

doi: 10.60103/phc.v28.e927

Artículos Originales · Original Articles

Modelos de Comunicación Farmacia Comunitaria-Atención Primaria en España para una Atención Sanitaria Integrada

Community Pharmacy-Primary Care Communication Models in Spain for Integrated Healthcare Delivery

Información

Fechas:

Recibido: 02/12/2025

Aceptado: 16/02/2026

Publicado: 24/03/2025

Correspondencia:

María Ángeles Solinís Aspiazu
marian.solinis@ehu.eus

Conflicto de intereses:

Las y los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con los contenidos de este artículo.

Financiación:

El grupo PharmaNanoGene ha recibido financiación como grupo consolidado del Gobierno Vasco (IT1587-22, GIC21/34). La Universidad del País Vasco UPV/EHU ha financiado el Proyecto de Innovación Educativa HPB/PIE i3lab 24-35.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los Consejos y Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España su colaboración en este trabajo.

CC 4.0 BY-NC-SA

Autorías

Ainhoa Eizaguirre-Domínguez de Vidaurreta¹  0009-0009-0671-7129

Amaia Urionagüena²  0000-0001-8620-4167

Ana del Pozo-Rodríguez²  0000-0003-2478-0884

Miguel Ángel Gastelurrutia³  0000-0003-1019-0234

María Ángeles Solinís²  0000-0001-9127-0775

¹Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, España.

²Grupo Pharmananogene. Departamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos. Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bioaraba, Grupo de Microbiología enfermedades infecciosas, agentes antimicrobianos y Terapia Génica. Vitoria-Gasteiz, España.

³Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada, España.

Contribución de autorías

Ainhoa Eizaguirre-Domínguez de Vidaurreta, Miguel Ángel Gastelurrutia y María Ángeles Solinís concibieron el estudio, supervisaron la recogida y tratamiento de datos y participaron en la elaboración de la versión final del manuscrito. Ana del Pozo-Rodríguez y Amaia Urionagüena participaron en el análisis de datos y en la preparación del borrador del manuscrito. Los y las autoras participaron en la discusión de los resultados y en la aprobación de la versión final del manuscrito.

Cómo citar este trabajo

Eizaguirre-Domínguez de Vidaurreta A, Urionagüena A, del Pozo-Rodríguez A, Gastelurrutia MA, Solinís MA. Modelos de Comunicación Farmacia Comunitaria-Atención Primaria en España para una Atención Sanitaria Integrada. Pharm Care Esp. 2025;28:e927. doi: 10.60103/phc.v28.e927

RESUMEN

Introducción: La Farmacia Comunitaria (FC) es un establecimiento sanitario de interés público cuya coordinación y colaboración con la Atención Primaria (AP) sigue siendo limitada en España, lo que dificulta una práctica asistencial integrada. El objetivo de este trabajo es analizar y evaluar los modelos de comunicación existentes en España entre las FC y los Centros de Salud (CS), que tienen la finalidad de establecer una comunicación efectiva entre profesionales de la salud.

Método: La metodología de Aprendizaje-Servicio se empleó en el diseño y planteamiento del estudio. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y se estableció contacto directo con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) para recopilar y analizar documentos, protocolos y experiencias de los modelos de comunicación interprofesional ya implantados en España.

Resultados: La comunicación entre FC y CS es aún un ámbito incipiente, con escasa información publicada y un grado de implantación todavía muy limitado en España. Se identificaron modelos de comunicación estructurados en Asturias, Navarra, Euskadi y Zaragoza. Los modelos consolidados implantan canales digitales seguros para la gestión de incidencias, con alta trazabilidad y tiempos de resolución definidos.

Conclusiones: Es fundamental que los modelos de comunicación entre la FC y la AP avancen en la implantación de canales bidireccionales, eficaces y con extensión a otros niveles asistenciales. Esta acción debe acompañarse de un marco estructural que fomente una cultura de confianza y provea el apoyo institucional necesario para reconocer y sostener la actividad asistencial de la FC, fomentando su integración en la AP.

Palabras clave: Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales; Relaciones Interprofesionales; Atención Primaria de Salud; Farmacias Comunitarias; Integración de Servicios de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Community Pharmacies (CPs) are healthcare establishments of public interest whose coordination and collaboration with Primary Care (PC) remains limited in Spain, hindering the development of an integrated healthcare practice. The objective of this study is to analyze and evaluate the existing communication models between CPs and Health Centers (HCs) in Spain, which aim to establish effective communication between healthcare professionals.

Method: The Service-Learning methodology was used in the design and planning of the study. A bibliographic search was conducted in PubMed and direct contact was made with the Pharmacists Associations to collect and analyze documents, protocols, and experiences of interprofessional communication models already implemented in Spain.

Results: Communication between CP and HC is still an emerging field, with scarce published information and a still very limited degree of implementation in Spain. Structured communication models were identified in Asturias, Navarra, the Basque Country, and Zaragoza. The consolidated models implement secure digital channels for incident management, with high traceability and defined resolution times.

Conclusions: It is essential that communication models between CP and PC advance in the implementation of bidirectional effective channels that extend to other levels of care. This action must be accompanied by a structural framework that fosters a culture of trust and provides the institutional support necessary to recognize and sustain CP care activities, promoting their integration into PC.

Key Words: Pharmaceutical Care; Interprofessional Relations; Primary Health Care; Community Pharmacies; Health Services Integration.

Acrónimos:

FC: Farmacia Comunitaria

AP: Atención Primaria

CS: Centro de Salud

COF: Colegios Oficiales de Farmacéuticos

CCAA: Comunidades Autónomas

SPFA: Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales

PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos

RE: Receta Electrónica

ApS: Aprendizaje Servicio

CNP: Cita No Presencial

MAP: Profesional Médico de Atención Primaria

AA: Área Administrativa

FAP: Profesional Farmacéutico de Atención Primaria

Puntos clave

1. Únicamente se han implantado modelos de comunicación estructurados entre las Farmacias Comunitarias (FC) y los Centros de Salud (CS) en Asturias, Navarra, Euskadi y Zaragoza.
2. Los actuales modelos de comunicación FC-CS son predominantemente unidireccionales; excepto en el de Zaragoza, solo se puede iniciar la comunicación por parte de la FC.
3. Los cuatro modelos implantados, aunque con distintos niveles de madurez, convergen en el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y optimizar los recursos disponibles en AP mediante la gestión ágil de incidencias
4. La comunicación entre la FC y la AP puede convertirse en la base de una integración efectiva.

Introducción

La Farmacia Comunitaria (FC) es un establecimiento sanitario de interés público, sujeto a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas (CCAA)⁽¹⁾. Gracias a su proximidad y disponibilidad, a menudo actúa como el primer y último punto de contacto con el sistema sanitario para gran parte de la ciudadanía ^(2,3).

El modelo asistencial de la FC se basa en los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), actividades sanitarias prestadas por farmacéuticos o farmacéuticas que buscan prevenir enfermedades, mejorar la salud pública y optimizar el uso de medicamentos y productos sanitarios⁽⁴⁾. La indicación farmacéutica y la dispensación son servicios de carácter universal centrados en el proceso de uso del medicamento, siendo claves en la detección, corrección y prevención de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y otras incidencias, incluidos los errores de medicación, que constituyen una de las diez principales causas de mortalidad a nivel mundial, siendo en su mayoría prevenibles⁽⁵⁾.

La atención al paciente desde una perspectiva multidisciplinar, basada en la interacción, comunicación y cooperación entre profesionales, es esencial para optimizar la calidad asistencial y la eficiencia del sistema^(6,7). Las competencias y habilidades de los y las farmacéuticas les sitúan como profesionales capaces de contribuir de manera efectiva al control del tratamiento farmacoterapéutico en coordinación con los equipos de Atención Primaria (AP). En este contexto, la Resolución CM/Res(2020)3 del Consejo de Europa busca promover y facilitar la integración de la atención farmacéutica en los sistemas sanitarios europeos⁽⁸⁾. Esta integración conlleva la coordinación y colaboración con el resto de profesionales de la salud buscando mejorar tanto el proceso como los resultados en salud de la población.

La FC en España, pese a los convenios marco y la interoperabilidad tecnológica de la Receta Electrónica (RE), en la práctica está desconectada del núcleo del sistema sanitario. No existe aún una interacción bidireccional y equitativa que permita una práctica integrada entre FC y AP⁽⁹⁾, lo que contribuye a que el farmacéutico comunitario se perciba como un profesional que trabaja de forma independiente, limitando su participación en los procesos asistenciales. La integración de la FC y la AP es un desafío complejo, pero alcanzable. Estudios realizados en Valencia⁽¹⁰⁾ y Euskadi⁽¹¹⁾ señalan que, para lograr una integración real, es prioritario establecer canales de comunicación bidireccionales eficaces, estandarizar protocolos de actuación y promover la colaboración interprofesional dentro de equipos multidisciplinares.

El objetivo del presente artículo es analizar y evaluar los modelos de comunicación entre la FC y los Centros de Salud (CS) implantados en España, que tienen la finalidad de establecer una comunicación efectiva entre profesionales de la salud para la mejora de la prestación de una atención sanitaria eficiente, segura y centrada en el paciente.

Métodos

El estudio se desarrolló aplicando la metodología de Aprendizaje-Servicio (ApS), estrategia educativa que combina procesos de aprendizaje y servicio a la comunidad, permitiendo abordar necesidades reales del entorno⁽¹²⁾.

La estructura del estudio se articuló en torno a una necesidad previamente identificada: la optimización de los modelos de comunicación entre la FC y los CS para mejorar los resultados en salud de la población.

Búsqueda de información y Recogida de datos

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed aplicando la siguiente estrategia de búsqueda: ((community pharmacy OR community pharmacy services OR community pharmacist) AND (interprofessional collaboration OR interprofessional relations OR interprofessional communication OR interdisciplinary communication OR communication)) AND Spain. (fecha de la búsqueda: 30/11/2025).

Criterios de Inclusión:

- Artículos originales.
- Últimos 5 años.
- Inglés y español.
- Incluyen análisis de modelos de comunicación interprofesional entre FC y CS en España.

Criterios de Exclusión:

- Revisiones bibliográficas y cartas al editor.
- Estudios centrados en comunicación con farmacia hospitalaria y otros agentes de salud.

Recopilación y Análisis de Experiencias en Programas de Comunicación entre FC y CS en España

Se estableció contacto directo con los diferentes Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF), a nivel provincial y autonómico, con el objetivo de verificar la existencia de modelos de comunicación formalizados FC-CS en su área geográfica e identificar al personal responsable de su desarrollo.

Resultados

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica concluyó con un total de 137 artículos. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, únicamente se seleccionaron 2 artículos^(7,13). Siguiendo los criterios de transparencia y trazabilidad del proceso, presentamos los resultados de la búsqueda mediante el diagrama flujo recomendado en la declaración PRISMA⁽¹⁴⁾ (Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses) que se muestra en la Figura 1.

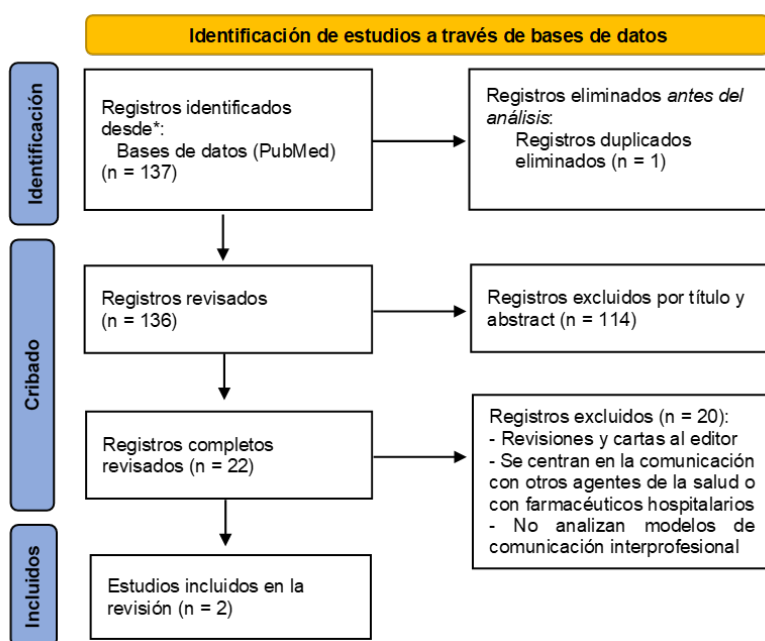


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.

La Tabla 1 recoge la información de los artículos seleccionados en la revisión bibliográfica.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica.

Título del artículo	Año
A communication procedure between community pharmacists and primary care professionals resolves medication errors and other administrative issues ⁽⁷⁾ .	2022
Interprofessional collaboration program La Jota Health Centre and pharmacists from the La Jota Health Area ⁽¹³⁾ .	2025

Modelos de Comunicación entre FC y CS en España

Actualmente, solo tres CCAA, Euskadi, Navarra y el Principado de Asturias, y la provincia de Zaragoza cuentan con modelos de comunicación estructurados entre la FC y el sistema sanitario público, ya estén implantados o en fase de desarrollo avanzado. En Euskadi, el modelo se encuentra en fase de proyecto piloto en CS seleccionados, mientras que Navarra y Asturias han implantado ya modelos funcionales entre FC y AP. En Zaragoza, la experiencia, iniciada como piloto e implantada en el Área de Salud La Jota, está siendo extendida progresivamente a otras zonas. Cabe destacar que la Región de Murcia y Andalucía se encuentran en fase de diseño y elaboración de un programa piloto. Se recopiló información adicional de los cuatro modelos implantados a través de diferentes fuentes:

- Explicaciones detalladas por parte de los profesionales responsables del programa (contacto telefónico y correo electrónico).
- Documentos internos y protocolos facilitados por los COF y revista colegial de Navarra⁽¹⁵⁾.
- Comunicaciones a congresos⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ sobre experiencias concretas.

Los canales habilitados en los distintos modelos son utilizados por el o la farmacéutica comunitaria para comunicar a diversos profesionales del ámbito de la AP las incidencias o problemas detectados durante la dispensación. La clasificación de las incidencias notificadas presenta dos enfoques principales; Euskadi, Navarra y el Principado de Asturias emplean una clasificación inicial previamente definida: urgente vs. no urgente. En Asturias, se considera urgente la falta de medicación prevista para las siguientes 24–72 horas cuando existe potencial repercusión clínica. En Euskadi y Navarra, la urgencia se define según listados de medicamentos consensuados con la administración y se establece ante la ausencia de medicación para dos días laborables, prescripción de formas farmacéuticas inadecuadas o la aparición de reacciones adversas relevantes. Las incidencias no urgentes cubren problemas que no requieren atención inmediata. Por su parte, Zaragoza utiliza un sistema más flexible, en el que las notificaciones se gestionan a través de RE y por correo electrónico, especificando en el cuerpo del mensaje de correo el nivel de urgencia.

Modelo de Comunicación Principado de Asturias

El procedimiento, coordinado entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), el Servicio de Farmacia de AP y el COF de Asturias, establece un circuito rápido y trazable para comunicar y resolver incidencias detectadas durante la dispensación de medicamentos a través de la RE.

El canal de comunicación principal es un canal de mensajería integrado en la RE, complementado con un formulario web alojado en la intranet del COF. Este formulario permite notificar la incidencia al CS correspondiente y su posterior registro para que la unidad administrativa agende una Cita No Presencial (CNP) al paciente. El protocolo distingue las actuaciones según la urgencia y el horario:

- Incidencias urgentes en horario ordinario (8:00 a 15:00 h): FC envía un mensaje por RE y cumplimenta el formulario web (asunto "Incidencia Urgente"). El personal administrativo del CS confirma la recepción y genera una CNP en la misma mañana con la o el Médico de Atención Primaria (MAP).
- Incidencias urgentes en horario continuado (fuera de horario ordinario, fines de semana y festivos): envío de mensaje por RE acompañado de llamada telefónica directa al CS responsable de la atención continuada.
- Incidencias no urgentes: envío de mensaje por RE y formulario web (asunto "No Urgente"). El CS genera una CNP antes de 72 horas con MAP.

El sistema permite un seguimiento continuo mediante el registro automático en la intranet del COF y su revisión por una Subcomisión integrada por profesionales pertenecientes al ámbito de la medicina, farmacia y personal administrativo.

A continuación, se recogen los resultados del programa (01/2023–09/2024) ^(16,17) actualmente activo:

- Participantes: comenzó en 01/2023 con 5 CS y 18 FC, se amplió de manera escalonada hasta implantarse en 91 CS y 472 FC en 07/2024.
- Incidencias notificadas: 59.912 (57,6% urgentes).
- El 97,8% (58.605 incidencias) fueron resueltas.
- Tipos más frecuentes: superada fecha de renovación (47,81%) y superado margen de recogida (17,16%).

Modelo de Comunicación Navarra

El modelo, promovido por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones, la Gerencia de Atención Primaria y el COF de Navarra, se centra en el seguimiento y resolución de incidencias detectadas durante la dispensación. El canal de comunicación es la plataforma digital LAMIA, sistema de RE del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. El procedimiento es el siguiente:

- FC accede a LAMIA, selecciona el CS y el tipo de notificación (Urgente o No Urgente), y añade la descripción del caso en texto libre.

- Personal administrativo del CS recibe el mensaje, lo reenvía a MAP y crea una CNP.
- Plazos de Resolución: incidencia urgente máximo en un día laborable, no urgente tiene plazo de 5 a 10 días.
- El profesional sanitario oportuno puede responder a la farmacia mediante notas de LAMIA, correo electrónico o teléfono.
- El seguimiento por la FC se realiza mediante la comprobación de la hoja de tratamiento en LAMIA (con el consentimiento del paciente).

El piloto (02/2021-11/2021)⁽¹⁸⁾ implicó 3 CS y 24 FC, permitió resolver en el plazo establecido el 99% de las incidencias notificadas (76% urgentes) y fue valorado satisfactoriamente por el 82,4% de agentes implicados. El modelo continúa activo y cuenta con un “comité evaluador” local para el seguimiento y la introducción de mejoras.

Modelo de Comunicación Euskadi

El proyecto piloto, diseñado por el COF Gipuzkoa, utilizaba el correo electrónico y contacto telefónico como canales de comunicación, para facilitar la gestión de las incidencias clínicas relevantes. El procedimiento establecido:

- Incidencias urgentes: comunicación telefónica al Área Administrativa (AA) del CS. Durante la llamada la FC se identifica y presenta el problema. La incidencia debe resolverse en 24h. La FC registra las incidencias.
- Incidencias no urgentes: comunicación mediante correo electrónico al AA del CS. En el correo la FC especifica el número de identificación del paciente, incluyendo sus iniciales (en cumplimiento de la ley de protección de datos), presenta el problema e incluye la información de contacto de la farmacia. La incidencia debe resolverse en una semana. La FC registra las incidencias.

A continuación, se recogen los resultados del piloto (03/2017-06/2019)⁽⁷⁾:

- Participantes: se inició en 2017 en el Área de Salud OSI Donostialdea con 10 CS y 60 FC, en 2019 se extendió a las zonas Zarautz Orio-Aia y Antzuola-Bergara-Elgeta, con 3CS, 3 consultorios y 19 FC.
- Detección de incidencias totales: 1.179 errores de medicación y otros problemas administrativos que requirieron comunicación con el MAP.
- Método más usado: correo electrónico (74,1%) vs. teléfono (25,9%).
- El tiempo medio de respuesta por correo electrónico fue, generalmente, inferior a 24 h.
- El 91,5% de los problemas notificados al personal del AA se registraron como resueltos en menos de 24 h.
- Problemas más frecuentes: recetas electrónicas ausentes (65,0%) y caducadas (19,2%).

El protocolo ha sido revisado y adaptado por la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y los tres COF de Eus-

kadi, y se está pilotando en 13 CS y 79 FC. El nuevo procedimiento mantiene el canal telefónico para la comunicación de incidencias urgentes al AA del CS; no obstante, desde la FC se registra la incidencia en la plataforma de RE (eRezeta), donde puede ser consultada por la persona prescriptora. Para las incidencias no urgentes, desde la FC se registra la incidencia en eRezeta, y de forma complementaria, informa por correo electrónico al Farmacéutico de Atención Primaria (FAP), quien asume el rol de intermediario para la gestión de la incidencia.

Modelo de Comunicación Zaragoza (La Jota)

El modelo, implementado inicialmente en el Área de Salud La Jota, busca establecer un canal seguro, rápido y sostenible para resolver incidencias clínicas y administrativas. El programa de colaboración entre FC y CS se diseñó siguiendo la metodología *Intervention Mapping*⁽¹⁹⁾; se trata de un modelo para diseñar, implementar y evaluar intervenciones en salud, que se adaptó a los Servicios Profesionales Farmacéuticos.

El canal de comunicación empleado es doble: RE y correo electrónico. El procedimiento es el siguiente:

- La FC notifica las incidencias que requieren intervención médica mediante un mensaje a través de la RE (e-mail asociado) a la persona prescriptora y un correo electrónico cifrado con identificación pseudoanonimizada del paciente, indicando el nivel de urgencia (urgente, visado o normal).
- El personal administrativo del CS descifra la identificación, revisa el aviso y cita al paciente con su MAP según la urgencia.
- El o la MAP revisa los mensajes y toma las decisiones clínicas. La respuesta a la FC se realiza, si es necesaria, vía RE.

A continuación, se recogen los resultados (04/2021-04/2024)⁽¹³⁾:

- Participantes: 1 CS y 13 FC.
- Notificaciones totales: 17.505.
- Incidencias más frecuentes: renovación de recetas electrónicas (16.690) y renovación de visados (421).
- Otros problemas: 94 notificaciones de problemas con medicamentos (incluyendo falta de adherencia, errores de administración y avisos urgentes).
- Aceptación: alta satisfacción de pacientes, profesionales del CS y de la FC.

Este modelo presenta dos características diferenciales, por un lado, el sistema de RE se trata de un canal bidireccional, permitiendo que tanto prescriptor como farmacéutico comunitario inicien la comunicación. Por otro lado, el modelo incluye la gestión de un grupo profesional de WhatsApp por parte de un farmacéutico, para facilitar la comunicación en el envío de información sanitaria pública y campañas desde el CS a las farmacias.

La Tabla 2 sintetiza y compara los distintos modelos analizados.

Tabla 2. Características clave, fortalezas, limitaciones y trazabilidad de cada modelo de comunicación FC-CS

Comunidad Autónoma		Características del modelo	Fortalezas	Limitaciones	Trazabilidad/Herramienta
Principado de Asturias		Formulario, registro RE, contacto con AA y CNP	Elevada resolución incidencias, buena acogida institucional, tiempo de resolución definido	Implica más tiempo, algunos CS no responden de forma sistemática, no bidireccional	RE Formulario web
Navarra		Plataforma RE, registro sin retorno garantizado	Herramienta ágil y efectiva, clasificación de incidencias definida, tiempo de resolución definido	Escasa respuesta médica, no bidireccional	RE
Euskadi	Piloto inicial	Correo electrónico, teléfono. Intermediario AA, registro FC.	Clasificación de incidencias definida, tiempo de resolución definido	Falta de inmediatez, escasa interacción MAP-FC, no bidireccional	Registro en FC
	Piloto actual	RE, correo electrónico, teléfono. Respuesta a través de FAP (no urgentes), registro en RE	Clasificación de incidencias definida, tiempo de resolución definido	Falta inmediatez, dependencia del FAP, escasa interacción MAP-FC, no bidireccional	RE Registro en FC
Zaragoza (La Jota)		Comunicación RE, enfoque relacional, mensajes sanitarios	Flexibilidad, colaboración real, implicación, bidireccional	Tiempo de resolución no definido	RE

RE: Receta Electrónica; AA: Área Administrativa; CNP: Cita No Presencial; CS: Centro de Salud; FC: Farmacia Comunitaria; MAP: Medicina de Atención Primaria; FAP: Farmacéutico de Atención Primaria.

Discusión

Los modelos de comunicación estructurados entre FC y AP en España se limitan actualmente a Euskadi, Navarra, Asturias y la provincia de Zaragoza, presentando diferentes grados de desarrollo. Navarra y Asturias disponen de modelos plenamente operativos, mientras que Euskadi mantiene un proyecto piloto en CS seleccionados y Zaragoza avanza en la expansión de la experiencia iniciada en el Área de Salud La Jota. Asimismo, Murcia y Andalucía se encuentran en fase de diseño.

El análisis de los modelos de comunicación FC-CS (Tabla 2) se ha visto limitado, tanto por su baja implantación en España como por la escasa información publicada, con solo 2 artículos identificados ^(7,13) en la revisión realizada. Estos datos indican que la formalización y expansión de la colaboración interprofesional mediante canales de comunicación estandarizados constituye todavía un proceso incipiente dentro del SNS.

Los cuatro modelos descritos, aunque con distintos niveles de madurez, convergen en el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y descongestionar la AP mediante la gestión ágil de incidencias. Más allá de la eficiencia operativa, la implantación de estos canales de comunicación estructurada representa el primer paso tangible y formal hacia la integración de la FC en el sis-

tema de salud. Al estandarizar la forma en que se comparte la información clínica, se sientan las bases de la confianza y el respeto profesional mutuo, elementos esenciales para el trabajo multidisciplinar⁽²⁰⁾.

El modelo de Asturias es el más avanzado en cuanto a la implantación de un procedimiento estructurado y trazable. Su principal fortaleza radica en la combinación de un canal digital (mensajes de RE) con un formulario web y la delimitación de tiempos de respuesta explícitos, lo que garantiza su efectividad. Al igual que Euskadi y Navarra, en Asturias se emplea una clasificación inicial predefinida de la incidencia (urgente vs. no urgente). No obstante, en lo referente al medicamento implicado, se otorga al profesional farmacéutico la responsabilidad de determinar el grado de urgencia, proporcionándole autonomía para valorar la situación individual del paciente, en consonancia con un enfoque de atención personalizada.

Los modelos de Navarra y Euskadi también emplean la plataforma de RE, presentan tiempos de resolución definidos y registro en la historia clínica, facilitando la trazabilidad. En relación con el medicamento implicado en las incidencias, el grado de urgencia se establece atendiendo a listados consensuados con la administración.

Una limitación común a los modelos de Asturias, Navarra y Euskadi es la unidireccionalidad de la comunicación, iniciada únicamente desde la FC. Un modelo de colaboración real debería permitir también al MAP iniciar la comunicación para abordar, por ejemplo, problemas de adherencia, educación sanitaria o resolución de dudas detectadas en la consulta.

El modelo de comunicación de Zaragoza, aunque sin tiempo de respuesta definido, destaca por su bidireccionalidad funcional y la utilización de una variedad de herramientas sencillas (RE, correo cifrado, WhatsApp) en un entorno de confianza relacional. Además, permite a los CS emitir mensajes sanitarios a las FC, reforzando su papel como agentes activos en salud pública, constituyendo un ejemplo de colaboración real y sostenible.

La implantación de canales de comunicación constituye un avance clave para integrar la FC en el sistema sanitario, pero su consolidación enfrenta obstáculos complejos. Los modelos deben evolucionar hacia una comunicación bidireccional y ampliarla más allá de los MAP, a especialistas y otros agentes hospitalarios, ya que una parte significativa de los errores de medicación se origina en prescripciones procedentes de niveles asistenciales diferentes a la AP⁽⁷⁾. La FC, como punto más accesible del sistema sanitario, debe operar como un nodo de comunicación, garantizando la continuidad de la información en las transiciones entre los diferentes niveles asistenciales.

En este sentido, la sostenibilidad de un sistema integrado requiere no solo tecnología y canales de comunicación, sino también de un marco estructural que legitime y reconozca la práctica profesional, con protocolos claros, es-

tandarizados y apoyo institucional que reconozca la actividad asistencial y la responsabilidad clínica de la FC.

Conclusión

El análisis de los modelos de comunicación entre las FC y los CS revela un campo de desarrollo incipiente, con modelos consolidados en Asturias y Navarra, que a priori muestran beneficios asistenciales, avanzando hacia una atención centrada en el paciente. La implantación de estos canales constituye el primer paso para mejorar la seguridad del paciente y optimizar la coordinación asistencial. Estos modelos buscan establecer una vía formal para la gestión ágil de incidencias, sentando las bases necesarias para una futura colaboración interprofesional.

Para que la comunicación se convierta en la base de una integración real, es necesario abordar los obstáculos estructurales, promover la evolución de los canales hacia la bidireccionalidad y su extensión a todos los niveles asistenciales. Finalmente, la sostenibilidad de esta colaboración requiere, además de la tecnología, un marco estructural que promueva una cultura de confianza interprofesional y el apoyo institucional necesario para reconocer la actividad asistencial de la FC.

Bibliografía

1. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE. 1997;(109):14457-61. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-9022>
2. Sousa Pinto G, Hung M, Okoya F, Uzman N. FIP's response to the COVID-19 pandemic: Global pharmacy rises to the challenge. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(1):1929-33. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.07.004
3. Flood M, Ennis M, Ludlow A, Sweeney FF, Holton A, Morgan S, et al. Research methods from human-centered design: Potential applications in pharmacy and health services research. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(12):2036-43. doi: 10.1016/j.sapharm.2021.06.015
4. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf
5. Tariq RA, Vashisht R, Sinha A, Scherbak Y. Medication dispensing errors and prevention. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. [Consultado 21 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/55>

6. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe – Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro. Farmacéuticos [Internet]. 2015 [Consultado 20 Oct 2025];(404):52-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/398315>
7. Oñatibia-Astibia A, Larrañaga B, Iribar J, Etxeberria A, Odriozola N, Montero-Muñoz A, et al. A communication procedure between community pharmacists and primary care professionals resolves medication errors and other administrative issues. *Int J Pharm Pract*. 2022;30(3):235-40. doi: 10.1093/ijpp/riac008
8. Comité de Ministros del Consejo de Europa. Resolution CM/Res(2020)3 on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services [Internet]. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2020 [consultado 20 Oct 2025]. Disponible en: <https://rm.coe.int/09000016809cdf26>
9. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Spain. *Pharm Pract (Granada)*. 2020;18(2):1999. doi: 10.18549/PharmPract.2020.2.1999
10. Piquer-Martínez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, Calvo B, García-Cárdenas V, Amador-Fernández 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. doi: 10.1136/bmjopen-2024-086285
11. Urionagüena A, Piquer-Martínez C, Benrimoj SI, Calvo B, García-Cardenas V, Martínez-Martínez F, et al. Community pharmacy & primary care integration: qualitative study on stakeholders' opinions and interventions. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2024;17(1):2395551. doi: 10.1080/20523211.2024.2395551
12. Morin Fraile V, González Comellas EM, Guiteras Masclans J, Espona Masllorens JM, Sánchez Agredano R, Solé Pola M, et al. Aprendizaje-servicio, compromiso social e innovación. Experiencias en las asignaturas Enfermería Comunitaria y Trabajo Final de Grado. *FEM (Ed impr)*. 2017;20(Supl 1):S70-S72.
13. Sáez-Benito Suescun AM, Mahulea L, Gracia Valen L, Sáez-Benito Suescun L, Clemente Jiménez ML, Martínez PA, et al. Programa de colaboración Centro de Salud La Jota y farmacéuticos comunitarios del Área de Salud La Jota. *Atención Primaria*. 2025;57(4):103110. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103110
14. Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 2021;372:n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
15. García González P, Belzunce A, Istúriz A. Canal de comunicación entre EAP y OF. Albarelo. 2023;(52):21–24. Disponible en: <https://cof-navarra.com/wp-content/uploads/2023/12/Albarelo-52.pdf>
16. Méndez Bravo T, Gómez de Segura Iriarte L, Fernández Leiva A, Gómez Oña C, Modroño Riaño G, Alonso Bada MB, et al. Nuevo canal de comunicación entre la farmacia comunitaria y el centro de salud para la resolución de incidencias de receta electrónica: resultados de 1 año de proyecto [póster]. Congreso INFARMA; 2024; Madrid, España.

- 17.** Méndez Bravo T, Gómez de Segura Iriarte L, Gómez Oña C, Fernández Leivas A, Modroño Riaño G, Alonso Bada B, et al. Nuevo canal de comunicación entre la farmacia comunitaria y el centro de salud para la resolución de incidencias de receta electrónica [póster]. Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP); 2023; Santander, España.
- 18.** García González P, Otamendi Murillo A, Viamonte Ezcurdia A, Echeverría Gorriti A, Goñi Zamarbide O, Garjón Parra J. Mejorando la atención al paciente: canal de comunicación entre centros de salud y oficinas de farmacia a través de la aplicación de receta electrónica [póster]. XXVII Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP); 2022; Pamplona, España.
- 19.** Sabater-Hernández D, Moullin JC, Hossain LN, Durks D, Franco- Trigo L, Fernandez-Llimos F, et al. Intervention mapping for developing pharmacy-based services and health programs: A theoretical approach. *Am J Health Syst Pharm*. 2016;73:156-64. doi: 10.2146/ajhp150245
- 20.** Piquer-Martinez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, Calvo B, Martinez-Martinez F, Fernandez-Llimos F, et al. Integration of community pharmacy in primary health care: The challenge. *Res Social Adm Pharm*. 2022;18(8):3444-3447. doi: 10.1016/j.sapharm.2021.12.005