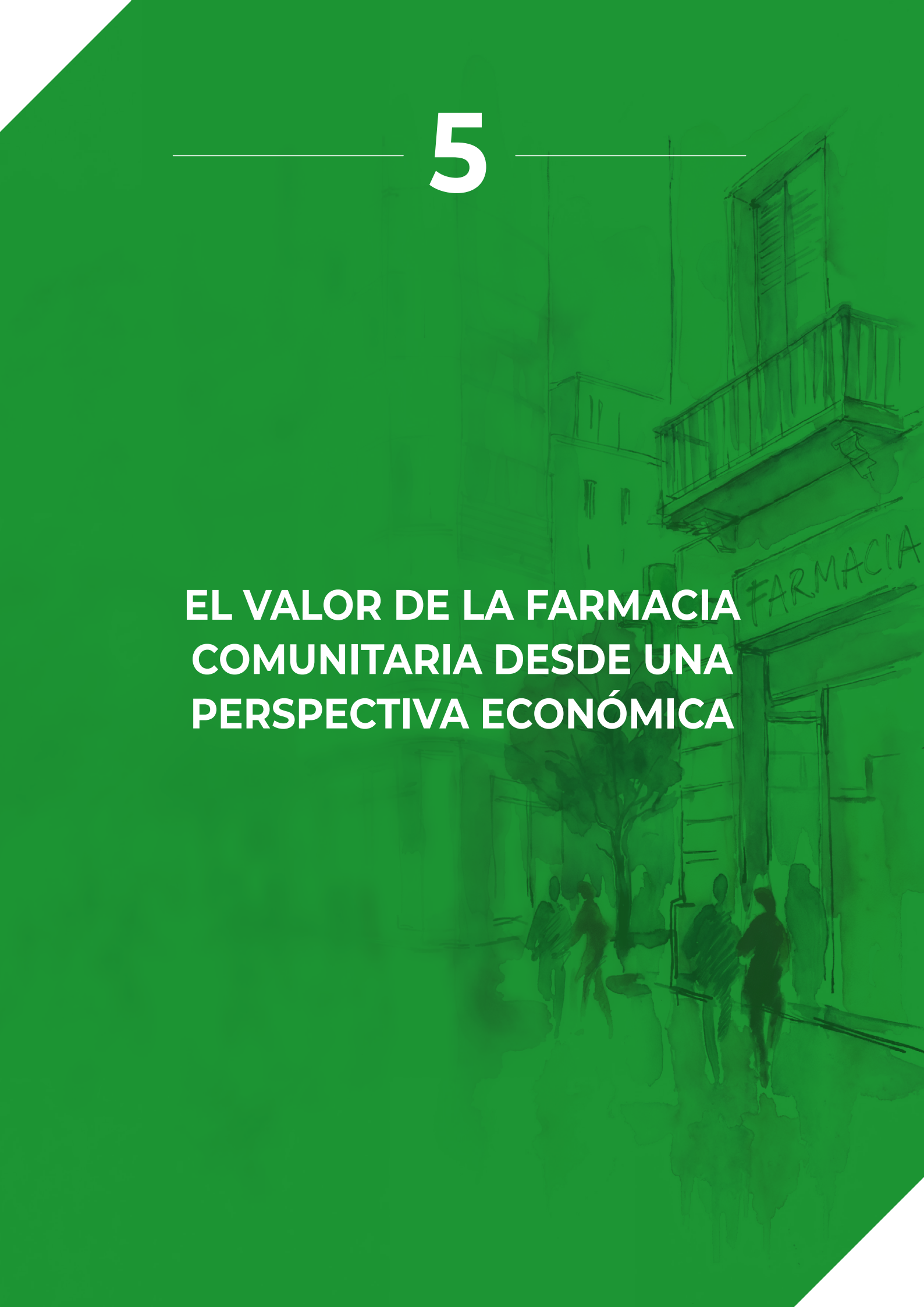
También ofrecen una mayor equidad territorial que otros servicios de salud, algo especialmente relevante para quienes viven en áreas desfavorecidas o de difícil acceso^{198,199}. Adicionalmente, esta accesibilidad reforzada se asocia a un incremento en las tasas de vacunación^{200,201}.

Los programas de vacunación en farmacias comunitarias también han demostrado aumentar la tasa media de vacunación contra la gripe en personas mayores de 65 años, elevando esta tasa en las zonas rurales de Canadá del 56,9% en las comunidades rurales de control al 80,1% en las comunidades rurales de intervención¹⁹⁸.

Las farmacias comunitarias desempeñan un papel esencial en la cohesión sanitaria de los entornos rurales, donde la accesibilidad a recursos médicos es limitada. La evidencia muestra que los farmacéuticos rurales mantienen una relación más estrecha con los prescriptores y asumen servicios profesionales de mayor complejidad¹⁹⁴. Distintos estudios destacan su mayor implicación en actividades comunitarias, evaluación de necesidades locales y programas de salud pública, pese a las dificultades derivadas de la despoblación y la estacionalidad. Intervenciones como el cribado de diabetes¹⁹¹ y la atención en salud mental¹⁹², entre otras, han mostrado mejoras en resultados clínicos, experiencia del paciente y sostenibilidad ambiental. Aunque siguen existiendo desigualdades claras en el acceso físico a las farmacias y en la variabilidad en la provisión de servicios, las farmacias rurales no solo mantienen una alta demanda asistencial, sino que también demuestran una alta capacidad para asumir las diversas funciones sanitarias.

5

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA



5.1. INTRODUCCIÓN EJECUTIVA

Los sistemas sanitarios se enfrentan a una presión creciente derivada del envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad, la complejidad de los tratamientos y la limitación de recursos económicos y humanos. En este contexto, la sostenibilidad del sistema sanitario depende cada vez más de su capacidad para identificar y corregir ineficiencias estructurales, especialmente aquellas relacionadas con el uso de los medicamentos y con la organización de la atención a pacientes crónicos. Este capítulo analiza el papel de la farmacia comunitaria desde una perspectiva económica, con el objetivo de evaluar en qué medida puede contribuir a un uso más eficiente de los recursos sanitarios y humanos. El valor analizado en este apartado, no se atribuye a la farmacia comunitaria como estructura organizativa, sino a la implantación y prestación sistemática de servicios farmacéuticos comunitarios y a la intervención profesional asociada. Es esta actuación concreta, y no la mera existencia del establecimiento, la que permite generar impactos económicos medibles en términos de eficiencia y uso de recursos.

La evidencia revisada muestra que la farmacia comunitaria, cuando presta servicios profesionales estructurados y de forma sistemática, puede generar valor económico más allá de su función tradicional de dispensación. Este valor se manifiesta fundamentalmente a través de dos mecanismos complementarios: la reducción de costes sanitarios directos, al evitar hospitalizaciones, consultas y eventos adversos prevenibles, y la generación de ahorros no sanitarios e indirectos, asociados a mejoras en accesibilidad, menor necesidad de desplazamientos y reducción de pérdidas de tiempo y productividad para pacientes y cuidadores.

Desde el punto de vista de la solidez de la evidencia, los resultados más concluyentes proceden de estudios de impacto macroeconómico realizados a escala poblacional en países con sistemas sanitarios desarrollados. En particular, los análisis realizados en Inglaterra, Portugal, Estados Unidos y Australia permiten situar el impacto económico de determinados servicios farmacéuticos comunitarios en términos agregados y comparables entre países.

En conjunto, la evidencia disponible en estos países sitúa los ahorros asociados a la provisión sistemática de determinados servicios farmacéuticos comunitarios en un rango aproximado de entre el 0,04% y el 0,38% del producto interior bruto (PIB).

En términos relativos, se trata de una magnitud que trasciende claramente el nivel microeconómico de intervenciones. Estos resultados indican que el papel económico de los servicios farmacéuticos comunitarios puede alcanzar una escala macroeconómica, siempre que su actuación se centre en áreas donde el sistema sanitario concentra una parte significativa del gasto evitable.

Es importante subrayar que estas estimaciones no describen escenarios teóricos, sino resultados observados en contextos reales a partir de servicios farmacéuticos concretos, evaluados a escala poblacional. En los países analizados, los ahorros estimados (en torno al 0,04% del PIB en Inglaterra, al 0,07% en Australia, al 0,13% en Estados Unidos y hasta el 0,38% en Portugal), se explican fundamentalmente por la provisión sistemática de servicios orientados a mejorar el uso de los medicamentos y a reforzar el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Entre estos servicios se incluyen, de forma recurrente, la revisión estructurada de tratamientos en pacientes polimedicados, el acompañamiento tras el inicio de nuevos medicamentos para prevenir abandonos y errores de uso, la conciliación de la medicación en transiciones asistenciales de alto riesgo, y los programas de apoyo continuado a la adherencia terapéutica en patologías crónicas prevalentes como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades respiratorias o el riesgo cardiovascular.

Desde una perspectiva estrictamente ilustrativa, y reconociendo explícitamente que no es metodológicamente correcto trasladar de forma directa estos porcentajes entre países, estos rangos permiten dimensionar la magnitud potencial del fenómeno. Aplicados al contexto español, y tomando como referencia un PIB aproximado de 1,5 billones de euros, un ahorro equivalente al observado en estos estudios internacionales se situaría en un intervalo

de entre 600 y 5.700 millones de euros anuales. Esta estimación no pretende constituir una proyección ni una predicción, sino ofrecer un marco de referencia que ayude a interpretar la escala económica de los resultados observados en otros países cuando se analizan desde la óptica del sistema sanitario español.

Junto a esta evidencia de impacto agregado, existe un segundo nivel de evidencia procedente de evaluaciones económicas de servicios o programas concretos, tanto en España como en otros países. En este ámbito predominan los estudios de coste-efectividad y coste-utilidad, que analizan si determinados servicios farmacéuticos generan más salud por euro invertido en comparación con la práctica habitual. La mayor parte de los estudios seleccionados concluyen que los servicios evaluados son eficientes, con ratios coste-efectividad favorables y por debajo de los umbrales comúnmente aceptados por los sistemas sanitarios, lo que indica que las intervenciones evaluadas son eficientes desde el punto de vista económico.

Esta evidencia no implica necesariamente que todas las intervenciones farmacéuticas generen un ahorro presupuestario inmediato. Sin embargo, sí demuestra que estos servicios producen un mayor valor relativo por unidad de coste respecto a la práctica habitual, lo que constituye una condición esencial para que, cuando se prestan de manera sistemática y alcanzan una cobertura suficiente, puedan contribuir a la contención del gasto sanitario a medio y largo plazo. En este sentido, el análisis realizado en este capítulo muestra que el valor económico que aporta la farmacia comunitaria no se deriva de actuaciones puntuales o excepcionales, sino de su contribución continuada en ámbitos donde el sistema sanitario presenta ineficiencias estructurales.

Finalmente, la lectura conjunta de la evidencia permite anticipar algunas orientaciones estratégicas relevantes desde el punto de vista económico. En particular, los resultados de este capítulo apuntan a la necesidad de: (i) concentrar el desarrollo de servicios farmacéuticos en áreas con evidencia económica sólida y elevado gasto evitable; (ii) avanzar desde experiencias piloto hacia modelos estables, con suficiente cobertura poblacional y evaluación continua; y (iii) mantener una aproximación realista y basada en evidencia, diferenciando entre intervenciones con impacto ya demostrado y aquellas que, aun teniendo potencial, requieren una validación adicional antes de su generalización. Estas líneas de actuación se desarrollan con mayor detalle en las conclusiones del capítulo.

5.2. MECANISMOS POTENCIALES DE VALOR ECONÓMICO

Desde una perspectiva económica, el valor potencial de los servicios farmacéuticos comunitarios debe entenderse en relación con la existencia de ineficiencias estructurales en el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Una parte relevante del gasto sanitario no responde a una mejora proporcional en los resultados en salud, sino que está asociada a problemas recurrentes en la organización de la atención, en el uso de los medicamentos y en la asignación de recursos asistenciales. Estas ineficiencias generan costes evitables que, cuando se mantienen de forma sostenida, erosionan la sostenibilidad del sistema²⁰².

Entre estas ineficiencias se incluyen, de forma general, el uso subóptimo de los tratamientos farmacológicos, la falta de continuidad en la atención a pacientes con enfermedades crónicas, la fragmentación en momentos críticos del proceso asistencial y la utilización de recursos de alto coste para atender necesidades de baja complejidad. A ello se suman costes menos visibles, pero socialmente relevantes, derivados de barreras de acceso a servicios y tratamientos, desplazamientos innecesarios, tiempos de espera y pérdidas de productividad para pacientes y cuidadores. En conjunto, estos factores configuran un amplio espacio de gasto potencialmente evitable²⁰³⁻²⁰⁸.

Desde este marco conceptual, los mecanismos de generación de valor económico se asocian a la capacidad de influir sobre estos factores de ineficiencia. Cualquier actuación que contribuya a reducir errores, evitar duplicidades, mejorar la continuidad del tratamiento, prevenir complicaciones o reasignar adecuadamente la demanda hacia niveles asistenciales más efectivos y eficientes puede traducirse, directa o indirectamente, en una utilización más racional de los recursos sanitarios y humanos.

Es importante subrayar que la existencia de estos mecanismos no implica automáticamente la generación de ahorro económico. El impacto depende de la magnitud de la ineficiencia abordada, de la intensidad y continuidad de la intervención y, especialmente, de su grado de integración y cobertura dentro del sistema sanitario. No obstante, este marco permite entender por qué determinadas actuaciones, cuando se prestan de forma estructurada y a escala suficiente, pueden activar canales de transmisión hacia valor económico relevante.

Sobre esta base conceptual se organiza la evidencia empírica que se presenta a continuación. Los apartados siguientes analizan en qué medida distintas experiencias han logrado, en la práctica, actuar sobre estas ineficiencias y con qué alcance han generado valor económico medible.

5.3. EVIDENCIA ECONÓMICA CONSOLIDADA

5.3.1. Evidencia macroeconómica internacional

Este apartado reúne la evidencia económica más robusta identificada en la revisión, al centrarse en estudios que cuantifican el impacto de los servicios farmacéuticos comunitarios a escala poblacional y de sistema sanitario.

Los estudios seleccionados proceden de países con sistemas sanitarios desarrollados, y se caracterizan por evaluar ahorros estructurales, derivados de la provisión sistemática de servicios de farmacia comunitaria orientados a mejorar el uso de los medicamentos, reforzar el seguimiento de pacientes crónicos y prevenir eventos evitables de alto coste. Esta aproximación permite expresar los resultados no solo en términos absolutos, sino también en relación con el PIB, facilitando la interpretación de su magnitud económica.

Por este motivo, la evidencia presentada a continuación constituye el punto de referencia principal para dimensionar el potencial económico asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios cuando su actuación se integra de forma estable y a gran escala dentro del sistema sanitario.

5.3.1.1. Inglaterra

En Inglaterra, el NHS ha evaluado de forma agregada el impacto económico de los servicios profesionales que prestan las farmacias comunitarias en el uso seguro y adecuado de los medicamentos. El análisis se centra en servicios ya implantados dentro del sistema sanitario, y estima su contribución económica cuando se prestan de manera sistemática a la población, permitiendo cuantificar su impacto a escala nacional²⁰⁹.

El punto de partida es claro: una parte relevante de los ingresos hospitalarios y de la presión asistencial está relacionada con problemas evitables en el uso de los medicamentos, como errores en los tratamientos, falta de seguimiento tras el alta hospitalaria o abandono precoz de nuevos fármacos. La intervención de la farmacia comunitaria a través de servicios estructurados actúa precisamente en estos puntos críticos²⁰⁹.

Los principales servicios evaluados son los siguientes:

- Servicio de apoyo tras el inicio de un nuevo medicamento: acompañamiento estructurado a pacientes que comienzan un tratamiento crónico, para asegurar que lo entienden y lo utilizan correctamente. Su objetivo es evitar abandonos tempranos y problemas de uso en las primeras semanas.
- Servicio de conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria: revisión de los tratamientos cuando el paciente vuelve a su domicilio, un momento de alto riesgo de errores y reingresos evitables.
- Revisión de tratamientos en pacientes con polimedicación compleja: intervención dirigida a personas que utilizan muchos medicamentos de forma simultánea, con el fin de evitar duplicidades, interacciones y efectos adversos.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

- Servicios de apoyo en asma y EPOC: programas centrados en el uso correcto de inhaladores, el autocuidado y la prevención de exacerbaciones.
- Identificación de prescripciones de alto riesgo: detección sistemática de tratamientos con mayor probabilidad de causar efectos adversos graves.

La evaluación económica estima que la prestación sistemática de estos servicios genera un ahorro directo anual para el NHS de aproximadamente 1.200 millones de libras (≈1.380 millones de euros). En términos relativos, esta cifra equivale a alrededor del 0,04% del PIB del Reino Unido^{209,210}.

Tabla 11 Ahorro directo anual estimado para el NHS inglés derivado de los servicios farmacéuticos comunitarios

SERVICIO FARMACÉUTICO COMUNITARIO	AHORRO DIRECTO ANUAL ESTIMADO (MILLONES DE £)
Servicio de apoyo tras el inicio de un nuevo medicamento	372
Servicio de conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria	26
Revisión de tratamientos en pacientes con polimedicación compleja	619
Servicios de apoyo en asma	72
Servicios de apoyo en EPOC	100
Identificación de prescripciones de alto riesgo	4
Total estimado	1.193

Nota interpretativa: El ahorro estimado procede fundamentalmente de la reducción de hospitalizaciones, consultas médicas y otros episodios asistenciales evitables asociados a un uso inadecuado de los medicamentos. En términos de distribución, más del 83% del ahorro total se concentra en dos servicios directamente relacionados con la optimización de la farmacoterapia: la revisión de tratamientos en pacientes con polimedicación compleja, que representa aproximadamente el 52% del ahorro total, y el servicio de apoyo tras el inicio de un nuevo medicamento, que concentra en torno al 31%. Esta concentración del impacto económico en servicios dirigidos a pacientes con tratamientos complejos o en fases críticas del tratamiento refuerza el papel de la intervención farmacéutica estructurada como un mecanismo relevante de eficiencia del sistema sanitario.

Fuente: Elaboración propia a partir de Universidad de York (2025)²⁰⁹

5.3.1.2. Portugal

En Portugal se dispone de una de las evaluaciones más completas del impacto económico asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios, al analizar de forma integrada su contribución al sistema sanitario desde una perspectiva agregada. El estudio evalúa cómo la actividad habitual de la red de farmacias, junto con determinados servicios profesionales, permite reducir el uso de recursos sanitarios más costosos y generar beneficio económico a escala nacional¹⁵⁴.

El punto de partida es que una parte relevante de la demanda asistencial de baja complejidad y de los problemas relacionados con el uso de los medicamentos se resuelve en la farmacia comunitaria, evitando visitas médicas, urgencias y hospitalizaciones prevenibles. Además, las farmacias prestan de forma continuada numerosos servicios profesionales que, aun no estando remunerados directamente, generan beneficios económicos tangibles para el sistema sanitario y para la sociedad¹⁵⁴.

La evaluación distingue tres grandes componentes del impacto económico:

- Costes sanitarios evitados, principalmente por la reducción de visitas médicas, visitas a urgencias y hospitalizaciones prevenibles.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

- Valor económico de los servicios profesionales no remunerados, como el consejo farmacéutico, la educación sanitaria, el apoyo básico al seguimiento de tratamientos, la gestión de residuos de medicamentos y el programa de intercambio de jeringuillas.
- Potencial económico y costes sanitarios evitados asociados a servicios adicionales, relacionados con educación, prevención, seguimiento de pacientes crónicos y optimización terapéutica.

En conjunto, el impacto económico anual estimado asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios en Portugal supera los 1.000 millones de euros, lo que equivale aproximadamente al 0,38% del PIB portugués^{154,210}.

Tabla 12 Beneficio económico anual asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios en Portugal

CATEGORÍA	SERVICIOS ACTUALES	SERVICIOS ADICIONALES	TOTAL (MILLONES DE EUROS)
Costes sanitarios evitados			
Visitas médicas	402	25	427
Visitas a urgencias	2	0	2
Hospitalizaciones	45	0	45
Servicios profesionales no remunerados			
Servicios diversos (consejo farmacéutico, educación sanitaria, entre otros)	342	120	462
Gestión de residuos de medicamentos	70	0	70
Programa de intercambio de jeringuillas	6	0	6
Otros	13	0	13
Total	880	145	1.024

Nota interpretativa: El beneficio económico estimado integra tres componentes complementarios: los costes sanitarios evitados, derivados principalmente de la reducción de visitas médicas, visitas a urgencias y hospitalizaciones prevenibles; el valor de los servicios profesionales no remunerados, como el consejo farmacéutico, la educación sanitaria y otras actuaciones habituales; y el potencial económico y los costes evitados asociados a servicios adicionales, orientados a reforzar la prevención, el seguimiento de pacientes crónicos y la optimización del uso de los medicamentos. En términos de distribución, los costes sanitarios evitados representan aproximadamente el 46% del beneficio económico total, concentrándose mayoritariamente en la reducción de visitas médicas, que por sí solas suponen en torno al 42% del total estimado. Por su parte, el beneficio de los servicios profesionales no remunerados constituye cerca del 54% del valor económico global, reflejando el peso relevante de estas actuaciones en el conjunto del impacto estimado. Finalmente, el componente correspondiente a servicios adicionales aporta alrededor del 14% del beneficio total, asociado tanto a su potencial económico como a los costes evitados que generan. En conjunto, estos resultados muestran cómo la prestación estructurada de servicios farmacéuticos comunitarios contribuye de forma significativa a la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Fuente: Elaboración propia a partir de Félix et al., (2017)¹⁵⁴

5.3.1.3. Estados Unidos

En Estados Unidos, un análisis de alcance nacional ha estimado el impacto económico de la participación activa de los farmacéuticos en el control de la hipertensión arterial, una de las enfermedades crónicas más prevalentes y con mayor carga económica para el sistema sanitario²¹¹.

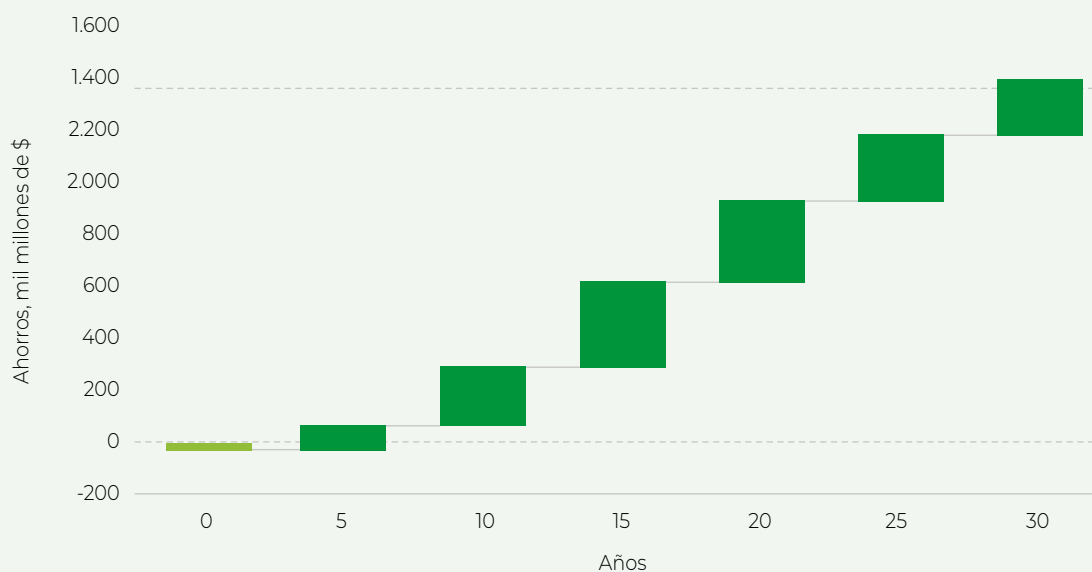
El estudio analiza cómo el seguimiento continuado de pacientes con hipertensión desde la farmacia comunitaria mejora el control de la presión arterial y reduce la aparición de eventos graves, como infartos, ictus, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal avanzada. Estos eventos concentran una parte muy significativa del gasto sanitario a largo plazo²¹¹.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

El impacto económico no se deriva de reducciones puntuales de costes, sino de la prevención acumulada de complicaciones graves en una población amplia y a lo largo del tiempo. La evaluación estima el efecto agregado del servicio cuando se aplica de forma sistemática a la población elegible²¹¹.

Los resultados muestran que la implantación del modelo a escala nacional podría generar 1.137 billones de dólares (≈958 billones de euros) en ahorro sanitario acumulado en un horizonte de 30 años. Expresado en términos anuales equivalentes, este impacto representa aproximadamente el 0,13% del PIB de Estados Unidos^{210,211}.

Figura 24 Ahorro sanitario acumulado asociado al control farmacéutico de la hipertensión en Estados Unidos



Nota interpretativa: El ahorro sanitario acumulado estimado procede fundamentalmente de la reducción de eventos cardiovasculares y renales de alto coste, que concentran la mayor parte del impacto económico asociado al control farmacéutico de la hipertensión. Cuando este tipo de intervención se implanta de forma sistemática a escala poblacional, el efecto agregado alcanza magnitudes relevantes, equivalentes a aproximadamente el 0,13% del producto interior bruto (PIB) en términos anuales. La evolución acumulada a lo largo del horizonte temporal analizado pone de relieve que una parte sustancial del beneficio económico se genera a medio y largo plazo, lo que refuerza el valor de intervenir de forma temprana y continuada sobre enfermedades crónicas altamente prevalentes.

Fuente: Dixon et al., (2023)²¹¹

5.3.1.4. Australia

Australia ha cuantificado el impacto económico de la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y el efecto de un servicio farmacéutico estructurado orientado a mejorar el uso correcto de los medicamentos²¹².

El análisis parte de una estimación del coste nacional asociado a la no adherencia, derivado del aumento de hospitalizaciones, consultas médicas y otros recursos sanitarios evitables. A partir de datos reales de farmacias comunitarias, el estudio evalúa el impacto económico de un programa basado en educación al paciente, identificación de barreras al tratamiento, establecimiento de objetivos y seguimiento continuado²¹².

Antes de la intervención, el coste anual de la no adherencia se estimaba en 10.400 millones de dólares australianos (≈6.060 millones de euros). Tras la implantación del servicio farmacéutico, este coste se redujo en 1.900 millones de dólares australianos anuales (≈1.110 millones de euros), como resultado de una menor utilización de recursos sanitarios evitables²¹². En términos relativos, el ahorro generado equivale aproximadamente al 0,07% del PIB de Australia^{210,212}.

Los estudios analizados muestran que el impacto económico asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios puede alcanzar una escala relevante cuando los servicios se prestan de forma sistemática y con suficiente cobertura. En estos contextos, la farmacia actúa como un mecanismo de eficiencia del sistema sanitario, capaz de reducir gastos evitables.

5.3.2. Evidencia económica en España

A diferencia de la evidencia internacional presentada en el apartado anterior, los estudios realizados en España no analizan el papel económico de los servicios farmacéuticos comunitarios a escala agregada del sistema sanitario, sino que se centran en la evaluación económica de servicios concretos implementados en contextos controlados o pilotos. Por este motivo, sus resultados no permiten cuantificar ahorros estructurales ni expresar el impacto en términos macroeconómicos, pero sí aportan información clave sobre la eficiencia relativa de distintas intervenciones farmacéuticas frente a la práctica habitual.

Estas evaluaciones responden a una pregunta fundamental desde la perspectiva económica: si, para un determinado nivel de inversión, los servicios prestados desde la farmacia comunitaria generan mayor valor (en términos de resultados en salud y utilización de recursos) que las alternativas habituales del sistema sanitario. En este sentido, constituyen un nivel de evidencia complementario al análisis macroeconómico, ya que permiten validar el potencial económico de los servicios farmacéuticos y orientar decisiones sobre su priorización, financiación y posible escalado.

Las evaluaciones españolas utilizan metodologías estándar en economía de la salud, fundamentalmente análisis coste-utilidad basados en los AVAC y en ratios coste-utilidad incremental (RCUI). Estas métricas permiten valorar el coste adicional de una intervención respecto a los beneficios generados, frente a la práctica habitual²¹³. En este apartado, dichas métricas se emplean como soporte técnico del análisis, priorizando la interpretación económica de los resultados y su relevancia para la organización del sistema sanitario.

La Tabla 13 sintetiza las principales evaluaciones económicas de servicios farmacéuticos comunitarios realizadas en España, presentando de forma homogénea el tipo de intervención y su resultado económico principal.

Tabla 13 Resumen de evaluaciones económicas de programas españoles en farmacia comunitaria

INTERVENCIÓN EVALUADA	AUTOR / AÑO	RESULTADOS PRINCIPALES (CLÍNICOS Y ECONÓMICOS)
Apoyo farmacéutico continuado para dejar de fumar	Gómez Martínez (2024) ¹⁶⁴	Menor coste total por paciente frente a la práctica habitual (reducción aproximada del 30 %).
Intervención estructurada para mejorar el uso de la medicación	Valverde-Merino (2021) ¹⁶¹	Servicio eficiente, con un coste adicional reducido y alta probabilidad de ser coste-efectivo.
Manejo protocolizado de problemas de salud leves	Amador-Fernández (2021) ⁶⁰	Alternativa eficiente; genera ahorro cuando sustituye consultas médicas innecesarias.
Optimización de tratamientos en personas mayores	Jódar-Sánchez (2015) ²¹⁴	Ahorro medio por paciente asociado a menor uso de urgencias y hospitalizaciones.

Nota interpretativa: En conjunto, las evaluaciones económicas realizadas en España muestran una coherencia clara en sus resultados, pese a la diversidad de servicios y contextos analizados. Los servicios farmacéuticos comunitarios evaluados generan valor económico bien porque reducen costes sanitarios directos, especialmente cuando actúan sobre pacientes de mayor complejidad, bien porque ofrecen mejoras en salud a un coste adicional reducido y aceptable para el sistema sanitario.

Fuentes: detalladas en la tabla

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

En el ámbito de la cesación tabáquica, la evaluación económica de un programa estructurado prestado desde la farmacia comunitaria muestra una reducción del coste total por paciente frente a la práctica habitual. El coste medio por persona se situó en 569€, frente a 841€ en la práctica habitual, lo que supone una reducción aproximada del 32%. Este ahorro se explica por una menor utilización de recursos sanitarios asociados al tabaquismo y sitúa a la intervención como eficiente incluso a corto plazo, reforzando el papel de la farmacia comunitaria en el abordaje de problemas de salud pública con elevada carga asistencial y gasto evitable¹⁶⁴.

En los servicios de apoyo a la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas, la intervención farmacéutica genera una ganancia adicional de salud con un incremento de coste muy limitado, estimado en 27,3€ por paciente en seis meses. El coste por unidad adicional de beneficio en salud se situó entre 1.500 y 2.100€ por AVAC, muy por debajo de los umbrales habitualmente aceptados en España, con una probabilidad de ser coste-efectivo cercana al 99%. Aunque no implica un ahorro presupuestario inmediato, el servicio muestra un alto valor por euro invertido, especialmente relevante en patologías crónicas de elevada prevalencia¹⁶¹.

La atención farmacéutica estructurada a síntomas menores constituye otro ejemplo relevante desde el punto de vista económico. Cuando este servicio sustituye consultas médicas innecesarias, la intervención resulta claramente eficiente y, en determinados escenarios, ahorradora. En el análisis principal, el coste por AVAC se situó en torno a 19.300€, dentro de los umbrales aceptados, mientras que en pacientes que acudían solicitando directamente un producto, un escenario habitual en farmacia, la intervención fue prácticamente neutra en costes y alcanzó una probabilidad de coste-efectividad superior al 97%, reforzando su papel como mecanismo de racionalización del uso de recursos asistenciales más costosos⁶⁰.

Por último, la revisión de la medicación con seguimiento en pacientes mayores polimedicados presenta uno de los perfiles económicos más favorables entre las intervenciones evaluadas en España. El servicio permitió reducir visitas a urgencias y hospitalizaciones evitables, generando un ahorro medio de 250€ por paciente en seis meses, al tiempo que mejoraba ligeramente los resultados en salud. Desde una perspectiva económica, se trata de una intervención dominante frente a la dispensación habitual, al combinar mayor efectividad con menores costes totales para el sistema sanitario²¹⁴.

La evidencia española disponible no permite cuantificar todavía el impacto económico agregado derivado de los servicios farmacéuticos comunitarios a nivel del sistema sanitario, pero demuestra de forma consistente que los servicios evaluados son eficientes y generan valor por cada euro invertido. Estos resultados refuerzan la idea de que el principal reto no es demostrar la viabilidad económica de los servicios farmacéuticos, sino avanzar hacia modelos que permitan su implantación sistemática y alcanzar niveles de cobertura suficientes para que su impacto trascienda el ámbito de los pilotos y contribuya de manera estructural a la sostenibilidad del sistema sanitario.

5.3.3. Lectura transversal de la evidencia económica por tipo de servicio

A diferencia de los análisis agregados a escala de sistema o de las evaluaciones económicas españolas más estructuradas, la evidencia organizada por tipo de servicio reúne estudios muy diversos en términos de diseño, horizonte temporal, perspectiva económica y resultados considerados. Esta heterogeneidad limita la posibilidad de cuantificar impactos comparables o de extraer conclusiones cerradas sobre magnitudes de ahorro. No obstante, cuando se analiza el conjunto de la literatura con una lógica interpretativa, emergen tendencias que

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

permiten entender dónde se concentra el mayor retorno económico potencial asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios.

Figura 25 Esquema exploratorio de la evidencia económica disponible por tipo de servicio (lectura transversal)



Nota interpretativa: La figura presenta una lectura transversal y cualitativa de la evidencia económica disponible, basada en la revisión conjunta de estudios con distintos diseños, contextos y horizontes temporales. La posición relativa de los distintos tipos de servicio refleja patrones recurrentes identificados en una proporción mayoritaria de los estudios revisados, y no implica una comparación directa ni cuantitativa de magnitudes de ahorro entre intervenciones. En términos generales, la evidencia disponible muestra que el mayor beneficio económico potencial se concentra en servicios dirigidos a pacientes de mayor complejidad clínica o farmacoterapéutica, así como en intervenciones que actúan en momentos asistenciales de alto riesgo, como las transiciones tras el alta hospitalaria. Por el contrario, otros servicios presentan resultados más heterogéneos o todavía incipientes desde el punto de vista económico, situándose como áreas con potencial que requieren una evaluación más robusta antes de su generalización. El objetivo de la figura es facilitar la interpretación estratégica de dónde se concentra, según la evidencia disponible, el mayor potencial relativo de generación de beneficio económico asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios.

Fuente: Elaboración propia

Desde una perspectiva económica, el primer patrón relevante es que los mayores beneficios tienden a asociarse a servicios que actúan sobre pacientes de mayor complejidad clínica o farmacoterapéutica. Las intervenciones dirigidas a personas polimedicadas, pacientes crónicos mal controlados o situaciones de alto riesgo (como las transiciones asistenciales tras un alta hospitalaria), muestran de forma recurrente reducciones en el uso de recursos sanitarios de alto coste, especialmente urgencias y hospitalizaciones evitables. En estos contextos, incluso intervenciones con un coste operativo moderado pueden resultar claramente eficientes o directamente ahorradoras, ya que previenen eventos con un impacto económico muy elevado para el sistema sanitario^{55,115,215-224}.

Un segundo patrón consistente es el valor económico de los servicios orientados a mejorar el uso de los medicamentos, en particular la adherencia terapéutica y la optimización de tratamientos. Aunque muchos de estos servicios no generan ahorro presupuestario inmediato, la mayoría de las evaluaciones concluyen que producen mejoras en salud a un coste reducido por unidad de beneficio. Desde el punto de vista económico, esto los sitúa dentro de los rangos de eficiencia aceptables para los sistemas sanitarios. La evidencia sugiere que, cuando estos servicios se prestan de forma continuada y alcanzan una cobertura suficiente, su impacto acumulado puede traducirse en una reducción estructural de complicaciones evitables y, por tanto, en un menor gasto sanitario a medio y largo plazo²²⁵⁻²²⁸.

Un tercer grupo de servicios con una señal económica clara es el relacionado con la resolución de problemas de salud de baja complejidad, como los programas de manejo estructurado de síntomas menores. En estos casos,

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

el beneficio económico no deriva tanto de grandes mejoras clínicas, sino de la sustitución eficiente de recursos asistenciales más costosos. La farmacia comunitaria actúa como primer nivel resolutorio, evitando consultas médicas o visitas a urgencias que no aportan valor añadido para este tipo de problemas. Desde una perspectiva económica, estos servicios tienden a situarse en un punto de eficiencia elevada, especialmente cuando se dirigen a escenarios habituales de la práctica real, como pacientes que acuden directamente a la farmacia solicitando un producto²²⁹.

La evidencia también muestra resultados favorables en servicios de cribado y diagnóstico precoz realizados en farmacia comunitaria, particularmente cuando permiten adelantar el diagnóstico o racionalizar circuitos asistenciales. En estos casos, el valor económico se explica por una combinación de mayor accesibilidad, reducción de tiempos de espera y utilización más eficiente de recursos médicos. No obstante, aunque los resultados son prometedores, este ámbito presenta una mayor variabilidad metodológica y depende en gran medida de la organización concreta del sistema sanitario y de la integración efectiva con otros niveles asistenciales^{230,231}.

En contraste, existen servicios con un potencial teórico elevado, pero cuya evidencia económica es todavía limitada o incipiente. Entre ellos se incluyen algunas intervenciones digitales, programas muy específicos de educación sanitaria o modelos complejos de atención domiciliaria. En estos casos, los estudios disponibles suelen mostrar señales positivas en términos de eficiencia, pero con horizontes temporales cortos, tamaños muestrales reducidos o diseños que dificultan la extrapolación a gran escala. Desde una perspectiva prudente, estos servicios pueden considerarse áreas con potencial, pero que requieren una evaluación más robusta antes de extraer conclusiones firmes sobre su impacto económico estructural^{232,233}.

La evidencia económica por tipo de servicio muestra que el valor de los servicios realizados en la farmacia comunitaria no se distribuye de forma uniforme, sino que se concentra especialmente en aquellas intervenciones que actúan sobre pacientes de mayor complejidad, momentos asistenciales de alto riesgo o situaciones donde se sustituyen recursos sanitarios más costosos. Los servicios orientados a la optimización de la farmacoterapia, el apoyo continuado a la adherencia en enfermedades crónicas y el manejo estructurado de problemas de baja complejidad presentan, de forma consistente, los perfiles económicos más favorables. Frente a ellos, existen otros servicios con resultados prometedores, pero todavía con evidencia limitada o heterogénea, cuyo impacto económico requiere una evaluación más robusta antes de su generalización. En conjunto, estos resultados refuerzan la necesidad de priorizar estratégicamente aquellos servicios farmacéuticos con mayor capacidad demostrada para generar eficiencia y contribuir de forma estructural a la sostenibilidad del sistema sanitario.

5.3.4. Ahorros no sanitarios e indirectos

A diferencia de los costes sanitarios directos (que se reflejan de forma más inmediata en los presupuestos del sistema de salud y han sido ampliamente estudiados), los ahorros no sanitarios e indirectos asociados a la actividad de la farmacia comunitaria han recibido una atención comparativamente menor en la literatura económica. Sin embargo, estos costes, relacionados con el tiempo de desplazamiento, la carga para cuidadores, la productividad laboral o la organización cotidiana de pacientes y familias, representan una dimensión

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

relevante del valor económico generado por los servicios farmacéuticos, especialmente en contextos de cronicidad, envejecimiento y dependencia funcional.

Uno de los ejercicios más sólidos para cuantificar esta dimensión es el realizado en Inglaterra (ver apartado 5.3.1), que estimó el valor social asociado a varios servicios farmacéuticos comunitarios ya integrados en el NHS, a partir de la mejora en resultados en salud medida en AVAC. Para aquellos servicios en los que fue posible realizar esta estimación, como el servicio de apoyo tras el inicio de un nuevo medicamento, la conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria, los programas de apoyo a pacientes con EPOC y la identificación de prescripciones de alto riesgo, el análisis mostró una generación conjunta de más de 136.000 AVAC, con una monetización equivalente superior a 2.700 millones de libras (≈ 3.106 millones de euros), lo que representa en torno al 0,1% del producto interior bruto del Reino Unido (Tabla 14)²⁰⁹.

Tabla 14

AVAC generados y su monetización estimada derivada de servicios farmacéuticos comunitarios en el NHS inglés

SERVICIO	AVAC ADICIONALES	MONETIZACIÓN DE LOS AVAC (MILLONES £)
Servicio de apoyo tras el inicio de un nuevo medicamento	115.236	2.300
Conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria	12.494	250
Programas de apoyo a pacientes con EPOC	7.280	146
Identificación de prescripciones de alto riesgo	1.017	20
Total	136.027	2.716

Nota interpretativa: La tabla muestra el valor social agregado generado por distintos servicios farmacéuticos comunitarios ya integrados en el NHS inglés, expresado en años de vida ajustados por calidad (AVAC) y en su correspondiente monetización económica. En términos de distribución, el servicio de apoyo tras el inicio de un nuevo medicamento concentra la mayor parte del impacto, al generar aproximadamente el 85% de los AVAC adicionales del valor económico total estimado. Los servicios de conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria y de apoyo a pacientes con EPOC aportan conjuntamente alrededor del 15% de los AVAC y de la monetización económica, mientras que la identificación de prescripciones de alto riesgo representa una contribución menor en términos relativos, aunque relevante desde una perspectiva de seguridad del paciente. En conjunto, la magnitud del impacto agregado (equivalente a más de 2.700 millones de libras), pone de manifiesto que estos servicios generan un valor social cuantificable y relevante a escala del sistema sanitario, reforzando el papel de la prestación estructurada de servicios farmacéuticos comunitarios como un componente estable de eficiencia y bienestar en el NHS.

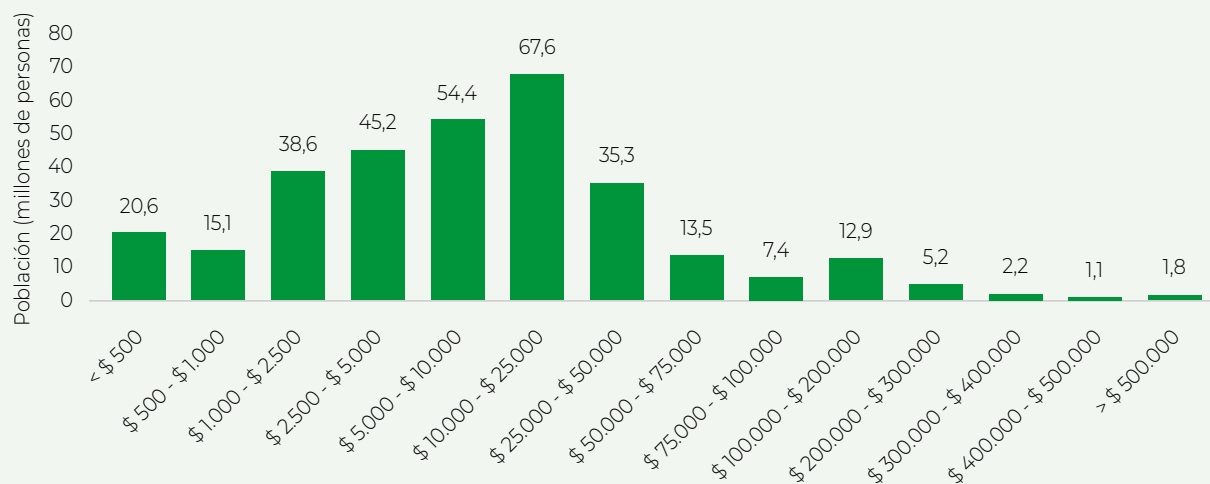
Fuente: Elaboración propia a partir de Universidad de York (2025)²⁰⁹

Otros estudios refuerzan esta lectura desde ángulos complementarios. En el ámbito de la prevención, la administración de vacunas por farmacéuticos en Canadá (concretamente las vacunas antineumocócicas y frente a tétanos y difteria), mostró un impacto económico relevante en términos de productividad preservada, al reducir los tiempos de espera asociados a la atención médica convencional. En una población de aproximadamente 800.000 habitantes, el tiempo total evitado se estimó en torno a 11.000 horas, lo que equivale a unas 1.375 jornadas laborales completas, un volumen de tiempo que adquiere relevancia económica cuando se analiza a escala poblacional²³⁴.

La evidencia también permite observar el fenómeno inverso: la pérdida de la farmacia comunitaria como punto de acceso cercano genera costes económicos indirectos elevados. En Estados Unidos, se estimó que el cierre de la farmacia más cercana genera, de media, 27.400 dólares anuales de costes adicionales por área censal, debido al aumento de desplazamientos, tiempo de viaje, consumo de combustible y pérdida de productividad laboral. En los territorios más afectados, estos costes indirectos pueden superar los 500.000 dólares (≈ 417.215 euros) anuales, alcanzando en algunos casos hasta 3,1 millones de dólares ($\approx 2,6$ millones de euros) al año, lo que equivale a más de 2.000 dólares (≈ 1.670 euros) adicionales por persona. Estos resultados ponen de relieve que la accesibilidad de la red de farmacias no es solo una cuestión sanitaria, sino un determinante económico con efectos relevantes a escala poblacional (Figura 26)²³⁵.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

Figura 26 Distribución de la población según el coste económico adicional anual derivado del cierre de la farmacia más cercana



Nota interpretativa: La figura muestra la distribución de la población según el coste económico adicional anual asociado al cierre de la farmacia más cercana, considerando incrementos en desplazamientos, tiempo de viaje y pérdidas de productividad. Los resultados indican que el impacto no es marginal: el mayor grupo poblacional analizado, que representa aproximadamente el 25% del total (alrededor de 67 millones de personas), soportaría un coste adicional anual situado en el intervalo de 10.000 a 25.000 dólares. En conjunto, más del 60% de la población se concentra en intervalos de coste adicional anual comprendidos entre 2.500 y 50.000 dólares, lo que evidencia que pequeñas variaciones en accesibilidad, cuando afectan a grandes segmentos de la población, pueden traducirse en impactos económicos agregados muy relevantes, especialmente en términos de costes indirectos. Estos resultados ponen de relieve que la accesibilidad de la red de farmacias no es únicamente una cuestión sanitaria, sino un determinante económico con efectos significativos a escala poblacional, reforzando el papel de la farmacia comunitaria como infraestructura de proximidad con implicaciones económicas y sociales relevantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de Adepoju et al., (2023)²³⁵

En el contexto español, incluso intervenciones puntuales han mostrado la capacidad de la farmacia comunitaria para generar ahorros no sanitarios relevantes. La experiencia de continuidad asistencial desarrollada durante la pandemia de la Covid-19 en Cantabria permitió que los pacientes recogieran medicación de dispensación hospitalaria en la farmacia comunitaria, evitando desplazamientos al hospital²³⁶.

En solo dos meses, esta reorganización evitó más de 93.000 kilómetros de desplazamientos y alrededor de 1.350 horas de viaje, equivalentes a unas 170 jornadas laborales completas, lo que se tradujo en ahorros no sanitarios superiores a 23.000 euros, derivados fundamentalmente de costes de transporte evitados y productividad preservada para pacientes y cuidadores²³⁶.

Aunque se trata de una experiencia acotada en el tiempo, su anualización situaría estos ahorros sociales en torno a 140.000 euros al año, una magnitud que, en términos relativos, representa alrededor del 0,12% del gasto farmacéutico anual de Cantabria, y que ilustra el potencial económico de rediseñar circuitos asistenciales apoyándose en la capilaridad de la red de farmacias^{236,237}.

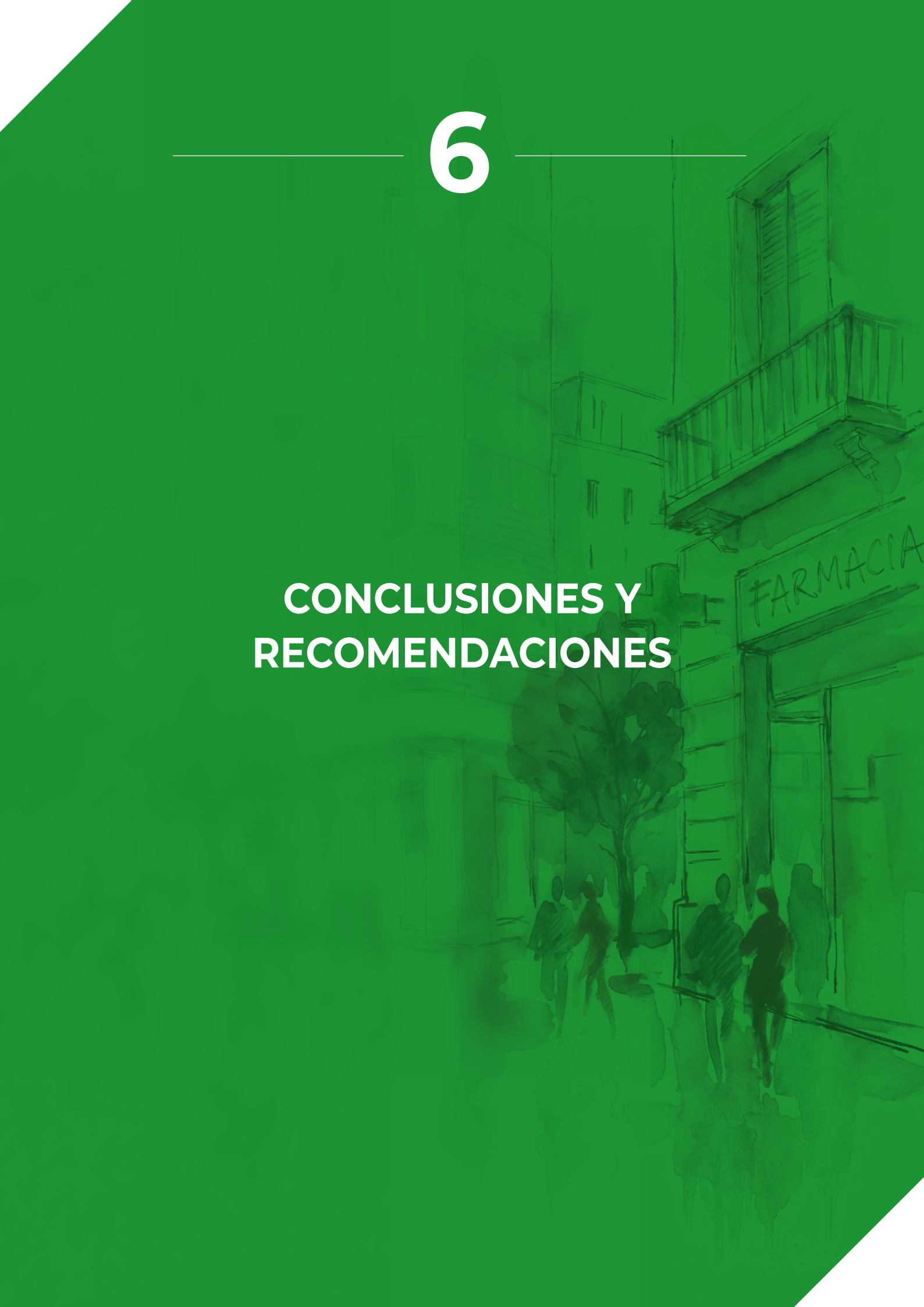
Además de la mejora de la continuidad asistencial observada en Cantabria, un estudio nacional sobre experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de diagnóstico hospitalario sugiere impactos indirectos relevantes. Según este análisis, un modelo de colaboración extendido a todo el país podría traducirse en la recuperación de aproximadamente 12,4 millones de horas de trabajo y en una reducción de las pérdidas de productividad estimada en torno a 652 millones de euros anuales. En los territorios donde se ha aplicado, la dispensación desde la farmacia comunitaria ha evitado a los pacientes decenas de miles de desplazamientos, reduciendo de forma significativa el tiempo y los costes asociados a la recogida de medicación hospitalaria^{238,239}.

EL VALOR DE LA FARMACIA COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

La evidencia disponible indica que el valor económico de las intervenciones realizadas en la farmacia comunitaria se extiende más allá de los costes sanitarios directos, incorporando ahorros no sanitarios e indirectos asociados a una mayor accesibilidad y a la reducción de desplazamientos, tiempos de espera y pérdidas de productividad. Aunque esta dimensión ha sido menos cuantificada, los resultados existentes muestran que pequeñas mejoras organizativas, cuando se analizan a escala poblacional, pueden generar un impacto económico agregado relevante. En este sentido, la red de farmacias actúa como una infraestructura de proximidad que contribuye a reducir costes sociales ocultos y a reforzar la eficiencia global del sistema sanitario desde una perspectiva social amplia.

6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



6.1. CONCLUSIONES

El análisis desarrollado a lo largo de este informe muestra que la farmacia comunitaria se encuentra inmersa en un proceso de evolución progresiva desde un modelo centrado en la dispensación del medicamento hacia un enfoque de atención farmacéutica con un mayor contenido asistencial. Esta evolución se interpreta como una respuesta estructural a los cambios demográficos, epidemiológicos y organizativos que afrontan los sistemas sanitarios, y constituye el marco conceptual sobre el que se articulan los análisis clínicos, sociales y económicos presentados. En el contexto español, esta transición se ha producido de forma gradual y heterogénea, coexistiendo el modelo tradicional de dispensación con iniciativas orientadas a una atención más estructurada y centrada en el paciente.

- **Perspectiva clínica:** la evidencia revisada indica que la intervención del farmacéutico comunitario puede asociarse a mejoras en resultados en salud en ámbitos concretos. En particular, se observan **efectos positivos en el manejo de enfermedades crónicas de alta prevalencia, en la mejora de la adherencia terapéutica y en el desarrollo de actividades de prevención y detección precoz**. Estas contribuciones se apoyan en la accesibilidad de la farmacia comunitaria y en su contacto continuado con los pacientes en la práctica asistencial cotidiana. Aunque los resultados no son homogéneos para todas las intervenciones, la evidencia muestra de forma consistente que las actuaciones estructuradas y evaluables presentan un mayor potencial de impacto clínico que las iniciativas puntuales. En este contexto, la mejora de la adherencia terapéutica se identifica como uno de los principales mecanismos a través de los cuales la intervención farmacéutica se traduce en mejores resultados en salud y en una mayor continuidad del tratamiento.
- **Perspectiva social:** los resultados del informe sitúan a la farmacia comunitaria como un recurso sanitario con capacidad para generar valor más allá de los resultados clínicos estrictos. La evidencia analizada muestra mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud y en la satisfacción de los usuarios de la farmacia comunitaria, así como una contribución relevante a la equidad en el acceso a la atención sanitaria. La amplia implantación territorial de la red de farmacias comunitarias, junto con su proximidad y aceptación social, refuerza su papel como elemento de cohesión territorial, especialmente en entornos rurales y zonas con menor dotación de recursos sanitarios. En este contexto, **la farmacia comunitaria puede actuar como punto de contacto sanitario accesible y continuado, contribuyendo a la continuidad asistencial de poblaciones con mayor dificultad de acceso a un centro sanitario**. Este valor social se alinea con los retos actuales del sistema sanitario, como el envejecimiento poblacional, la dependencia y el aumento de la cronicidad.
- **Perspectiva económica:** la evidencia analizada muestra que la farmacia comunitaria genera valor para el sistema sanitario cuando su intervención se orienta a ámbitos específicos, se presta de forma estructurada y alcanza una escala suficiente. A escala poblacional, **estos servicios pueden generar impactos económicos de magnitud macroeconómica, equivalentes a varias décimas del PIB en sistemas sanitarios desarrollados**. Este valor se concentra especialmente en servicios que abordan ineficiencias estructurales del sistema, como el uso inadecuado de los medicamentos, la falta de adherencia terapéutica, la polimedicación compleja o determinadas transiciones asistenciales de riesgo. La evidencia internacional y nacional coincide en que estas intervenciones son, en general, eficientes y, en algunos casos, ahorradoras, especialmente cuando se dirigen a poblaciones de mayor complejidad o sustituyen recursos asistenciales más costosos. En el contexto español, su principal limitación es el carácter fragmentado y de cobertura limitada de muchas experiencias y la evidencia no respalda una expansión indiscriminada, sino una priorización selectiva según tipo de servicio, población diana e integración asistencial.

Asimismo, el análisis pone de relieve que **el valor económico de la farmacia comunitaria no se limita a los costes sanitarios directos, sino que incorpora una dimensión de ahorros no sanitarios e indirectos asociados a la accesibilidad, la reducción de desplazamientos, el ahorro de tiempo y la preservación de la productividad de pacientes y cuidadores**. Aunque esta dimensión ha sido menos cuantificada, los resultados disponibles sugieren que pequeñas mejoras organizativas, cuando se analizan a escala poblacional, pueden generar un impacto económico agregado relevante desde una perspectiva social amplia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conjunto, las conclusiones del informe indican que el valor clínico, social y económico de la farmacia comunitaria se deriva fundamentalmente de la prestación de servicios profesionales concretos, definidos y evaluables, más que de actuaciones aisladas. **La evidencia presentada permite situar a la farmacia comunitaria como un elemento clave dentro del sistema sanitario, cuyo potencial depende del grado de estructuración de los servicios y de su alineación con las prioridades y necesidades del propio sistema.**

6.2. RECOMENDACIONES

A partir del análisis desarrollado a lo largo del presente informe y de las conclusiones extraídas en los distintos capítulos, se ha elaborado un decálogo de recomendaciones que sintetiza las principales consideraciones derivadas de la evidencia revisada. Este decálogo aglutina los elementos clave identificados en el análisis clínico, social y económico del valor de la farmacia comunitaria, y recoge aquellos ámbitos que, de acuerdo con los resultados presentados, resultan más relevantes para orientar la reflexión y la toma de decisiones en el contexto del sistema sanitario español.



1. Avanzar hacia una **mayor integración funcional y sistemática de la farmacia comunitaria en los circuitos asistenciales del sistema sanitario**, favoreciendo modelos de colaboración definidos con la atención primaria y otros profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente.



2. Reforzar la **coordinación entre farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria** en aquellos procesos clínicos donde la continuidad asistencial y las transiciones de cuidados de los pacientes concentran un mayor riesgo y complejidad.



3. Priorizar los **servicios farmacéuticos comunitarios en ámbitos donde la evidencia clínica y económica muestra mayor impacto en resultados en salud y eficiencia**, orientando la priorización hacia la reducción de hospitalizaciones, urgencias y eventos de alto coste.



4. Superar el carácter piloto y fragmentado de muchas experiencias en estudios y ensayos, mediante la **progresiva implantación de modelos de prestación sistemáticos, estables, estructurados y evaluables**, con una cobertura suficiente para generar impacto en la salud de la población.



5. Aprovechar la **red existente de farmacias comunitarias como infraestructura sanitaria de proximidad**, especialmente en entornos rurales y zonas con menor disponibilidad de otros recursos sanitarios asistenciales.



6. Orientar la **prestación de servicios farmacéuticos comunitarios hacia poblaciones y situaciones de mayor complejidad clínica**, como la cronicidad y la polimedicación.



7. **Impulsar la formación** de los farmacéuticos comunitarios en el marco de estándares internacionales y alineada con el desarrollo de servicios evaluables y basados en evidencia.



8. Reforzar la **formación clínica en aquellas áreas terapéuticas con mayor carga asistencial o complejidad**, cuando exista evidencia de que la intervención farmacéutica puede aportar valor añadido.



9. Promover la **generación, publicación y disseminación sistemática de evidencia sobre el impacto de los servicios farmacéuticos comunitarios**, incluyendo resultados y limitaciones, junto con evaluaciones económicas que permitan su comparación con otras alternativas del sistema sanitario.



10. Integrar de forma progresiva las **actividades de prevención y detección precoz desarrolladas desde la farmacia comunitaria en las estrategias de salud pública**, como complemento a otros niveles asistenciales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conjunto, el análisis presentado pone de manifiesto que la farmacia comunitaria dispone de un margen de desarrollo futuro estrechamente ligado a su capacidad para responder, de forma estructurada y basada en evidencia, a los retos que afronta el sistema sanitario. La evolución demográfica, el aumento de la cronicidad y la complejidad creciente de los tratamientos configuran un contexto en el que el aprovechamiento ordenado de los recursos asistenciales existentes adquiere una relevancia creciente. En este escenario, las conclusiones y recomendaciones recogidas en este informe permiten situar a la farmacia comunitaria como un elemento con enorme potencial para contribuir a la mejora de la eficiencia, la equidad y la calidad de la atención sanitaria, siempre que su desarrollo se aborde de manera coherente con las prioridades del sistema y sustentada en la evidencia disponible.

REFERENCIAS

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Ageing and health [Internet]. 2025 [citado 17 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/component-88.html
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Crecimiento y Estructura de la Población. Proporción de población mayor de cierta edad por año (2024-2074) [Internet]. Madrid; 2025 [citado 17 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=36666&L=0>
3. Nicholson K, Liu W, Fitzpatrick D, Hardacre KA, Roberts S, Salerno J, et al. Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: a systematic review. *Lancet Healthy Longev*. 2024;5(4):e287-96. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00007-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00007-2)
4. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):601. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x>
5. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Fiscal Sustainability of Health Systems [Internet]. 2024 [citado 17 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en.html
6. World Pharmacy Council. Community Pharmacy is key to more resilient healthcare systems [Internet]. 2023 [citado 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.worldpharmacycouncil.org/position-statement-community-pharmacy-is-key>
7. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Skills for the future health workforce [Internet]. 2021 [citado 17 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/skills-for-the-future-health-workforce_68fb5f08-en.html
8. Mossialos E, Naci H, Courtin E. Expanding the role of community pharmacists: Policymaking in the absence of policy-relevant evidence? *Health Policy*. 2013;111(2):135-48. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.003>
9. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-43.
10. International Pharmaceutical Federation (IPF). Centennial Declaration. Improving Global Health by Closing Gaps in the Development, Distribution, and Responsible Use of Medicines [Internet]. 2012 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/farmaciaiinternacional/fip/declaracionguias/Documents/Centennial%20Declaration%20final%20version.pdf>
11. Rijcken C. Scenery of pharmaceutical care. En: *Pharmaceutical Care in Digital Revolution*. Academic Press; 2019. p. 47-63. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817638-2.00006-7>
12. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Res Soc Adm Pharm*. 2013;9(6):989-95. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.02.005>
13. World Health Organization (WHO), International Pharmaceutical Federation (IPF). Good Pharmacy Practice. Joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for quality of pharmacy services [Internet]. 2013 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/medicines/norms-and-standards/guidelines/distribution/trs961-annex8-fipwhoguidelinesgoodpharmacypractice.pdf>
14. Federación Internacional de Farmacéuticos. Declaración política de la FIP. Atención farmacéutica centrada en las personas [Internet]. 2025 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2025/10/ANEXO-20_DECLARACION-PHARMACEUTICAL-CARE_COUNCIL_FIP_2025_Es.pdf
15. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Vision 2020 [Internet]. 2018 [citado 12 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.fip.org/CPSvision/data/FIP%20Vision%202020.pdf>
16. Council of Europe. CM/Res(2020)3. Resolution on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services (Adopted by the Committee of Ministers on 11 March 2020 at the 1370th meeting of the Ministers' Deputies) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://rm.coe.int/09000016809cdf26>
17. Dalton K, Byrne S. Role of the pharmacist in reducing healthcare costs: current insights. *Integr Pharm Res Pract*. 2017;6:37-46. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S108047>

REFERENCIAS

18. International Pharmaceutical Federation (FIP). Community pharmacy at a glance 2021: Regulation, scope of practice, remuneration, and distribution of medicines through community pharmacy premises and other outlets [Internet]. 2021 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.fip.org/file/5015>
19. The Pharmacy Guild of Australia. Submission to the competition policy review [Internet]. 2014 [citado 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.guild.org.au/_data/assets/pdf_file/0010/6121/pgoa-submission-to-the-competition-policy-review-june-2014_573492_3.pdf
20. Dineen-Griffin S, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Australia. *Pharm Pract Granada*. 2020 [citado 30 de enero de 2026];18(2). <https://doi.org/10.18549/pharm-pract.2020.2.1967>
21. Seda V, Carter SR, Moles RJ, Schneider CR. Implementation priorities in Australian community pharmacy: A semi-structured survey of Australian pharmacists. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2025;21:100683. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2025.100683>
22. Liu S, Paes D, Al Hamarneh YN, Tsuyuki RT. Canadian Pharmacists Association: Transforming Primary Care in Canada Summit 2024: White paper. *Can Pharm J (Ott)*. 2024 Oct 12;157(6):281-4. <https://doi.org/10.1177/17151635241285920>
23. Wilbur K, Kelly D, Jorgenson D. Interprofessional collaboration in pharmacist-led primary care clinics. *Can Pharm J CPJ*. 2025;158(3):172-9. <https://doi.org/10.1177/17151635241312423>
24. Zed PJ, Loewen PS, Kapanen AI, Nemir A, Salil A. The Pharmacists in Primary Care Network Program: Practice innovation in British Columbia. *Can Pharm J (Ott)*. 2025;158(5):265-9. <https://doi.org/10.1177/17151635251353242>
25. Essilini A, Pierre A, Bocquier A, Pulcini C, Wilcke C, Gravoulet J, et al. Community pharmacists' views on their current role and future opportunities for antibiotic stewardship: a French qualitative study. *JAC-Antimicrob Resist*. 2021;3(3):dlab129. <https://doi.org/10.1093/jacamr/dlab129>
26. Bosson L, Veyer F, Bardet J-D, Vermorel C, Foote A, Allenet B, et al. Evidence-Based Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: A Survey of 595 French Pharmacists. *Pharmacy*. 2023;11(5):161. <https://doi.org/10.3390/pharmacy11050161>
27. Piraux A, Angibaud M, Nizet P, Navas D, Sallenave-Namont C, Prot-Labarthe S, et al. Factors influencing French community pharmacists' willingness to participate in research projects: a mixed method study. *BMC Prim Care*. 2023;24:229. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02163-w>
28. Peletidi A, Petrides M, Birlirakis V, Klimentidis D, Liaras K, Petrou C. Advanced clinical services in community pharmacies: training challenges and real-world applications – a focus on Greek-speaking countries. *J Pharm Policy Pract*. 2025;18(1):2455066. <https://doi.org/10.1080/20523211.2025.2455066>
29. National Health System (NHS England). Community Pharmacy Contractual Framework 2019-2024 [Internet]. 2021 [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/community-pharmacy-contractual-framework/>
30. National Health System (NHS England). Pharmacy First [Internet]. 2024 [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/pharmacy-services/pharmacy-first/>
31. Giulio de Belvis A, Meregaglia M, Morsella A, Adduci A, Perilli A, Cascini F, Solipaca A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A, Scarpetti G. Italy: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2022 Dec;24(4):1-236.
32. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Spain. *Pharm Pract Granada*. 2020 [citado 1 de febrero de 2026];18(2). <https://doi.org/10.18549/pharm-pract.2020.2.1999>
33. Piquer-Martínez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, Calvo B, García-Cárdenas V, Amador-Fernandez N, et al. Strategic interventions and a novel model for the integration of community pharmacy and primary care in Spain: qualitative insights. *BMJ Open*. 2024;14(12):e086285. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086285>
34. Urionagüena A, Piquer-Martínez C, Benrimoj SI, Calvo B, García-Cárdenas V, Martínez-Martínez F, et al. Community pharmacy & primary care integration: qualitative study on stakeholders' opinions and interventions. *J Pharm Policy Pract*. 2024 Sep 6;17(1):2395551. <https://doi.org/10.1080/20523211.2024.2395551>
35. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2013 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/2384/Buenas-Practicas-Profesionales.pdf>

REFERENCIAS

36. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), Fundación Pharmaceutical Care. Declaración de la profesión farmacéutica: farmacia Comunitaria [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.sefac.org/sites/default/files/2018-05/Declaracion%20FC.pdf>
37. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2024. 2025.
38. Bektay MY, Ayhan YE, Çakmak M, Mercumek B. Identification and evaluation of drug-related problems in community pharmacy in Turkey: a descriptive prevalence study. BMC Prim Care. 2025;26:248. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02926-7>
39. Gutiérrez-Igual S, Lucas-Domínguez R, Sendra-Lillo J, Martí-Rodrigo A, Crespo IR, Montesinos MC. Impact of pharmacist-led interventions in identifying and resolving drug-related problems and potentially inappropriate prescriptions among rural patients: A pilot study. Explor Res Clin Soc Pharm. 2024;16:100536. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100536>
40. Williams M, Peterson GM, Tenni PC, Bindoff IK. A clinical knowledge measurement tool to assess the ability of community pharmacists to detect drug-related problems. Int J Pharm Pract. 2012;20(4):238-48. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00188.x>
41. Stehlik P, Moles R, Jones M, Murray A, El-Den S, Morgan M, et al. Community pharmacists' referrals to General Practice with suspected need of antibiotics: an Australian cross-sectional pilot study. Int J Pharm Pract. 2025;33(3):256-61. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riaf009>
42. Serhal S, Krass I, Emmerton L, Bereznicki B, Bereznicki L, Bosnic-Anticevich S, et al. Patient uptake and outcomes following pharmacist-initiated referrals to general practitioners for asthma review. NPJ Prim Care Respir Med. 2022;32(1):53. <https://doi.org/10.1038/s41533-022-00315-6>
43. Huysmans K, De Wulf I, Foulon V, De Loof H, Steurbaut S, Boussery K, et al. [Drug related problems in Belgian community pharmacies]. J Pharm Belg. 2014;(1):4-15.
44. Fentie AM, Huluka SA, Gebremariam GT, Gebretekle GB, Abebe E, Fenta TG. Impact of pharmacist-led interventions on medication-related problems among patients treated for cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. Res Soc Adm Pharm. 2024;20(5):487-97. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.02.006>
45. Lallemand A, Verrue C, Santi A, Delhay N, Willaert M, Attipoe A, et al. Evaluation of community pharmacist follow-up supported by the use of healthcare technology for type 2 diabetes patients. Explor Res Clin Soc Pharm. 2023;12:100330. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100330>
46. Nogueira M, Otuyama LJ, Rocha PA, Pinto VB. Pharmaceutical care-based interventions in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Einstein São Paulo. 2020;18:eRW4686. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4686
47. Alhabib S, Aldraimly M, Alfarhan A. An evolving role of clinical pharmacists in managing diabetes: Evidence from the literature. Saudi Pharm J. 2016;24(4):441-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2014.07.008>
48. van Eikenhorst L, Taxis K, van Dijk L, de Gier H. Pharmacist-Led Self-management Interventions to Improve Diabetes Outcomes. A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Front Pharmacol. 2017 [citado 13 de noviembre de 2025];8. <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00891>
49. Ullibarri N, Gastelurrutia MÁ, Erazo F, Ocáriz ML de, Martiarena A, Díez B, et al. Programa de seguimiento farmacoterapéutico integral a pacientes crónicos y polimedicados. Programa Piloto en pacientes con Diabetes tipo 2. Resultados. Pharm Care Esp. 2022;24(6):35-65. <https://doi.org/10.60103/phc.v24i6.791>
50. Zehra A, Gerstle D, Ali FM, Ali M, Mejia-Lancheros C, Fazli GS. A Scoping Review on Community-based Diabetes Screening Interventions: Paving the Pathway to Early Care and Prevention of Diabetes. Curr Diab Rep. 2025;25(1):51. <https://doi.org/10.1007/s11892-025-01605-2>
51. Radley A, Beer L, Rushdi D, Close H, McBurney S, Mackenzie A, et al. Implementation of point-of-care HbA1c instruments into community pharmacies: Initial development of a pathway for robust community testing. Ann Clin Biochem. 2024;61(4):273-83. <https://doi.org/10.1177/00045632231219380>
52. Coutureau C, Slimano F, Mongaret C, Kanagaratnam L. Impact of Pharmacists-Led Interventions in Primary Care for Adults with Type 2 Diabetes on HbA1c Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):3156. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063156>

REFERENCIAS

53. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, Lyra DP. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. *J Am Pharm Assoc.* 2012;52(4):515-8. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.11015>
54. Penín Álvarez Ó, Villasuso Cores B, Rojo Fernández JC, Blanco González MI, Blanco González L. Proyecto 'KAIRÓS': monitorización ambulatoria de la presión arterial en farmacia comunitaria. Control y seguimiento de la presión arterial en pacientes hipertensos ancianos tratados. *Farm Comunitarios.* 2018;10(2):21-6. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2018/Vol10\).002.04](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2018/Vol10).002.04)
55. Houle SKD, Chuck AW, McAlister FA, Tsuyuki RT. Effect of a pharmacist-managed hypertension program on health system costs: an evaluation of the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists-Hypertension (SCRIP-HTN). *Pharmacotherapy.* 2012;32(6):527-37. <https://doi.org/10.1002/j.1875-9114.2012.01097.x>
56. Zaragoza-Fernández P, Gastelurrutia MÁ, Cardero M, Martínez-Martínez F. Intensive two-month intervention on diet and lifestyle in uncontrolled hypertensive patients in a community pharmacy. *Lat Am J Pharm.* 2012;31,(5):727-33.
57. Charrois TL, Zolezzi M, Koshman SL, Pearson G, Makowsky M, Durec T, et al. A Systematic Review of the Evidence for Pharmacist Care of Patients With Dyslipidemia. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2012;32(3):222-33. <https://doi.org/10.1002/j.1875-9114.2012.01022.x>
58. McNamara KP, Peterson GM, Hughes J, Krass I, Versace V, Clark RA, et al. Cardiovascular Disease Risk Assessment in Australian Community Pharmacy. *Heart Lung Circ.* 2017;26(7):667-76. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.10.016>
59. Omboni S, Caserini M. Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases. *Open Heart.* 2018;5(1):e000687. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2017-000687>
60. Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MÁ, Prats-Más R, Marín-Magán F, et al. Effectiveness of Dader Method for Pharmaceutical Care on Control of Blood Pressure and Total Cholesterol in Outpatients with Cardiovascular Disease or Cardiovascular Risk: EMDADER-CV Randomized Controlled Trial. *J Manag Care Pharm.* 2012;18(4):311-23. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2012.18.4.311>
61. Swieczkowski D, Merks P, Gruchala M, Jaguszewski MJ. The role of the pharmacist in the care of patients with cardiovascular diseases. *Kardiologia Pol Heart J.* 2016;74(11):1319-26. <https://doi.org/10.5603/KP.a2016.0136>
62. Morton K, Pattison H, Langley C, Powell R. A qualitative study of English community pharmacists' experiences of providing lifestyle advice to patients with cardiovascular disease. *Res Soc Adm Pharm.* 2015;11(1):e17-29. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.04.006>
63. Manouchehri M, Fernández-Alfonso MS, Gil-Ortega M. Impact of intervention of community pharmacists on cardiovascular outcomes in Spain: A systematic review. *J Pharm Pharmacogn Res.* 2022;10(5):952-76. https://doi.org/10.56499/jppres22.1422_10.5.952
64. Luque R, Martínez-Martínez F, Martí M, Gastelurrutia MA, Dago A, Andrés J. Revisión sistemática de los estudios españoles sobre atención farmacéutica comunitaria en hipertensión arterial. *Pharm Care Esp.* 2014;16(5):193-202.
65. Fikri-Benbrahim N, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Alsina DG-S, Sabater-Hernández D. Effect of a pharmacist intervention in Spanish community pharmacies on blood pressure control in hypertensive patients. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 2012;69(15):1311-8. <https://doi.org/10.2146/ajhp110616>
66. Martín Oliveros A, Iracheta Todó M, de Diego Colilla V, Gil Sáenz E, Arenas Benítez I, Xalabarder Anglís A, et al. Evaluación del impacto clínico de un servicio de indicación y preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) en pacientes hipertensos crónicos polimedicados no adherentes frente a grupo control en farmacia comunitaria. *Análisis resultados es 2018;10(Suplemento 1):357.*
67. Oñatibia-Astibia A, Malet-Larrea A, Larrañaga B, Gastelurrutia MÁ, Calvo B, Ramírez D, et al. Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial. *Health Serv Res.* 2019;54(3):658-68. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13152>
68. Rodríguez-Chamorro A, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MA, Amariles P, Martínez-Martínez F, Pérez-Merino EM, et al. Effectiveness of Pharmacotherapy Follow-Up for the Control of Hypertensive Patients in Community Pharmacies: EMDADER-HTA Study. *Lat Am J Pharm.* 2013; 32 (7): 982-8.
69. Marín Armero A, Hernández MAC, Pérez-Vicente S, Martínez-Martínez F. Pharmaceutical care in smoking cessation. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:209-15. <https://doi.org/10.2147/PPA.S67707>

REFERENCIAS

70. Bofí Martínez P, García Jiménez E, Martínez-Martínez F. Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Aten Primaria*. 2015;47(3):141-8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.012>
71. Ocampo CC, García-Cardenas V, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):931-40. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0145-9>
72. Barris Blundell D. Resultados del servicio de cribado de pacientes hipertensos y de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2016;18(5):206-14.
73. Huete L, Manzano-Lista FJ, Aránguez I, Fernández-Alfonso MS. Impact of pharmacist's intervention on reducing cardiovascular risk in obese patients. *Int J Clin Pharm*. 2019;41(4):1099-1109. <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00856-w>
74. García-Cárdenas V, Armour C, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Rotta I, Fernandez-Llmos F. Pharmacists' interventions on clinical asthma outcomes: a systematic review. *Eur Respir J*. 2016;47(4):1134-43. <https://doi.org/10.1183/13993003.01497-2015>
75. Davis E, Marra C, Gamble J-M, Farrell J, Lockyer J, FitzGerald JM, et al. Effectiveness of a pharmacist-driven intervention in COPD (EPIC): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016 [citado 2 de diciembre de 2025];17. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1623-7>
76. Shiwaku E, Dote S, Kaneko S, Hei C, Aikawa M, Sakai Y, et al. Pharmacist involvement in the inhaler choice improves lung function in patients with COPD: a prospective single-arm study. *J Pharm Health Care Sci*. 2021;7:28. <https://doi.org/10.1186/s40780-021-00211-0>
77. Kovačević M, Čulafić M, Jovanović M, Vučićević K, Kovačević SV, Miljković B. Impact of community pharmacists' interventions on asthma self-management care. *Res Soc Adm Pharm*. 2018;14(6):603-11. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.007>
78. García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Kenny P, Martínez-Martínez F, Faus MJ, Benrimoj SI. Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial. *Respir Med*. 2013;107(9):1346-55. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.05.014>
79. van Boven JF, Tommelein E, Boussery K, Mehuys E, Vegter S, Brusselle GG, et al. Improving inhaler adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cost-effectiveness analysis. *Respir Res*. 2014;15:66. <https://doi.org/10.1186/1465-9921-15-66>
80. Bollmeier S, Prosser T. Community pharmacy-based asthma services: current perspectives and future directions. *Integr Pharm Res Pract*. 2014;2014:49. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S47331>
81. van der Molen T, van Boven JFM, Maguire T, Goyal P, Altman P. Optimizing identification and management of COPD patients – reviewing the role of the community pharmacist. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(1):192-201. <https://doi.org/10.1111/bcp.13087>
82. Makhinova T, Johnson A, Minhas-Sandhu JK, Neczyk C, Bhutani M, Eurich DT. Pharmacists' chronic disease management in chronic obstructive pulmonary disease: Effect on health services utilization. *J Manag Care Spec Pharm*. 2023;29(6):671-9. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2023.29.6.671>
83. Tommelein E, Mehuys E, Hees TV, Adriaens E, Bortel LV, Christiaens T, et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2013;77(5):756-66. <https://doi.org/10.1111/bcp.12242>
84. Schnoor K, Versluis A, Bakema R, Luenen S van, Kooij MJ, Heuvel JM van den, et al. A Pharmacy-Based eHealth Intervention Promoting Correct Use of Medication in Patients With Asthma and COPD: Nonrandomized Pre-Post Study. *J Med Internet Res*. 2022;24(6):e32396. <https://doi.org/10.2196/32396>
85. Hesso I, Gebara SN, Kayyali R. Impact of community pharmacists in COPD management: Inhalation technique and medication adherence. *Respir Med*. 2016;118:22-30. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.07.010>
86. Ottenbros S, Teichert M, de Groot R, Griens F, Sodihardjo F, Wensing M, et al. Pharmacist-led intervention study to improve drug therapy in asthma and COPD patients. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(2):336-44. <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9887-4>

REFERENCIAS

87. Petite SE, Hess MW, Wachtel H. The Role of the Pharmacist in Inhaler Selection and Education in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pharm Technol JPT Off Publ Assoc Pharm Tech*. 2021;37(2):95-106. <https://doi.org/10.1177/8755122520937649>.
88. Alton S, Farndon L. The impact of community pharmacy-led medicines management support for people with COPD. *Br J Community Nurs*. 2018;23(6):266-71. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.6.266>
89. Castillo D, Burgos F, Gascón MP. The Role of Community Pharmacies in Respiratory Disease Control. *Arch Bronconeumol Engl Ed*. 2015;51(9):429-30. <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2015.06.016>
90. Hudd TR. Emerging role of pharmacists in managing patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health-Syst Pharm AJHP*. 2020;77(19):1625-30. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa216>
91. Hu Y, Yao D, Ung COL, Hu H. <p>Promoting Community Pharmacy Practice for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Management: A Systematic Review and Logic Model</p>. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2020;15:1863-75. <https://doi.org/10.2147/COPD.S254477>
92. Sánchez N, Plaza FJ, Anocha J, Landete P. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Community Pharmacies: Respirafarma Project. En: IPCRG. Brasov; 2025 [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ipcrg.org/2025050>
93. World Health Organization (WHO). Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003. 206 p.
94. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2018;16(3):226-32.
95. Ágh T, Garuolienė K, Granas AG, Gregório J, Aksoy N, Khanyk N, et al. Identifying and presenting key country-specific indicators related to medication adherence: a comprehensive study across European countries. *Front Pharmacol*. 2024;15. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1390629>
96. Choudhry NK, Glynn RJ, Avorn J, Lee JL, Brennan TA, Reisman L, et al. Untangling the relationship between medication adherence and post-myocardial infarction outcomes. *Am Heart J*. 2014;167(1):51-58.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2013.09.014>
97. van Boven JFM, Stuurman-Bieze AGG, Hiddink EG, Postma MJ, Vegter S. Medication Monitoring and Optimization: A Targeted Pharmacist Program for Effective and Cost-Effective Improvement of Chronic Therapy Adherence. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(8):786-92. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.8.786>
98. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract*. 2018 Oct;26(5):387-397. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12462>.
99. Al-Arkee S, Al-Ani O. Community pharmacist-led interventions to improve medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Pharm Pract*. 2023;31(3):269-75. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riad013>
100. Mackridge AJ, Wood EM, Hughes DA. Improving medication adherence in the community: a purposive umbrella review of effective patient-directed interventions that are readily implementable in the United Kingdom National Health Service. *Int J Clin Pharm*. 2025;47(3):640-53. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-01885-4>
101. Waring J, Latif A, Boyd M, Barber N, Elliott R. Pastoral power in the community pharmacy: A Foucauldian analysis of services to promote patient adherence to new medicine use. *Soc Sci Med*. 2016;148:123-30. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2015.11.049>
102. Simpson SH, Lin M, Eurich DT. Community Pharmacy-Based Inducement Programs Associated With Better Medication Adherence: A Cohort Study. *Ann Pharmacother*. 2017;51(8):630-9. <https://doi.org/10.1177/1060028017703720>
103. Jokanovic N, Tan EC, Sudhakaran S, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Ryan-Atwood TE, et al. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. *Res Soc Adm Pharm RSAP*. 2017;13(4):661-85. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.08.005>
104. van Boven JFM, Ryan D, Eakin MN, Canonica GW, Barot A, Foster JM. Enhancing Respiratory Medication Adherence: The Role of Health Care Professionals and Cost-Effectiveness Considerations. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4(5):835-46. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2016.03.007>

REFERENCIAS

- 105.** Boeni F, Arnet I, Hersberger KE. Adherence counseling during patient contacts in swiss community pharmacies. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:597-605. <https://doi.org/10.2147/PPA.S76027>
- 106.** Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E, Davies J, Barber N, Mehta RL, et al. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(10):747-58. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004400>
- 107.** Torres-Robles A, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Peiro T, Perez-Escamilla B, et al. Effectiveness of a medication adherence management intervention in a community pharmacy setting: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2022;31(2):105-15. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011671>
- 108.** Lyons I, Barber N, Raynor DK, Wei L. The Medicines Advice Service Evaluation (MASE): a randomised controlled trial of a pharmacist-led telephone based intervention designed to improve medication adherence. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(10):759-69. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004670>
- 109.** Singleton J, Veach S, Catney C, Witry M. Analysis of a Community Pharmacy Intervention to Improve Low Adherence Rates to Oral Diabetes Medications. *Pharm J Pharm Educ Pract*. 2017 [citado 21 de noviembre de 2025];5(4). <https://doi.org/10.3390/pharmacy5040058>
- 110.** Stewart K, George J, McNamara KP, Jackson SL, Peterson GM, Bereznicki LR, et al. A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial). *J Clin Pharm Ther*. 2014;39(5):527-34. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12185>
- 111.** Fikri-Benbrahim N, Faus MJ, Martínez-Martínez F, Sabater-Hernández D. Impact of a community pharmacists' hypertension-care service on medication adherence. The AFenPA study. *Res Soc Adm Pharm*. 2013;9(6):797-805. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.12.006>
- 112.** Martín Oliveros A, García-Pastor C, Iracheta Todó M, Gómez Martínez JC, Tejedor-García N. [Study on the use of multi-compartment compliance aids to improve blood pressure values in hypertensive patients]. *Farm Comunitarios*. 2023;15(1):13-21. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2023\).03](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2023).03)
- 113.** Oñatibia-Astibia A, Malet-Larrea A, Gastelurrutia MÁ, Calvo B, Ramírez D, Cantero I, et al. Effect of health professional intervention on adherence to statin use according to the cause of patient non-adherence. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(2):331-5. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01024-1>
- 114.** Global Initiative for Asthma - GINA. GINA Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2017 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2017/02/wmsGINA-2017-main-report-final_V2.pdf
- 115.** Wright D, Twigg M, Barton G, Thornley T, Kerr C. An evaluation of a multi-site community pharmacy-based chronic obstructive pulmonary disease support service. *Int J Pharm Pract*. 2015;23(1):36-43. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12165>
- 116.** McCool L. New medicine service (NMS). Pilot 2017 report [Internet]. Irish Pharmacy Union (IPU); 2017 [citado 18 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://ipu.ie/wp-content/uploads/2017/12/IPU-NMS-Pilot-2017-Report-Copy.pdf>
- 117.** Torres-Robles A, Wiecek E, Cutler R, Drake B, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, et al. Using Dispensing Data to Evaluate Adherence Implementation Rates in Community Pharmacy. *Front Pharmacol*. 2019;10:130. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00130>
- 118.** García-Cárdenas V, Gastelurrutia Garralda MÁ, Malet Larrea A, Peiró Zorrilla T, Pérez Escamilla B, Saez Benito Suescun L, et al. Proyecto adherenciaMED: Servicio de adherencia terapéutica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
- 119.** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Evaluación del Programa de Servicios Asistenciales al paciente mayor, crónico, polimedicado e incumplidor (Programa ADHIÉRETE). [Internet]. CGCOF; 2015 [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://blog.cofb.cat/wp-content/uploads/2015/06/Infografia-Adhierete.pdf>
- 120.** Brown TJ, Todd A, O'Malley CL, Moore HJ, Husband AK, Bamba C, et al. Community pharmacy interventions for public health priorities: a systematic review of community pharmacy-delivered smoking, alcohol and weight management interventions [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 [citado 6 de noviembre de 2025]. (Public Health Research). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349092/>
- 121.** Saba M, Diep J, Saini B, Dhipayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39(3):240-7. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12131>

REFERENCIAS

- 122.** Agomo C, Udoh A, Kpokiri E, Osuku-Opio J. Community pharmacists' contribution to public health: assessing the global evidence base. *Pharm J*. 2018;300(7913). Disponible en: <https://www.pharmaceutical-journal.com/research/review-article/community-pharmacists-contribution-to-public-health-assessing-the-global-evidence-base/20204556.article>
- 123.** Burson RC, Buttenheim AM, Armstrong A, Feemster KA. Community pharmacies as sites of adult vaccination: A systematic review. *Hum Vaccines Immunother*. 2016;12(12):3146-59. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1215393>
- 124.** Thomson K, Hillier-Brown F, Walton N, Bilaj M, Bambra C, Todd A. The effects of community pharmacy-delivered public health interventions on population health and health inequalities: A review of reviews. *Prev Med*. 2019;124:98-109. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.04.003>
- 125.** González-Blanca J, Vicente-Romero J. Deshabitación al consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares. *Rev Esp Salud Pública*. 2023 [citado 20 de noviembre de 2025];97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272023000100205&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 126.** Gómez-Martínez J, López-Pintor E, Lumbreras B. Effectiveness of a Patient-Centered Weight Management Model in a Community Pharmacy: An Interventional Study. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1501-11. <https://doi.org/10.2147/PPA.S260404>
- 127.** Chiew BA, Fong AY, Cosgrove LT, Mohajerani SA, Ramji A, Lee SS. Pharmacy-based screening program to detect hepatitis C in 'baby-boomer' cohorts in western Canada. *Can Liver J*. 2023;6(4):388-94. <https://doi.org/10.3138/canlivj-2023-0005>
- 128.** Mera-Gallego I, Tous I, Trepas S, Prats-Mas R, Molinero A, Fornós-Pérez JA, Andrés-Rodríguez NF. [May Measurement Month 2019: Screening Analysis In Spanish Community Pharmacies and Detection of Masked Hypertension]. *Farm Comunitarios*. 2023;15(4):13-25. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2023\).27](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2023).27)
- 129.** Salar Ibáñez L, Espejo Guerrero J, Satué E, Pérez León N, Martínez-Berganza Asensio ML. Cribado de Enfermedad Renal Crónica en Farmacia Comunitaria. Estudio CRIERFAC: descripción de la metodología. *Farm Comunitarios*. 2024;16(2):5-13. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2024\).12](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2024).12)
- 130.** PricewaterhouseCoopers LLP (PwC). The value of community pharmacy – detailed report. Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) [Internet]. 2016 [citado 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/The-value-of-community-pharmacy-detailed-report.pdf>
- 131.** Cameron ST, Glasier A, McDaid L, Radley A, Patterson S, Baraitser P, et al. Provision of the progestogen-only pill by community pharmacies as bridging contraception for women receiving emergency contraception: the Bridge-it RCT. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2021;25(27):1-92. <https://doi.org/10.3310/hta25270>
- 132.** Jambrina AM, Rius P, Gascón P, Armelles M, Camps-Bossacoma M, Franch À, et al. Characterization of the Use of Emergency Contraception from Sentinel Pharmacies in a Region of Southern Europe. *J Clin Med*. 2021;10(13):2793. <https://doi.org/10.3390/jcm10132793>
- 133.** Le LM, Veettil SK, Donaldson D, Kategeaw W, Hutubessy R, Lambach P, et al. The impact of pharmacist involvement on immunization uptake and other outcomes: An updated systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc*. 2022;62(5):1499-1513.e16. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2022.06.008>
- 134.** Romero-Mancilla MS, Mora-Vargas J, Ruiz A. Pharmacy-based immunization: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1152556. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1152556>
- 135.** Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, et al. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003698.pub3>
- 136.** McNab D, Bowie P, Ross A, MacWalter G, Ryan M, Morrison J. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation in the community after hospital discharge. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(4):308-20. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007087>
- 137.** Nazar H, Nazar Z, Portlock J, Todd A, Slight SP. A systematic review of the role of community pharmacies in improving the transition from secondary to primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(5):936-48. <https://doi.org/10.1111/bcp.12718>
- 138.** Jambrina AM, Santomà À, Rocher A, Rams N, Cereza G, Rius P, et al. Detection and Prevention of Medication Errors by the Network of Sentinel Pharmacies in a Southern European Region. *J Clin Med*. 2023;12(1):194. <https://doi.org/10.3390/jcm12010194>

REFERENCIAS

- 139.** Hajj MSE, Asiri R, Husband A, Todd A. Medication errors in community pharmacies: a systematic review of the international literature. PLOS ONE. 2025;20(5):e0322392. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322392>
- 140.** Jaam M, Naserallallah LM, Hussain TA, Pawluk SA. Pharmacist-led educational interventions provided to healthcare providers to reduce medication errors: A systematic review and meta-analysis. Plos ONE. 2021;16(6):e0253588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253588>
- 141.** Oñatibia-Astibia A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, Castelurrutia MÁ, Goyenechea E. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. Ars Pharm. 2021;62(1):15-39. <https://doi.org/10.30827/ars.v62i1.15901>
- 142.** Gálvez Caro R. Nota de prensa. El colesterol continúa siendo uno de los principales factores de riesgo cardiovascular en España [Internet]. Fundación SEFAC y la Fundación Viatris. 2022 [citado 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.viatris.es/-/media/project/common/viatris/es/pdf/newsroom-2022/20220405el-colesterol-contina-siendo-uno-de-los-principales-factores-de-riesgo-cardiovascular-en-esp.pdf>
- 143.** Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: A systematic review. Health Expect. 2018;21(2):409-28. <https://doi.org/10.1111/hex.12639>
- 144.** Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU). The role of community pharmacists in vaccination [Internet]. 2023 [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2023/11/The-role-of-community-pharmacists-in-vaccination-PGEU-Position-Paper.pdf>
- 145.** Fornos-Pérez JA, Mera-Gallego I, Jaraiz-Magariños I, Huarte-Royo J, Mera-Gallego R, Andrés-Rodríguez NF. Detección de personas en riesgo de padecer diabetes en la farmacia comunitaria con el test de Findrisc en los años 2014-2021. Farm Comunitarios. 2023;16(1):5-17. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2024\).03](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2024).03)
- 146.** Olindo S, Renou P, Martial F, Heyvang N, Milan L, Ledure S, et al. Pharmacy-Based Opportunistic Atrial Fibrillation Screening at a Community Level: A Real-Life Study. Healthcare. 2022;10(1):90. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010090>
- 147.** Colegio de farmacéuticos de Toledo. Nota de prensa. Resultados del proyecto piloto, y pionero en España, para detectar riesgos cardiovasculares [Internet]. 2017 [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.coftoledo.com/paginas/Noticia.asp?idNoticia=943>
- 148.** Palazón-Palazón A, Sánchez-Martínez D-P. Programa piloto de cribado de riesgo cardiovascular en la mujer perimenopáusica desde la farmacia comunitaria: proyecto 'MENOASC'. Farm Comunitarios. 2023;15(3):17-24. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2023\).17](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2023).17)
- 149.** Klepser DG. Implementation and Evaluation of a Collaborative, Pharmacy-Based Hepatitis C and HIV Screening Program. Prev Chronic Dis. 2022;19. <https://doi.org/10.5888/pcd19.220129>
- 150.** Fernández-Balbuena S, Belza MJ, Zulaica D, Martínez JL, Marcos H, Rifá B, et al. Widening the Access to HIV Testing: The Contribution of Three In-Pharmacy Testing Programmes in Spain. PLOS ONE. 2015;10(8):e0134631. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134631>
- 151.** World Health Organization (WHO). Advancing the role of pharmacists to meet changing patient and health system needs [Internet]. 2024 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/feature-stories/item/advancing-the-role-of-pharmacists-to-meet-changing-patient-and-health-system-needs>
- 152.** Dorr DA, Jones SS, Burns L, Donnelly SM, Brunner CP, Wilcox A, et al. Use of health-related, quality-of-life metrics to predict mortality and hospitalizations in community-dwelling seniors. J Am Geriatr Soc. 2006;54(4):667-73. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00681.x>
- 153.** Fan VS, Au DH, McDonnell MB, Fihn SD. Intraindividual change in SF-36 in ambulatory clinic primary care patients predicted mortality and hospitalizations. J Clin Epidemiol. 2004;57(3):277-83. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2003.08.004>
- 154.** Félix J, Ferreira D, Afonso-Silva M, Gomes MV, Ferreira C, Vandewalle B, et al. Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):606. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2525-4>
- 155.** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Informe de resultados. ADHIÉRETE [Internet]. 2018 [citado 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.elfarmacéutico.es/uploads/static/elfarmacéutico/images/stories/521/infografia_Adhierete.pdf

REFERENCIAS

156. Seston EM, Magola E, Bower P, Chen L, Jacobs S, Lewis PJ, et al. Supporting patients with long-term conditions in the community: Evaluation of the Greater Manchester Community Pharmacy Care Plan Service. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1671-87. <https://doi.org/10.1111/hsc.12992>
157. Twigg MJ, Wright D, Barton G, Kirkdale CL, Thornley T. The pharmacy care plan service: Evaluation and estimate of cost-effectiveness. *Res Soc Adm Pharm*. 2019;15(1):84-92. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.062>
158. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). conSIGUE. Generalización de la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico [Internet]. 2018 [citado 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/2019-informe-resultados-consigue-generalizacion.pdf>
159. Ochogavía-Oliver C, Solà-Busquets L. Estudio de la efectividad de la intervención farmacéutica en la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con asma y EPOC. *Pharm Care Esp*. 2025;27. <https://doi.org/10.60103/phc.v27.e881>
160. Aizpurua-Arruti X, Benrimoj SCI, Goyenechea E, Isla A, Oñatibia-Astibia A, Malet-Larrea A, et al. Outcomes of Community Pharmacy Interventions on Patients with Medicines Under Additional Monitoring. *Integr Pharm Res Pract*. 2024;13:115-25. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S466129>
161. Valverde-Merino M-I, Martínez-Martínez F, García-Mochon L, Benrimoj SI, Malet-Larrea A, Pérez-Escamilla B, et al. Cost-Utility Analysis of a Medication Adherence Management Service Alongside a Cluster Randomized Control Trial in Community Pharmacy. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:2363-76. <https://doi.org/10.2147/PPA.S330371>
162. Rubio-Valera M, March Pujol M, Fernández A, Peñarrubia-María MT, Travé P, López del Hoyo Y, et al. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: A randomized controlled superiority trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(9):1057-66. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.11.006>
163. Lopez-Carmona F, Toro-Ruiz A, Piquer-Martínez C, Gomez-Guzman M, Valverde-Merino MI, Ferreira-Alfaya FJ, et al. Impact of community pharmacist-led interventions on vitamin D levels and patient quality of life. *J Am Pharm Assoc*. 2025;65(5):102447. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2025.102447>
164. Gómez Martínez JC, Gaztelurrutia Lavesa L, Mendoza Barbero A, Plaza Zamora J, Lage Piñón M, Aguiló Juanola M, et al. Smoking cessation intervention in the community pharmacy: Cost-effectiveness of a non-randomized cluster-controlled trial at 12-months' follow-up. *Res Soc Adm Pharm*. 2024;20(1):19-27. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.09.003>
165. García-Agua Soler N, Gómez-Bermúdez E, Baixauli-Fernández VJ, Bellver-Beltrán S, Velasco-Martínez J, García Ruiz AJ, et al. Medicines use review service in community pharmacies in Spain: REvisa project. *Int J Clin Pharm*. 2021;43(3):524-31. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01158-2>
166. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte Año 2024. Datos provisionales [Internet]. 2024 [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2024.pdf>
167. ElGlobalFarma. Cómo el papel más social de la Farmacia cambia la vida del paciente: «Ahora es autónoma y tiene una adherencia total al tratamiento». *Farmacia*. 2025 [citado 17 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://elglobalfarma.com/farmacia/cgcof-farmacia-ods-innovacion-social/#:~:text=%C2%ABEsto%20es%20innovaci%C3%B3n%20social:%20transformar,profundamente%20humano%C2%BB%2C%20incide%20Morillo>
168. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019 [Internet]. 2019 [citado 28 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
169. Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF). Soledad no deseada, un problema silencioso [Internet]. 2025 [citado 26 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.micof.es/ver/55581/html?>
170. Farmacéuticos CG de. Abordaje de la soledad: un desafío compartido [Internet]. 2025 [citado 28 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2025/01/2025-Informe-Estudio-Soledad.pdf>
171. Vérez-Cotelo N, Ríos-Lago M, Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Andrés-Iglesias JC, Mera-Gallego R. Comparación de psicopatologías y apoyo prestado a cuidadores de enfermos de Alzheimer por la farmacia comunitaria y las asociaciones de cuidadores. *Farm Comunitarios*. 2016;8(2):22-8. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2016/Vol8\).003.02](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2016/Vol8).003.02)
172. Xesfingi S, Vozikis A. Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res*. 2016;16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>

REFERENCIAS

- 173.** Ferrández O, Grau S, Colominas-González E, Navarrete-Rouco ME, Carballo-Martínez N, De Antonio-Cuscó M, et al. Dispensation of outpatient hospital medicines by hospital only versus hospital-community pharmacies collaboration: a cross-sectional study and survey of patient's satisfaction. *Front Public Health*. 2024;12:1335265. <https://doi.org/10.3389/fpu-bh.2024.1335265>
- 174.** Harlow C, Hanna C, Eckmann L, Gokun Y, Zanjani F, Blumenschein K, et al. Quality of Life and Medication Adherence of Independently Living Older Adults Enrolled in a Pharmacist-Based Medication Management Program. *Pharm J Pharm Educ Pract*. 2017;5(2). <https://doi.org/10.3390/pharmacy5020020>
- 175.** Haddad C, Hallit S, Salhab M, Hajj A, Sarkis A, Ayoub EN, et al. Association Between Adherence to Statins, Illness Perception, Treatment Satisfaction, and Quality of Life among Lebanese patients. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2018;23(5):414-22. <https://doi.org/10.1177/1074248418769635>
- 176.** Saarti S, Hajj A, Karam L, Jabbour H, Sarkis A, El Osta N, et al. Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients. *J Hum Hypertens*. 2016;30(5):341-5. <https://doi.org/10.1038/jhh.2015.86>
- 177.** Farhat R, Assaf J, Jabbour H, Licha H, Hajj A, Hallit S, et al. Adherence to oral glucose lowering drugs, quality of life, treatment satisfaction and illness perception: A cross-sectional study in patients with type 2 diabetes. *Saudi Pharm J*. 2019 Jan;27(1):126-132. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2018.09.005>
- 178.** Motlohi NF, Wiafe E, Mensah KB, Padayachee N, Petrus R, Bangalee V. A systematic review of the role of community pharmacists in the prevention and control of cardiovascular diseases: the perceptions of patients. *Syst Rev*. 2023;12(1):160. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02338-7>
- 179.** Gül İ, Helvacioğlu ET, Saraçlı S. Service quality, outpatient satisfaction and loyalty in community pharmacies in Turkey: A structural equation modeling approach. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2023;12:100361. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100361>
- 180.** Carpenter DM, Blalock SJ, DeVellis RF. Patients with rare diseases using pharmacists for medication information. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52(6):e175-82. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.12047>
- 181.** Olsen NL, Jacobsen R, Thomsen LA, Nørgaard LS. Involving community pharmacies in management of late effects of cancer treatment: Opinions from cancer survivors. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2024;16:100514. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100514>
- 182.** Mateos Sánchez M. Calidad de vida y complicaciones en el paciente diabético. Estudio descriptivo en farmacia comunitaria | Farmacéuticos Comunitarios. *Farm Comunitarios*. 2013;30(5):50-8.
- 183.** Fornos-Pérez JA, Ferrer JC, García-Rodríguez P, Huarte-Royo J, Molinero Crespo A, Mera-Gallego R, et al. La diabetes en España desde la perspectiva de la farmacia comunitaria: conocimiento, cumplimiento y satisfacción con el tratamiento. *Farm Comunitarios*. 2016;8(2):5-15. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2016/Vol8\).002.02](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2016/Vol8).002.02)
- 184.** García Sevillano L, Mediero Hernández P. Servicios profesionales en la farmacia comunitaria: ¿qué opina el paciente? *Farm Comunitarios*. 2014;6(4):14-20. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2014/Vol6\).004.03](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2014/Vol6).004.03)
- 185.** Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens et la vaccination: comment améliorer la couverture vaccinale? [Internet]. 2016 [citado 28 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/278090/1458493/version/8/file/Cahier+th%C3%A9matique+9+--+Les+pharmaciens+et+la+vaccination.pdf>
- 186.** Warner JC, Portlock J, Smith J, Rutter P. Increasing seasonal influenza vaccination uptake using community pharmacies: experience from the Isle of Wight, England. *Int J Pharm Pract*. 2013 Dec;21(6):362-7. doi: 10.1111/ijpp.12037.
- 187.** The pharmaceutical society of Ireland (PSI). Report on Patient Feedback on the Flu Vaccination Service Provided in Pharmacies [Internet]. 2016 [citado 28 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy_Practice/Report_on_Patient_Feedback_on_the_Flu_Vaccination_Service_Provided_in_Pharmacies.sflb.ashx
- 188.** Doval RV, De Dalmases J, Blanes A, Alfaro JI, Lifschitz E. C0047. Participación de la farmacia comunitaria en los planes de vacunación en España. *Vacunas*. 2025;26:500537. <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500537>
- 189.** Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. [Internet]. BOE-A-2007-21493 ene 3, 2008. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-21493>
- 190.** Díaz-Jiménez C. Impacto de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la salud de los pacientes en zonas alejadas: el papel de la farmacia comunitaria. *Farm Comunitarios*. 2025;17(1):40-4. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2025\).07](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2025).07)

REFERENCIAS

- 191.** Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valladolid (COF Valladolid). Los farmacéuticos, claves para la detección de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 oculta, sobre todo en el medio rural de Valladolid [Internet]. 2022 [citado 17 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.farmaceuticosdevalladolid.es/los-farmaceuticos-claves-para-la-deteccion-de-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-oculta-sobre-todo-en-el-medio-rural-de-valladolid/>
- 192.** Farmacia Internacional. 300 rural pharmacies throughout Spain provide health education sessions on mental health prevention and action [Internet]. 2025 [citado 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/internacional/news/300-rural-pharmacies-throughout-spain-provide-health-education-sessions-on-mental-health-prevention-and-action/>
- 193.** DiarioFarma. Las farmacias muestran su papel en el seguimiento de la salud mental en el ámbito rural [Internet]. 2025 [citado 18 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://diariofarma.com/2025/10/12/las-farmacias-muestran-su-papel-en-el-seguimiento-de-la-salud-mental-en-el-ambito-rural>
- 194.** Howarth HD, Peterson GM, Jackson SL. Does rural and urban community pharmacy practice differ? A narrative systematic review. *Int J Pharm Pract*. 2020;28(1):3-12. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12567>
- 195.** Scott DM, Strand M, Undem T, Anderson G, Clarens A, Liu X. Assessment of pharmacists' delivery of public health services in rural and urban areas in Iowa and North Dakota. *Pharm Pract*. 2016;14(4):836. <https://doi.org/10.18549/Pharm-Pract.2016.04.836>
- 196.** Todd A, Copeland A, Husband A, Kasim A, Bambra C. The positive pharmacy care law: an area-level analysis of the relationship between community pharmacy distribution, urbanity and social deprivation in England. *BMJ Open*. 2014;4(8):e005764. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005764>
- 197.** Farmacéuticos CG de. The pharmacy model's value contribution to territorial cohesion and the demographic challenge [Internet]. 2023 [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2023/03/Informe-Contribucion-farmacia-reto-demografico_EN.pdf
- 198.** Marra F, Kaczorowski J, Gastonguay L, Marra CA, Lynd LD, Kendall P. Pharmacy-based Immunization in Rural Communities Strategy (PhICS): A community cluster-randomized trial. *Can Pharm J Rev Pharm Can*. 2014;147(1):33-44. <https://doi.org/10.1177/1715163513514020>
- 199.** Murphy PA, Frazee SG, Cantlin JP, Cohen E, Rosan JR, Harshburger DE. Pharmacy provision of influenza vaccinations in medically underserved communities. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52(1):67-70. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.10070>
- 200.** Kirkdale CL, Nebout G, Taitel M, Rubin J, Jacinto I, Horta R, et al. Implementation of flu vaccination in community pharmacies: Understanding the barriers and enablers. *Ann Pharm Fr*. 2017;75(1):9-16. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2016.08.006>
- 201.** Kirkdale CL, Nebout G, Megerlin F, Thornley T. Benefits of pharmacist-led flu vaccination services in community pharmacy. *Ann Pharm Fr*. 2017;75(1):3-8. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2016.08.005>
- 202.** Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE). Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. OECD Publishing; 2017 [citado 5 de enero de 2026]. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- 203.** Wagner AK, Quick JD, Ross-Degnan D. Quality use of medicines within universal health coverage: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:357. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-357>
- 204.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Medicines optimisation quality standards [Internet]. NICE; 2016 [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>
- 205.** Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The economics of medication safety: Improving medication safety through collective, real-time learning [Internet]. 2022 sep [citado 27 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9a933261-en>
- 206.** World Health Organization (WHO). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. 2018 [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
- 207.** Aithal A, Aithal PS. Task-Shifting – An Alternative Survival Strategy for Health-Care Organizations. 2017 [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=3042536>

REFERENCIAS

- 208.** World Health Organization (WHO). Economic and social impacts and benefits of health systems: report [Internet]. 2019 [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/17662a7d-fdcb-4be2-adca-664c1c2de1ce>
- 209.** University of York. Economic Analysis of Expanding the Role of Community Pharmacy Services in Medicines Optimisation [Internet]. 2025 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.npa.co.uk/media/p3qbuavcc/medicine-optimisation-final.pdf>
- 210.** World Bank. Open Data. GDP [Internet]. 2024 [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://data.worldbank.org>
- 211.** Dixon DL, Johnston K, Patterson J, Marra CA, Tsuyuki RT. Cost-Effectiveness of Pharmacist Prescribing for Managing Hypertension in the United States. *JAMA Netw Open*. 2023;6(11):e2341408. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.41408>
- 212.** Cutler RL, Torres-Robles A, Wiecek E, Drake B, Van der Linden N, Benrimoj SIC, et al. Pharmacist-led medication non-adherence intervention: reducing the economic burden placed on the Australian health care system. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:853-62. <https://doi.org/10.2147/PPA.S191482>
- 213.** Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Serrano-Aguilar P. Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Econ*. 2018;27(4):746-61. <https://doi.org/10.1002/hec.3633>
- 214.** Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, López Del Amo MP, Martínez-Martínez F, et al. Cost-utility analysis of a medication review with follow-up service for older adults with polypharmacy in community pharmacies in Spain: the conSIGUE program. *PharmacoEconomics*. 2015;33(6):599-610. <https://doi.org/10.1007/s40273-015-0270-2>
- 215.** Neilson AR, Bruhn H, Bond CM, Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, et al. Pharmacist-led management of chronic pain in primary care: costs and benefits in a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2015;5(4):e006874. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006874>
- 216.** Simpson SH, Lier DA, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Lewanczuk RZ, Spooner R, et al. Cost-effectiveness analysis of adding pharmacists to primary care teams to reduce cardiovascular risk in patients with Type 2 diabetes: results from a randomized controlled trial. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. 2015;32(7):899-906. <https://doi.org/10.1111/dme.12692>
- 217.** Elliott RA, Tanajewski L, Gkountouras G, Avery AJ, Barber N, Mehta R, et al. Cost Effectiveness of Support for People Starting a New Medication for a Long-Term Condition Through Community Pharmacies: An Economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) Compared with Normal Practice. *Pharmacoeconomics*. 2017;35(12):1237-55. <https://doi.org/10.1007/s40273-017-0554-9>
- 218.** Malet-Larrea A, Goyenechea E, Gastelurrutia MA, Calvo B, García-Cárdenas V, Cabases JM, et al. Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients. *Eur J Health Econ HE-PAC Health Econ Prev Care*. 2017;18(9):1069-78. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0853-7>
- 219.** Manfrin A, Tinelli M, Thomas T, Krska J. A cluster randomised control trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of the Italian medicines use review (I-MUR) for asthma patients. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):300. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2245-9>
- 220.** Took RL, Liu Y, Kuehl PG. A Study to Identify Medication-Related Problems and Associated Cost Avoidance by Community Pharmacists during a Comprehensive Medication Review in Patients One Week Post Hospitalization. *Pharm Basel Switz*. 2019;7(2):51. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7020051>
- 221.** Tam-Tham H, Clement F, Hemmelgarn BR, Manns BJ, Klarenbach SW, Tonelli M, et al. A Cost Analysis and Cost-Utility Analysis of a Community Pharmacist-Led Intervention on Reducing Cardiovascular Risk: The Alberta Vascular Risk Reduction Community Pharmacy Project (Rx EACH). *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2019;22(10):1128-36. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.05.012>
- 222.** Dawoud DM, Haines A, Wonderling D, Ashe J, Hill J, Varia M, et al. Cost Effectiveness of Advanced Pharmacy Services Provided in the Community and Primary Care Settings: A Systematic Review. *PharmacoEconomics*. 2019;37(10):1241-60. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00814-4>
- 223.** Rosli MR, Neoh CF, Wu DB, Hassan NW, Mahmud M, Rahimi A, et al. Evaluation of home medication review for patients with type 2 diabetes mellitus by community pharmacists: a randomised controlled trial. *Pharm Pract Granada*. 2021 [citado 11 de noviembre de 2025];19(3). <https://doi.org/10.18549/pharmpract.2021.3.2397>
- 224.** Nuckols TK, Berdahl CT, Henreid AJ, Schnipper JL, Rauf A, Ko EM, et al. Comprehensive Pharmacist-led Transitions-of-care Medication Management around Hospital Discharge Adds Modest Cost Relative to Usual Care: Time-and-Motion Cost Analysis. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 2023;60:00469580231218625. <https://doi.org/10.1177/00469580231218625>

REFERENCIAS

225. Vegter S, Oosterhof P, van Boven JFM, Stuurman-Bieze AGG, Hiddink EG, Postma MJ. Improving adherence to lipid-lowering therapy in a community pharmacy intervention program: a cost-effectiveness analysis. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20(7):722-32. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.7.722>
226. Perraudin C, Locca J-F, Rossier C, Bugnon O, Schneider M-P. Implementation of an interprofessional medication adherence program for chronic patients in community pharmacies: how much does it cost for the provider? *BMC Health Serv Res*. 2019;19:15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3851-x>
227. Jänese J, Žēpers L, Lublőy Á. Cost savings from medication reviews in community pharmacies for nursing home residents in Estonia: a case study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1119. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11504-z>
228. Cho J, Wilson FA, Chaikledkaew U, Chen Y, Phrommintikul A, Diaz-Aguilera MA, et al. Projected Cost Savings With Optimal Medication Adherence in Patients With Cardiovascular Disease Requiring Lipid-Lowering Therapy: A Multinational Economic Evaluation Study. *J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis*. 2024;13(22):e037792. <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.037792>
229. Dineen-Griffin S, Vargas C, Williams KA, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Cost utility of a pharmacist-led minor ailment service compared with usual pharmacist care. *Cost Eff Resour Alloc CE*. 2020;18:24. <https://doi.org/10.1186/s12962-020-00220-0>
230. Lathia N, Sullivan K, Tam K, Brna M, MacNeil P, Saltmarche D, et al. Cost-minimization analysis of community pharmacy-based point-of-care testing for strep throat in 5 Canadian provinces. *Can Pharm J CPJ Rev Pharm Can RPC*. 2018;151(5):322-31. <https://doi.org/10.1177/1715163518790993>
231. Mital S, Kelly D, Hughes C, Nosyk B, Thavorn K, Nguyen HV. Estimated cost-effectiveness of point-of-care testing in community pharmacies vs. self-testing and standard laboratory testing for HIV. *AIDS Lond Engl*. 2023;37(7):1125-35. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003526>
232. Desborough JA, Sach T, Bhattacharya D, Holland RC, Wright DJ. A cost-consequences analysis of an adherence focused pharmacist-led medication review service. *Int J Pharm Pract*. 2012;20(1):41-9. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2011.00161.x>
233. Park T, Kim H, Song S, Griggs SK. Economic Evaluation of Pharmacist-Led Digital Health Interventions: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):11996. <https://doi.org/10.3390/ijerph191919996>
234. Folkins C, Gorman-Asal M, Brewster C, Foster R, Gulliver A, Thomson E, et al. Projected health and economic outcomes of extending public funding of pharmacy services to include administration of Pneu23 and Td/Tdap immunizations by pharmacy practitioners in New Brunswick. *Can Pharm J CPJ*. 2023;156(4):215-24. <https://doi.org/10.1177/17151635231176498>
235. Adepoju OE, Kiaghadi A, Shokouhi Niaki D, Karunwi A, Chen H, Woodard L. Rethinking access to care: A spatial-economic analysis of the potential impact of pharmacy closures in the United States. *PLOS ONE*. 2023;18(7):e0289284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289284>
236. Zozaya N, González-Domínguez A, Calvente N, de la Plaza R, Herranz A, Blanes A, et al. Continuity of care between hospital pharmacies and community pharmacies, and costs avoided: a pilot experience in times of COVID-19 in Spain. *Glob Reg Health Technol Assess*. 2021;8:8-13. <https://doi.org/10.33393/grhta.2021.2215>
237. Antolín R. El gasto farmacéutico crece un 3,3% y roza los 8.500 millones de euros en España [Internet]. 2023 [citado 7 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/salud-bienestar/empresas/noticias/12461713/09/23/el-gasto-farmacaceutico-crece-un-33-y-roza-los-8500-millones-de-euros-en-espana.html>
238. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de Diagnóstico hospitalario y Dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://hiriscare.com/wp-content/uploads/2024/02/5.-IN-FORME-DHDH-HIRIS-20-07-2021.pdf>
239. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Evaluación de Experiencias de Dispensación Colaborativa de Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario y Dispensación Hospitalaria (DHDH) y Recomendaciones de Buenas Prácticas [Internet]. 2024 [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://hiriscare.com/la-dispensacion-colaborativa-para-acercar-los-medicamentos-hospitalarios-a-la-farmacia-comunitaria-evitaria-116-millones-de-vistas-a-los-hospitales-segun-un-informe-elaborado-por-hiris>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Afecciones que los farmacéuticos comunitarios pueden tratar en distintos rangos de edad, Inglaterra	19
Tabla 2 Clasificación de los servicios de farmacia comunitaria según el Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria	20
Tabla 3 Funciones, tareas y actividades que conforman las buenas prácticas en Farmacia Comunitaria en España	21
Tabla 4 Resumen de la evidencia clínica procedente de una revisión sistemática de estudios realizados en farmacias comunitarias en España sobre enfermedades cardiovasculares	28
Tabla 5 Resultados del estudio piloto realizado desde la farmacia comunitario en Toledo en detección de pacientes con riesgo cardiovascular	44
Tabla 6 Incremento en la CVRS con los actuales servicios y nuevos servicios potenciales en las farmacias comunitarias de Portugal	51
Tabla 7 Resumen y combinaciones principales de mujeres que han denunciado o buscado ayuda formal o informal debido a la violencia en la pareja (actual o pasada) a lo largo de la vida	56
Tabla 8 Sugerencias para lograr una mayor implicación de las farmacias comunitarias en el manejo de los efectos de aparición tardía al cáncer	59
Tabla 9 Frecuencia de prestación de servicios de farmacia comunitaria (número medio de veces realizadas en los últimos 30 días), Estados Unidos	65
Tabla 10 Barreras percibidas para ampliar la prestación de servicios de salud pública en la farmacia comunitaria (escala de Likert: 0 = nada problemático a 5 = extremadamente problemático)	66
Tabla 11 Ahorro directo anual estimado para el NHS inglés derivado de los servicios farmacéuticos comunitarios	73
Tabla 12 Beneficio económico anual asociado a la prestación de servicios farmacéuticos comunitarios en Portugal	74
Tabla 13 Resumen de evaluaciones económicas de programas españoles en farmacia comunitaria	76
Tabla 14 AVAC generados y su monetización estimada derivada de servicios farmacéuticos comunitarios en el NHS inglés	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Transformación de la dispensación farmacéutica	13
Figura 2 Densidad de farmacéuticos comunitarios, por 10.000 habitantes	15
Figura 3 Principales intervenciones, programas y servicios prestados por las farmacias comunitarias a nivel mundial	16
Figura 4 Número de habitantes por farmacia comunitaria y farmacias por 10.000 habitantes por Comunidad Autónoma, España	22
Figura 5 Impacto de las intervenciones desde la farmacia comunitaria en pacientes diabéticos	26
Figura 6 Cambios en las puntuaciones CAT y mMRC desde el inicio hasta el final del periodo de estudio en EPOC, Japón	31
Figura 7 Variación de la adherencia en el cumplimiento del tratamiento con estatinas según la intencionalidad del incumplimiento y la intervención, España	34
Figura 8 Proporción de pacientes adherentes al tratamiento del asma, España	35
Figura 9 Evolución de la adherencia a la medicación en pacientes con asma tras intervención farmacéutica frente a grupo control, España	35
Figura 10 Evolución de la adherencia a la medicación en pacientes con EPOC tras intervención farmacéutica frente a grupo control, España	36
Figura 11 Proporción de pacientes adherentes 12 meses antes y 12 meses después de la intervención del farmacéutico comunitario, Australia	37
Figura 12 Prevalencia de la adherencia terapéutica a medicamentos frente a la hipertensión arterial, asma y/o EPOC por mes y grupo de estudio, España	38
Figura 13 Iniciativas de salud pública en farmacias comunitarias	39
Figura 14 Mapa de países europeos con vacunación en farmacias	42
Figura 15 Flujo del cribado de pacientes realizado en el proyecto Respirafarma, asma y EPOC, España	45
Figura 16 Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud donde pueden intervenir las farmacias comunitarias	50
Figura 17 Utilidad media de la intervención de las farmacias comunitarias basada en el EQ-5D (IC95%) a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento con antidepresivos	53
Figura 18 Apoyo por parte de las farmacias comunitarias a las personas en situaciones de vulnerabilidad	55
Figura 19 Factores que influyen en la satisfacción del paciente en las farmacias comunitarias	58
Figura 20 Satisfacción del paciente derivada de la colaboración entre farmacias hospitalarias y comunitarias	61
Figura 21 Opinión del usuario sobre si estaría interesado en utilizar 9 servicios profesionales farmacéuticos en caso necesario	61
Figura 22 Razones de uso de las farmacias comunitarias para la vacunación y satisfacción general de los pacientes con el servicio, Irlanda	62
Figura 23 Porcentaje de población con acceso a las farmacias comunitarias según su localización	67
Figura 24 Ahorro sanitario acumulado asociado al control farmacéutico de la hipertensión en Estados Unidos	75
Figura 25 Esquema exploratorio de la evidencia económica disponible por tipo de servicio (lectura transversal)	78
Figura 26 Distribución de la población según el coste económico adicional anual derivado del cierre de la farmacia más cercana	81

INFORME infarma