

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD DE GRANADA



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

DISEÑO DE UN PLAN GLOBAL DE INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Programa de Doctorado en Farmacia

Celia Piquer Martínez

Director: Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Celia Piquer Martínez
ISBN: 978-84-1195-816-5
URI: <https://hdl.handle.net/10481/105038>

Agradecimientos

Querido lector,

Bienvenido a un viaje que comenzó hace más de cuatro años. Un viaje en el que he aprendido mucho. Y no me refiero solo a lo académico, que también, sino a la valentía que he sentido al enfrentarme a tantas cosas nuevas, que me han transformado y enseñado mucho más de lo que esperaba. Y, sin embargo, cuanto más aprendo, más consciente soy de todo lo que me queda por descubrir. Por suerte, nunca he estado sola:

Mi grupo de integración —Victoria, Begoña, Noelia, Amaia, Miguel, Charlie y Fernando—: cada miércoles a las 9 nos reuníamos desde el comienzo de todo. Gracias por despertar en mí la ilusión por un tema que compartimos semana tras semana; por acompañarme entre lecturas, congresos, artículos, debates y búsquedas. Estar cerca de personas a las que admiro ha sido una de mis mayores motivaciones. Charlie, gracias por tu paciencia, tu disponibilidad infinita, tu mentoría, y por nuestras charlas. Miguel Ángel, gracias por ser un director tan cordial y cariñoso. Amaia, lo conseguimos, y si es juntas siempre mejor.

Mi grupo de investigación —Mariajo, Isa, Adri, Emma, Victoria, Ana Sánchez, María Dolores, Ana Moreno, María José Faus y Fernando—: *mi equipazo*. Gracias por recibirme como una más desde el principio y desmontar el mito de que la investigación es competencia y ego. Con vosotros, ha sido ayuda, empatía y cariño. Donde el café de las 11 es sagrado; donde siempre corremos a todo, pero llegamos; donde planear proyectos parece un juego; donde la creatividad tiene espacio. Mariajo e Isa, *mis compis*, gracias por vuestra generosidad, dulzura y afecto. Adri y Emma, o las *doctorandas*, gracias por haber estado siempre ahí en esta etapa compartida. Fernando, jefe, sin ti no habría llegado hasta aquí. Llevas tres años diciéndome que te vas a jubilar y aún no lo has hecho. Y menos mal. He tenido la suerte de acompañarte en muchas aventuras, y espero que aún nos queden unas cuantas más. Gracias por tu complicidad y por todo lo que hemos compartido.

Gracias también al Consejo de Colegios Oficiales Farmacéuticos de Valencia y a la Fundación Hefame por hacer posible este proyecto, así como a todas las personas que participaron en los grupos focales, entrevistas y estudio piloto: Jaime Giner, Rosa Arnau, Andrés García, Isabel Romero, Daniel Dols, Isabel Arrebola y Enriqueta Fernández. Sin vuestra colaboración no habría sido posible.

Y ahora, lo que lo sostiene todo: papá y mamá, gracias por estar siempre y por ser mi mejor ejemplo. Montse, mi hermana y mi mejor amiga: ahora ya soy Doctora P. *Boo*, you arrived three years ago thanks to this PhD journey and that conference I went to in the Netherlands. Life is funny — you never know what's going to happen. I'm so grateful for the life we're building together and everything that's yet to come.

Y a ti, lector, gracias por llegar hasta aquí. Ahora ya sabes que esta tesis está hecha de muchas personas.

Índice

Índice	7
Siglas y abreviaturas.....	12
Lista de tablas.....	13
Lista de figuras.....	14
Resumen.....	16
Abstract.....	22
1. Introducción	29
<i>La integración de los sistemas de salud</i>	<i>29</i>
<i>Desafíos y evolución de los sistemas de salud.....</i>	<i>33</i>
<i>El Sistema Nacional de Salud en España</i>	<i>38</i>
<i>Estructura del Sistema Nacional de Salud en España</i>	<i>38</i>
<i>Cobertura y financiación del Sistema Nacional de Salud en España</i>	<i>41</i>
<i>La atención primaria en España</i>	<i>44</i>
<i>Estructura atención primaria en España.....</i>	<i>44</i>
<i>Retos de la atención primaria en España.....</i>	<i>46</i>
<i>La farmacia comunitaria en España.....</i>	<i>48</i>
<i>Regulación y características estructurales.....</i>	<i>48</i>
<i>Evolución de los servicios: de la dispensación al cuidado del paciente.....</i>	<i>49</i>
<i>Variabilidad en el concepto de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria</i>	<i>51</i>
2. Justificación	53

3. Objetivos.....	55
<i>Objetivo general</i>	<i>55</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>55</i>
4. Objetivo 1: Definir el concepto de la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria de salud.....	56
<i>Resultados.....</i>	<i>57</i>
<i>Discusión.....</i>	<i>59</i>
5. Objetivo 2: Identificar y categorizar las teorías, modelos y marcos empleados en la integración de sistemas de salud, analizando los componentes comunes y distintivos.....	63
<i>Material y método.....</i>	<i>63</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>66</i>
<i>Características de los estudios incluidos</i>	<i>66</i>
<i>Teorías de integración de sistemas de salud.....</i>	<i>67</i>
<i>Modelos de integración de sistemas de salud.....</i>	<i>69</i>
<i>Marcos de integración de sistemas de salud.....</i>	<i>73</i>
<i>Componentes de las teorías, modelos o marcos de integración de sistemas de salud</i>	<i>77</i>
<i>Discusión.....</i>	<i>79</i>
6. Objetivo 3: Explorar la opinión de los stakeholders sobre la farmacia comunitaria, barreras, e intervenciones para su posible integración con los centros de salud.	88
<i>Material y método.....</i>	<i>89</i>
<i>Diseño del estudio cualitativo.....</i>	<i>89</i>
<i>Participantes y muestreo</i>	<i>90</i>
<i>Recogida de datos</i>	<i>93</i>
<i>Análisis de datos.....</i>	<i>96</i>
<i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>98</i>

<i>Resultados.....</i>	<i>99</i>
<i>Grupos focales y entrevistas</i>	<i>99</i>
<i>Grupo nominal.....</i>	<i>110</i>
<i>Discusión.....</i>	<i>112</i>
<i>Plan de integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria</i>	<i>115</i>
7. Objetivo 4. Aplicación inicial del plan de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria mediante un estudio piloto.....	121
<i>Material y método.....</i>	<i>122</i>
<i>Diseño del estudio.....</i>	<i>122</i>
<i>Reclutamiento.....</i>	<i>123</i>
<i>Codiseño de las intervenciones</i>	<i>125</i>
<i>Fase piloto</i>	<i>126</i>
<i>Intervención 1: Canal de comunicación bidireccional.....</i>	<i>127</i>
<i>Intervención 2: Estandarización del protocolo común.....</i>	<i>128</i>
<i>Intervención 3: Interacción profesional para el fortalecimiento del trabajo multidisciplinar.....</i>	<i>129</i>
<i>Instrumentos utilizados para evaluar el modelo temporal de integración.....</i>	<i>131</i>
<i>Entrevistas semiestructuradas posintervención.....</i>	<i>135</i>
<i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>136</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>137</i>
<i>Codiseño de las intervenciones</i>	<i>137</i>
<i>Participación global de las farmacias comunitarias en el piloto</i>	<i>138</i>
<i>Indicadores de proceso intervención 1: Canal de comunicación bidireccional.....</i>	<i>138</i>
<i>Indicadores de proceso intervención 2: Estandarización de protocolos.....</i>	<i>140</i>
<i>Indicadores de proceso intervención 3: Interacción profesional para el fortalecimiento del trabajo multidisciplinar</i>	<i>140</i>
<i>Evaluación de la integración mediante cuestionarios pre y posintervención.....</i>	<i>143</i>
<i>Entrevistas semiestructuradas posintervención.....</i>	<i>147</i>

<i>Discusión.....</i>	<i>153</i>
8. Discusión general	160
9. Limitaciones y fortalezas del trabajo.....	163
10. Conclusiones	166
Conclusions.....	168
11. Bibliografía	170
11. ANEXOS	181
<i>Anexo I. Publicaciones científicas derivadas del proyecto de investigación.</i>	<i>181</i>
<i>Anexo II. Hoja de información y consentimiento informado - Estudio cualitativo.....</i>	<i>184</i>
<i>Anexo III. Guiones investigación cualitativa: grupos focales y entrevistas semiestructuradas.....</i>	<i>188</i>
<i>Anexo IV. Informes favorables de los comités de ética: estudio cualitativo y piloto.....</i>	<i>191</i>
<i>Anexo V. Descripción intervenciones piloto según checklist TIDieR</i>	<i>195</i>
<i>Anexo VI. Circulares presentación oficial y reuniones de codiseño.....</i>	<i>197</i>
<i>Anexo VII. Guion para las reuniones de codiseño del piloto de integración</i>	<i>202</i>
<i>Anexo VIII. Clasificación de incidencias reportadas en el canal de comunicación.....</i>	<i>204</i>
<i>Anexo IX. Hojas de registro de las intervenciones del piloto</i>	<i>206</i>
<i>Anexo X. Cuestionarios de evaluación de la integración para farmacéuticos y equipo de atención primaria. Piloto.....</i>	<i>209</i>
<i>Anexo XI. Guion de entrevistas semiestructuradas posintervención – estudio piloto.....</i>	<i>217</i>

Siglas y abreviaturas

4DIH: *Four Domain Integrated Health Framework*

5As: *Five Health Care Activities That Facilitate Integration*

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

CAS: *Complex Adaptive Systems*

CEIH: Comité de Ética en Investigación Humana

CES: Consejo Económico y Social

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CGCOF: Consejo General de Colegios Farmacéuticos

COF: Colegio Oficial de Farmacéuticos

DOGV: Diario Oficial de la Generalidad Valenciana

FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

FIP: Federación Internacional de Farmacéuticos

FORO AF-FC: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria

HTA: Hipertensión Arterial

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

LOPSI: *Landscape of Physician–System Integration*

MeSH: *Medical Subject Headings*

MICOF: Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia

NHS: *National Health Service*

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PERTE: Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica

PPCI: *Physician-Pharmacist Collaboration Index*

PRM: Problema Relacionado con los Medicamentos

RCV: Riesgo Cardiovascular

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPD: Sistema Personalizado de Dosificación

SPFA: Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales

UE: Unión Europea

UNESPA: Asociación Empresarial del Seguro

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Distribución del gasto sanitario en España (2023).⁷¹</i>	43
<i>Tabla 2. Gasto sanitario por Comunidad Autónoma (2021).⁴⁴</i>	43
<i>Tabla 3. Comparación internacional del gasto sanitario per cápita ajustado al poder de compra (PPC) y en relación con el PIB (2021).</i>	44
<i>Tabla 4. Componentes de integración encontrados en teorías de integración de sistemas de salud.</i>	67
<i>Tabla 5. Componentes de integración encontrados en los modelos de integración de sistemas de salud</i>	69
<i>Tabla 6. Componentes de integración encontrados en los marcos de integración de sistemas de salud</i>	74
<i>Tabla 7. Características grupos focales.</i>	93
<i>Tabla 8. Características entrevistas semiestructuradas</i>	94
<i>Tabla 9. Características grupo nominal.</i>	95
<i>Tabla 10. Intervenciones derivadas de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas</i>	108
<i>Tabla 11. Características centros de salud y farmacias comunitarias participantes.</i>	125
<i>Tabla 12. Implicación de las farmacias participantes en el piloto</i>	138
<i>Tabla 13. Resultados registro de comunicación.</i>	138
<i>Tabla 14. Resultados registro protocolo.</i>	140
<i>Tabla 15. Características reuniones durante el piloto</i>	140
<i>Tabla 16. Características sociodemográficas de la muestra de encuestados preintervención y posintervención</i>	143
<i>Tabla 17. Resultados del cuestionario valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención antes y después del piloto</i>	144
<i>Tabla 18. Resultados del cuestionario PPCI antes y después del piloto</i>	145
<i>Tabla 19. Resultados relación modelo temporal con dimensiones cuestionarios integración</i>	146

Lista de figuras

<i>Figura 1. Tipos de sistemas según complejidad.....</i>	<i>30</i>
<i>Figura 2. Niveles del sistema de salud.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 3. Estructura del Sistema Nacional de Salud español.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 4. Esquema de financiación del SNS.....</i>	<i>42</i>
<i>Figura 5. Organización de las áreas de salud y las zonas básicas de salud.....</i>	<i>45</i>
<i>Figura 6. Clasificación SPFA Foro AF-FC 2024.....</i>	<i>50</i>
<i>Figura 7. Constructos de la integración de la farmacia comunitaria en el sistema de salud.....</i>	<i>59</i>
<i>Figura 8. Diagrama Prisma.....</i>	<i>67</i>
<i>Figura 9. Modelo conceptual de tipos de integración.....</i>	<i>71</i>
<i>Figura 10. Modelo LOPSI.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 11. Modelo Network Integration.....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 12. Marco conceptual cinco actividades de atención sanitaria que facilitan la integración. Adaptado de Reed et al.¹⁴⁰.....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 13. Marco teórico de diferentes formas de integración.....</i>	<i>76</i>
<i>Figura 14. Distribución de los componentes de las teorías, modelos o marcos de integración del sistema de salud.¹¹⁸.....</i>	<i>77</i>
<i>Figura 15. Diagrama de flujo del proceso cualitativo.....</i>	<i>89</i>
<i>Figura 16. Organigrama simplificado del Sistema de Salud de la Comunidad Valenciana¹⁵⁵.....</i>	<i>91</i>
<i>Figura 17. Resultados de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas agrupados por temas.....</i>	<i>99</i>
<i>Figura 18. Impacto de la integración.....</i>	<i>108</i>
<i>Figura 19. Matriz de factibilidad e importancia de las intervenciones de integración de la farmacia comunitaria y la atención primaria.....</i>	<i>111</i>
<i>Figura 20. Primer modelo temporal para la integración de la farmacia comunitaria y la atención primaria y su efecto en los componentes de integración.....</i>	<i>116</i>
<i>Figura 21. Línea temporal del estudio piloto.....</i>	<i>122</i>

<i>Figura 22. Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana y zonas básicas de salud de los participantes.</i>	<i>123</i>
<i>Figura 23. Diagrama de Sankey. Hipótesis sobre la relación entre el modelo temporal y las dimensiones de los cuestionarios.....</i>	<i>133</i>
<i>Figura 24. Adaptación de las intervenciones en las reuniones de codiseño por los stakeholders.....</i>	<i>137</i>

Resumen

Introducción

La integración de los sistemas de salud ha adquirido una relevancia creciente a nivel internacional desde la década de 1990, impulsada por la necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria. Este concepto ha sido abordado desde múltiples enfoques, niveles (micro, meso y macro) y con una terminología diversa, lo que ha dado lugar a distintos modelos y marcos teóricos. Este interés responde a múltiples desafíos globales que amenazan la sostenibilidad y el rendimiento de los sistemas sanitarios. En primer lugar, el reto demográfico, caracterizado por el envejecimiento progresivo de la población, ha generado un aumento de pacientes crónicos, polimedicados y con múltiples necesidades asistenciales. A ello se suma el reto de la sostenibilidad, derivado del incremento en la demanda sanitaria y la presión sobre los recursos disponibles. El reto de la fragmentación asistencial refleja la dificultad de articular respuestas coordinadas entre distintos niveles, sectores y profesionales, lo que debilita la continuidad asistencial y puede traducirse en duplicidades o vacíos en la atención. El reto vinculado al uso de medicamentos también es significativo, dado el peso que tienen los eventos adversos relacionados con la medicación en términos de morbilidad y mortalidad evitables. Finalmente, el reto de las nuevas tecnologías plantea oportunidades, pero también exige una integración más efectiva de la información clínica y una redefinición de los procesos para aprovechar al máximo su potencial. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la ONU en su Agenda 2030, promueven modelos de atención que reduzcan la duplicidad de servicios, aborden las desigualdades en salud y optimicen los recursos disponibles. En este contexto, la integración de todos los actores sanitarios, incluyendo a los farmacéuticos comunitarios, se considera esencial para fortalecer la sostenibilidad de los sistemas de salud, mejorar los resultados clínicos y ofrecer una atención más coordinada y centrada en las necesidades de la población. La farmacia comunitaria desempeña un papel cada vez más activo en la asistencia sanitaria, participando en programas de salud pública, servicios de atención farmacéutica y colaboración con otros profesionales sanitarios. Países como Reino Unido o Australia están incorporando al farmacéutico comunitario en iniciativas de atención primaria y preventiva, reconociendo su aportación para mejorar el uso seguro y efectivo de los medicamentos. Aunque organismos como el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en España, y la Federación Internacional Farmacéutica han promovido su inclusión en la atención primaria, el concepto de “integración” se emplea a menudo sin una definición operativa clara. En algunos casos, se asocia simplemente a la financiación de servicios sin contemplar cambios estructurales en la

organización sanitaria. En consecuencia, los farmacéuticos comunitarios desarrollan su labor asistencial de forma aislada respecto a otros profesionales sanitarios, sin mecanismos normativos ni organizativos que garanticen una integración. Esta situación no solo dificulta su participación en estrategias públicas de salud, sino que evidencia un modelo basado en iniciativas individuales, impidiendo consolidar esquemas de integración estructurados y sostenibles.

Justificación

La farmacia comunitaria, con más de 22.000 oficinas distribuidas por todo el territorio y siendo el recurso sanitario más frecuentado por la población, representa una red altamente accesible y con potencial para contribuir de forma activa a la sostenibilidad del sistema. Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes reconocen la importancia de este objetivo: en España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ya identificó en la *Declaración de Córdoba de 2014* la integración de la farmacia comunitaria en los planes de salud como una prioridad, y encuestas recientes indican que la gran mayoría de los ciudadanos (nueve de cada diez) demanda una mayor coordinación entre farmacias y centros de salud. En este contexto, diseñar y evaluar un plan de integración de la farmacia comunitaria se vuelve prioritario para aprovechar sus capacidades en la mejora de la continuidad asistencial, el uso seguro de los medicamentos y la atención centrada en el paciente.

Objetivos

Objetivo general: Diseñar un plan estratégico y conceptual para integrar la farmacia comunitaria en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivos específicos

Objetivo 1: Definir el concepto de la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria de salud.

Objetivo 2: Identificar y categorizar las teorías, modelos y marcos empleados en la integración de sistemas de salud, analizando los componentes comunes y distintivos.

Objetivo 3: Explorar la opinión de los *stakeholders* sobre la farmacia comunitaria, barreras, e intervenciones para su posible integración con los centros de salud.

Objetivo 4: Aplicación inicial del plan de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria mediante un estudio piloto.

Objetivo 1: Definir el concepto de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria

Método: Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura, ya que la evidencia disponible era heterogénea y no permitía una revisión sistemática formal. Este análisis exploratorio sirvió de base para un artículo conceptual publicado, donde se examinó la terminología y se propuso una definición preliminar de la integración de la farmacia comunitaria.

Resultados: Se identificaron cinco estudios relevantes sobre integración que involucraban a farmacéuticos comunitarios. A partir del conjunto de evidencias, se propuso una definición operativa que describe la integración de la farmacia comunitaria como un *“conjunto coherente de métodos y modelos que asegura un continuo asistencial y la coordinación en múltiples niveles del sistema”*. Además, se identificaron cuatro constructos clave subyacentes y recurrentes en la literatura, considerados críticos para lograr esta integración: consenso (alineación y decisiones compartidas), conectividad (sistemas de información interoperables), comunicación (intercambio directo y fluido de información) y confianza (reconocimiento y respeto mutuo entre profesionales).

Objetivo 2: Identificar y categorizar las teorías, modelos y marcos empleados en la integración de sistemas de salud, analizando los componentes comunes y distintivos.

Método: Se realizó una revisión exploratoria (scoping review) siguiendo las directrices JBI y PRISMA-ScR. Partiendo de una revisión previa de Evans et al. sobre estrategias de integración (1985–2013), se actualizó la búsqueda en cinco bases de datos (Medline, Scopus, PsycInfo, Cochrane, WoS) para el periodo 2013–2023. Se incluyeron publicaciones que describieran explícitamente teorías, modelos o marcos de integración de sistemas sanitarios, excluyendo estudios de casos aislados o enfoques centrados solo en integrar servicios específicos. Tras cribar 5.584 referencias (4.094 tras eliminar duplicados), se revisaron a texto completo 424 artículos, de los cuales 36 estudios cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: La revisión identificó dos teorías, 15 modelos y ocho marcos conceptuales principales relacionados con la integración de sistemas de salud. Mediante un análisis de contenido cualitativo se identificaron once componentes comunes que emergen recurrentemente en estas teorías, modelos y marcos, incluyendo: la gestión de *stakeholders* (alineación de todos los actores involucrados), la financiación adecuada (asignación estratégica de recursos financieros), la conectividad tecnológica (plataformas compartidas de información), definición clara de roles, gobernanza (estructuras organizativas y liderazgo), comunicación, visión, valores y objetivos compartidos entre actores, adaptación al contexto local, cultura, compromiso de la comunidad y de los pacientes, y co-localización.

Objetivo 3: Explorar las opiniones de los *stakeholders* sobre la integración de la farmacia comunitaria, identificando barreras y posibles intervenciones

Método: Se llevó a cabo un estudio cualitativo en dos fases. Primero, se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas con una muestra intencional de *stakeholders* de la Comunidad Valenciana, incluyendo participantes de los niveles micro, meso y macro. Posteriormente, se desarrolló un grupo nominal, como técnica de consenso, reuniendo a representantes de esos mismos perfiles, con el fin de priorizar de forma participativa las intervenciones propuestas para mejorar la integración. Todas las sesiones fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático usando el programa *Nvivo*.

Resultados: El trabajo cualitativo reveló seis temas principales identificados de forma consistente tanto en los grupos focales como en las entrevistas individuales: (1) Concepto de integración; (2) Imagen de la farmacia comunitaria; (3) Barreras para la integración; (4) Nivel de integración; (5) Impacto esperado de la integración; (6) Intervenciones propuestas: establecer un canal de comunicación bidireccional formal entre farmacia y centro de salud, protocolos asistenciales conjuntos que definan cómo colaborar en el manejo de ciertos pacientes o patologías, desarrollo de actividades comunitarias conjuntas y/o grupos de educación para la salud, implicación en campañas sanitarias, o la participación de farmacéuticos en reuniones de equipo o comités de atención primaria (para fortalecer el trabajo multidisciplinar y la confianza). En la fase de grupo nominal, los participantes evaluaron y priorizaron estas intervenciones según su importancia y viabilidad. Como resultado del consenso, se seleccionaron tres intervenciones prioritarias consideradas críticas y factibles a corto plazo: (a) implementar un canal de comunicación bidireccional estructurado entre farmacias y centros de salud, (b) establecer protocolos clínicos estandarizados para actuaciones conjuntas en el manejo de pacientes, y (c)

fomentar la interacción profesional sistemática mediante reuniones periódicas entre farmacéuticos comunitarios y equipos de atención primaria para coordinar casos y alinear procedimientos.

Objetivo 4: Implementación inicial del plan de integración mediante un estudio piloto

Método: Se llevó a cabo un estudio piloto de 5 semanas de duración en la Comunidad Valenciana, con la participación voluntaria de farmacias comunitarias y sus centros de salud de referencia, siguiendo un diseño pre-post sin grupo control. Previamente a la implementación, se realizó un proceso de codiseño con los actores locales: farmacéuticos y profesionales de primaria adaptaron los detalles operativos de cada intervención a su contexto, estableciendo, por ejemplo, qué medio usar para el canal de comunicación, qué casos clínicos incluir en los protocolos y la logística de las reuniones. Se reclutaron inicialmente 29 farmacias comunitarias (10 en Alicante, 6 en Valencia y 13 en Castellón) coordinadas con sus respectivos centros de salud. Las tres intervenciones se implementaron en paralelo: (a) un canal de comunicación bidireccional para incidencias clínicas (cada farmacia podía comunicar a su centro de salud problemas detectados, usando un formulario estandarizado vía email o teléfono), (b) protocolos asistenciales compartidos enfocados en patologías crónicas seleccionadas (por ejemplo, seguimiento de pacientes hipertensos con criterios de derivación al médico según resultados clínicos), y (c) reuniones interprofesionales (un encuentro presencial en cada provincia entre farmacéuticos y personal de atención primaria para discutir casos y coordinarse). Se recogieron indicadores de proceso de cada intervención (uso y aceptación del canal, número de pacientes atendidos con el protocolo, participación en reuniones). Para evaluar cambios en la integración, se administraron cuestionarios pre y posintervención a los profesionales participantes, adaptando escalas previamente utilizadas para medir integración (Cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos y *Physician-Pharmacist Collaboration Index (PPCI)*). Además, al final del piloto se condujeron entrevistas semiestructuradas, para cualitativamente evaluar la experiencia, identificar barreras durante la implementación y recoger sugerencias. Los cuestionarios fueron analizados mediante estadística descriptiva (media y desviación estándar) y comparativa. Al no ser posible emparejar las respuestas pre y post por el anonimato, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, con un nivel de significación establecido en $p < 0,01$. Se calculó además el tamaño del efecto mediante la fórmula de Cohen's d, y los valores obtenidos sirvieron para estimar el tamaño muestral necesario para un futuro estudio principal con potencia estadística del 80 % y $\alpha = 0,05$. Por su parte, los datos

cualitativos procedentes de entrevistas fueron analizados mediante análisis temático inductivo.

Resultados: De las 29 farmacias reclutadas, 17 lograron poner en marcha las intervenciones: (a) Canal de comunicación: Se registraron 26 comunicaciones de incidencias desde farmacias hacia los centros de salud durante el periodo piloto. (b) Protocolos compartidos: nueve farmacias (dos de Alicante, una de Valencia, seis de Castellón) aplicaron los protocolos asistenciales consensuados; (c) Reuniones interprofesionales: Se llevaron a cabo tres reuniones, una por provincia. Los participantes valoraron positivamente en las entrevistas posintervención estos encuentros, señalando que ayudaron a generar confianza, pero también señalaron limitaciones, como la ambigüedad y extensión de los cuestionarios utilizados o la necesidad de respaldo institucional. Como efecto global del piloto, pese a una tasa de respuesta posintervención inferior al 40 %, los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en todas las dimensiones evaluadas. Destacaron los incrementos en la fiabilidad entre profesionales (+1,52 puntos) y en el inicio de la relación (+1,24), lo que sugiere un fortalecimiento del vínculo y el compromiso entre niveles asistenciales. También se observaron mejoras en la formalización de la comunicación (+1,12) y en la clarificación de roles (+1,08), reflejando una mayor estructuración e identificación mutua de funciones. En cambio, las dimensiones vinculadas a visión y objetivos compartidos apenas variaron (+0,43), lo que indica que la alineación estratégica aún requiere mayor desarrollo. A partir de estos resultados se estimó el tamaño del efecto para planificar el estudio principal. El análisis mostró una magnitud moderada en el cuestionario PPCI ($d = 0,60$) y un efecto grande en el cuestionario de colaboración interprofesional ($d = 0,80$). Tomando el valor más conservador, se calculó un tamaño muestral mínimo de 45 participantes por grupo para detectar diferencias significativas con una potencia estadística del 80 % y un nivel de significación de $p < 0,05$.

Conclusiones

Avanzar hacia la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria exige mejorar la confianza, la comunicación, el consenso sobre objetivos comunes y la disponibilidad de herramientas compartidas. A partir de la evidencia teórica se identificaron once componentes clave para guiar procesos de integración estructurados: colocación, roles, visión, valores y objetivos compartidos, confianza, comunicación, cultura, contexto, conectividad, consenso, gobernanza y gestión de los *stakeholders*. Los profesionales implicados consideran que esta integración es viable, aunque requiere superar barreras como la falta de reconocimiento de roles, la escasa coordinación y el apoyo institucional limitado. Las intervenciones priorizadas por ellos junto a los componentes de integración identificados en la

literatura sirvieron para desarrollar un modelo temporal adaptado al contexto valenciano. La aplicación del plan de integración mediante un piloto permitió constatar mejoras significativas ($p < 0,01$) en dimensiones como la fiabilidad e inicio de la relación, lo que indica un avance en la confianza y el compromiso entre niveles asistenciales. No obstante, se detectaron dificultades para mantener el grado de participación, lo que subraya la necesidad de reforzar apoyos organizativos. La continuidad del plan requerirá extender su evaluación en nuevas fases, con muestras más amplias y entornos favorables que impulsen progresivamente modelos de atención más integrados.

Abstract

Introduction

The integration of health systems has gained increasing relevance at the international level since the 1990s, driven by the need to improve the efficiency and quality of healthcare. This concept has been approached from multiple perspectives, levels (micro, meso, and macro), and with diverse terminology, which has led to different models and theoretical frameworks. This interest responds to multiple global challenges that threaten the sustainability and performance of health systems. Firstly, the demographic challenge, characterised by the progressive ageing of the population, has led to an increase in chronic, polymedicated patients with multiple care needs. Added to this is the sustainability challenge, resulting from the increase in healthcare demand and pressure on available resources. The challenge of care fragmentation reflects the difficulty of articulating coordinated responses between different levels, sectors, and professionals, which weakens continuity of care and may result in duplications or gaps in care. The challenge related to medicine use is also significant, given the burden of medication-related adverse events in terms of avoidable morbidity and mortality. Finally, the challenge of new technologies presents opportunities, but also requires more effective integration of clinical information and a redefinition of processes to fully harness their potential. International bodies such as the World Health Organization and the United Nations, through its 2030 Agenda, promote care models that reduce duplication of services, address health inequalities, and optimise available resources. In this context, the integration of all healthcare actors, including community pharmacists, is considered essential to strengthen the sustainability of health systems, improve clinical outcomes, and offer more coordinated and population-centred care. Community pharmacy plays an increasingly active role in healthcare, participating in public health programmes, pharmaceutical care services, and collaboration with other healthcare professionals. Countries such as the United Kingdom and Australia are incorporating community

pharmacists into primary and preventive care initiatives, recognising their contribution to improving the safe and effective use of medicines. Although organisations such as the General Council of Official Colleges of Pharmacists in Spain and the International Pharmaceutical Federation have promoted their inclusion in primary care, the concept of “integration” is often used without a clear operational definition. In some cases, it is simply associated with the funding of services without considering structural changes in healthcare organisation. As a result, community pharmacists carry out their care work in isolation from other healthcare professionals, without regulatory or organisational mechanisms to ensure integration. This situation not only hinders their participation in public health strategies, but also reflects a model based on individual initiatives, preventing the consolidation of structured and sustainable integration schemes.

Justification

Community pharmacy, with more than 22,000 pharmacies distributed throughout the territory and being the most frequently used healthcare resource by the population, represents a highly accessible network with potential to actively contribute to the sustainability of the system. Both healthcare professionals and patients recognise the importance of this goal: in Spain, the CGCOF already identified in the Córdoba Declaration of 2014 the integration of community pharmacy into health plans as a priority, and recent surveys indicate that the vast majority of citizens (nine out of ten) demand greater coordination between pharmacies and health centres. In this context, designing and evaluating a community pharmacy integration plan becomes a priority in order to leverage its capabilities in improving care continuity, the safe use of medicines, and patient-centred care.

Objectives

General objective: To design a strategic and conceptual plan to integrate community pharmacy into the Spanish National Health System.

Specific objectives:

Objective 1: To define the concept of community pharmacy integration into primary healthcare.

Objective 2: To identify and categorise the theories, models, and frameworks used in the integration of health systems, analysing their common and distinctive components.

Objective 3: To explore stakeholders' views on community pharmacy, barriers, and interventions for its possible integration with health centres.

Objective 4: Initial application of the community pharmacy integration plan into primary care through a pilot study.

Objective 1: To define the concept of community pharmacy integration into primary care

Method: A narrative literature review was conducted due to the heterogeneity of available evidence, which did not allow for a formal systematic review. This exploratory analysis supported the development of a published conceptual article that examined terminology and proposed an initial definition of community pharmacy integration.

Results: Five relevant studies on integration involving community pharmacists were identified. Based on this evidence, an operational definition was proposed: “a coherent set of methods and models ensuring care continuity and coordination across multiple levels of the system.” Additionally, four key constructs were identified as critical to integration: consensus (shared goals and decision-making), connectivity (interoperable information systems), communication (direct and fluent information exchange), and trust (mutual recognition and professional respect).

Objective 2: To identify and categorise the theories, models, and frameworks used in the integration of health systems, analysing their common and distinctive components

Method: A scoping review was conducted following JBI and PRISMA-ScR guidelines. Building on a previous review by Evans et al. (1985–2013), the search was updated for 2013–2023 across five databases (Medline, Scopus, PsycInfo, Cochrane, WoS). Studies describing explicit theories, models, or frameworks of health system integration were included. After screening 5,584 references (4,094 after deduplication), 424 full-text articles were reviewed, and 36 met the inclusion criteria.

Results: The review identified two theories, 15 models, and eight main conceptual frameworks related to the integration of health systems. Through qualitative content analysis, eleven common components were identified as recurring across these theories, models, and frameworks, including: stakeholder management (alignment of all involved actors), adequate funding (strategic allocation of financial resources), technological connectivity (shared information platforms), clear definition of roles,

governance (organisational structures and leadership), communication, shared vision, values and objectives among actors, adaptation to the local context, culture, community and patient engagement, and co-location.

Objective 3: To explore stakeholders' views on the integration, barriers, and possible interventions

Method: A qualitative study was carried out in two phases. First, focus groups and semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of stakeholders from the Valencian Community, including participants from the micro, meso, and macro levels. Subsequently, a nominal group was developed as a consensus technique, bringing together representatives from those same profiles, in order to participatively prioritise the proposed interventions to improve integration. All sessions were recorded, transcribed, and analysed through thematic analysis using the Nvivo software.

Results: The qualitative work revealed six main themes identified consistently in both the focus groups and individual interviews: (1) Concept of integration; (2) Image of community pharmacy; (3) Barriers to integration; (4) Level of integration; (5) Expected impact of integration; (6) Proposed interventions: establishing a formal bidirectional communication channel between pharmacy and health centre, joint care protocols defining how to collaborate in the management of certain patients or conditions, development of joint community activities and/or health education groups, involvement in health campaigns, or participation of pharmacists in team meetings or primary care committees (to strengthen multidisciplinary work and trust). In the nominal group phase, participants evaluated and prioritised these interventions according to their importance and feasibility. As a result of the consensus, three priority interventions were selected, considered critical and feasible in the short term: (a) implementing a structured bidirectional communication channel between pharmacies and health centres, (b) establishing standardised clinical protocols for joint actions in patient management, and (c) promoting systematic professional interaction through regular meetings between community pharmacists and primary care teams to coordinate cases and align procedures.

Objective 4: Initial implementation of the integration plan through a pilot study

Method: A five-week pilot study was conducted in the Valencian Community, with the voluntary participation of community pharmacies and their respective health centres, following a pre-post design without a control group. Prior to implementation, a co-design process was carried out with

local stakeholders: pharmacists and primary care professionals adapted the operational details of each intervention to their context, establishing, for example, which medium to use for the communication channel, which clinical cases to include in the protocols, and the logistics of the meetings. A total of 29 community pharmacies were initially recruited (10 in Alicante, 6 in Valencia, and 13 in Castellón) in coordination with their respective health centres. The three interventions were implemented in parallel: (a) a bidirectional communication channel for clinical incidents (each pharmacy could notify its health centre of detected problems using a standardised form via email or phone), (b) shared care protocols focused on selected chronic conditions (e.g., follow-up of hypertensive patients with referral criteria to physicians based on clinical results), and (c) interprofessional meetings (one face-to-face meeting in each province between pharmacists and primary care staff to discuss cases and coordinate). Process indicators for each intervention were collected (use and acceptance of the channel, number of patients treated under the protocol, participation in meetings). To assess changes in integration, pre- and post-intervention questionnaires were administered to participating professionals, adapting previously used scales to measure integration (Assessment of Collaboration Between Clinical Professionals questionnaire and the Physician-Pharmacist Collaboration Index (PPCI)). Additionally, at the end of the pilot, semi-structured interviews were conducted to qualitatively evaluate the experience, identify barriers during implementation, and gather suggestions. The questionnaires were analysed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and comparative analysis. Since pre- and post-responses could not be matched due to anonymity, the Student's t-test for independent samples was used, with a significance level set at $p < 0.01$. Effect size was also calculated using Cohen's d formula, and the values obtained were used to estimate the required sample size for a future main study with 80% statistical power and $\alpha = 0.05$. Qualitative data from the interviews were analysed through inductive thematic analysis.

Results: Of the 29 pharmacies recruited, 17 successfully implemented the interventions: (a) Communication channel: 26 incident communications from pharmacies to health centres were recorded during the pilot period. (b) Shared protocols: nine pharmacies (two from Alicante, one from Valencia, six from Castellón) applied the agreed care protocols; (c) Interprofessional meetings: three meetings were held, one in each province. In the post-intervention interviews, participants positively valued these meetings, noting that they helped build trust, but also pointed out limitations, such as the ambiguity and length of the questionnaires used or the need for institutional support. As an overall effect of the pilot, despite a post-intervention response rate below 40%, the results showed statistically significant improvements ($p < 0.01$) in all assessed dimensions. Notable increases were observed in interprofessional trust (+1.52 points) and initiation of the relationship (+1.24),

suggesting a strengthening of the bond and commitment between care levels. Improvements were also noted in the formalisation of communication (+1.12) and clarification of roles (+1.08), reflecting greater structuring and mutual role recognition. In contrast, dimensions related to shared vision and objectives showed little change (+0.43), indicating that strategic alignment still requires further development. Based on these results, the effect size was estimated to plan the main study. The analysis showed a moderate effect on the PPCI questionnaire ($d=0.60$) and a large effect on the interprofessional collaboration questionnaire ($d=0.80$). Taking the more conservative value, a minimum sample size of 45 participants per group was calculated to detect significant differences with 80% statistical power and a significance level of $p<0.05$.

Conclusions

Progress towards the integration of community pharmacy into primary care requires strengthening trust, communication, consensus on shared goals, and the availability of shared tools. Based on theoretical evidence, eleven key components were identified to guide structured integration processes: co-location, roles, shared vision, values and objectives, trust, communication, culture, context, connectivity, consensus, governance, and stakeholder management. The professionals involved consider this integration feasible, although it requires overcoming barriers such as the lack of role recognition, limited coordination, and insufficient institutional support. The interventions prioritised by them, together with the integration components identified in the literature, were used to develop a temporary model adapted to the Valencian context. The application of the integration plan through a pilot allowed the identification of significant improvements ($p<0.01$) in dimensions such as trust and initiation of the relationship, indicating progress in the confidence and commitment between levels of care. However, difficulties were encountered in maintaining participation levels, highlighting the need to reinforce organisational support. Continuation of the plan will require expanding its evaluation in new phases, with larger samples and favourable environments that progressively promote more integrated models of care.

1. Introducción

La integración en los sistemas de salud es un tema de creciente relevancia global, impulsado por la necesidad de mejorar la eficiencia, calidad y accesibilidad de la atención sanitaria.¹⁻³ En un contexto marcado por el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas, los avances tecnológicos y la creciente presión sobre los sistemas de salud, resulta fundamental desarrollar estrategias que permitan un uso más eficiente de los recursos disponibles.^{4,5}

La integración de los sistemas de salud

La integración en los sistemas de salud comenzó a ganar popularidad en la década de 1990, siendo ampliamente estudiada durante los últimos 20 años.⁶⁻⁹ Se caracteriza por una amplia variedad terminológica, diferentes definiciones, tipos, así como por la evolución de teorías, modelos y marcos conceptuales identificados en la literatura.¹⁰⁻¹² Debido a su naturaleza multifactorial, evaluar, implementar y generar evidencia sobre la integración en sistemas de salud resulta un desafío.¹³

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud se caracterizan por englobar *"todas las actividades cuya principal responsabilidad es promover, restablecer y mantener la salud"*.¹⁴ Así, los sistemas de salud pueden definirse como organizaciones complejas que incluyen, generalmente, un conjunto de funciones como liderazgo, gobernanza, financiación, planificación, recursos, personal, prestación de servicios y sistemas de información.¹⁵

De acuerdo con el *Building Blocks Framework* de la OMS, un sistema de salud abarca *"todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo propósito principal es mejorar la salud"*.¹⁶ Están formados por una serie de componentes que interactúan entre sí para lograr un propósito común y abarcan múltiples sectores, organizaciones y profesionales que participan en la prestación de servicios de atención sanitaria.¹⁷ Como consecuencia, resulta difícil definir los cada día más complejos sistemas de salud, dónde empiezan, o dónde acaban. Existen enfoques amplios que incluyen

factores como la salud pública, la promoción de la salud y los determinantes sociales, así como elementos externos como la educación y el empleo, todos ellos con impacto en los objetivos de salud.¹⁸ Sin embargo, cuanto más se amplían estos límites, más difícil es identificar acciones específicas que los actores del sistema pueden realizar para mejorar el desempeño.^{8,16}

Para entender mejor los desafíos y las dinámicas dentro de los sistemas, incluidos los sistemas de salud, estos pueden clasificarse, según Ratnapalan,² en base a su complejidad (figura 1). Esta clasificación considera el número de componentes, su interrelación, el grado de certeza y el grado de acuerdo o consenso sobre las acciones necesarias para alcanzar resultados deseados.²

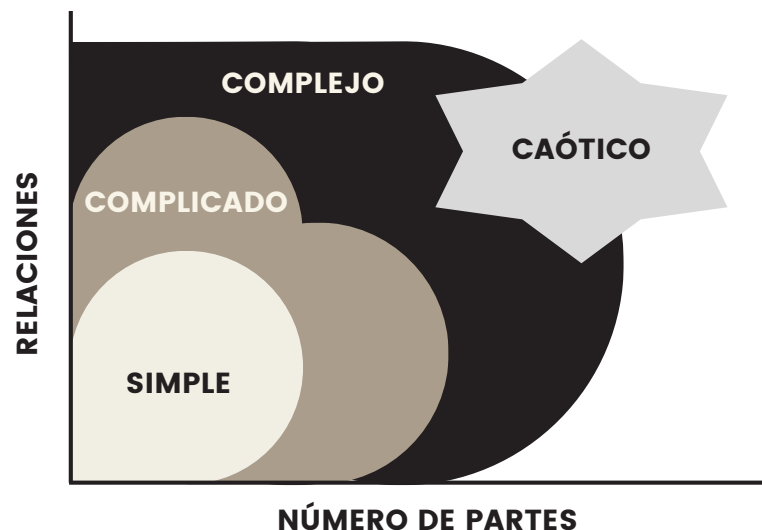


Figura 1. Tipos de sistemas según complejidad.
Adaptado de Ratnapalan et al.²

1. Sistemas simples: Estos sistemas tienen un número limitado de componentes con baja interrelación y procesos lineales, lo que permite resultados predecibles. Un ejemplo sería un centro de salud con un flujo de pacientes bien definido y pocas variables externas que afecten su práctica diaria.¹⁹

2. Sistemas complicados: Incluyen muchos componentes con interrelaciones de baja a media complejidad. Un hospital grande con varias especialidades médicas, donde las interacciones entre departamentos son más complejas, pero aún manejables, es un ejemplo de un sistema complicado.²⁰

3. **Sistemas complejos:** Estos tienen numerosos componentes altamente interrelacionados y una capacidad de autoorganización y adaptación continua. Por ejemplo, un sistema de salud, donde diferentes proveedores de servicios de salud y sociales colaboran estrechamente para ofrecer una atención continua y personalizada a pacientes con múltiples necesidades. Los sistemas complejos tienden a adaptarse y evolucionar con el tiempo, mejorando su robustez y capacidad de respuesta.^{21,22}

4. **Sistemas caóticos:** Generan comportamientos complicados y aparentemente aleatorios debido a la interacción de factores no relacionados o inesperados. En el contexto de la salud, una crisis de salud pública sin un plan de respuesta estructurado puede crear un sistema caótico, donde las acciones y resultados son difíciles de predecir y controlar.²³

Un enfoque complementario para analizar las interconexiones que constituyen estos sistemas es distinguir entre los niveles de gestión micro, meso y macro.²⁴ Aunque en la práctica estos niveles presentan límites difusos, su diferenciación es útil para identificar a los diversos actores involucrados (*stakeholders*), los distintos niveles organizativos y las prioridades en el ámbito sanitario, siendo un marco comúnmente empleado en el desarrollo de políticas y la investigación en salud.²⁵ Esta clasificación, originalmente propuesta por Sutherland y Till (1993),²⁶ permite estructurar las decisiones según el alcance y propósito de cada nivel. Por lo tanto, la estructura de los sistemas de salud (figura 2) podría clasificarse en:



Figura 2. Niveles del sistema de salud

- Nivel 'micro': Es aquel que hace referencia a las experiencias individuales que tienen lugar en y alrededor de los encuentros clínicos, incluyendo a pacientes, cuidadores, farmacéuticos comunitarios, enfermería y médicos de atención primaria.^{27,28} Las decisiones tomadas en este nivel buscan mejorar la atención directa al paciente, como la elección de tratamientos o intervenciones específicas adaptadas a sus necesidades individuales.²⁶
- Nivel 'meso' u organizacional: Es aquel que se centra en los aspectos organizativos a nivel territorial donde existen estructuras que coordinan los servicios sanitarios en función de las particularidades de cada zona, teniendo en cuenta las necesidades locales y territoriales.^{24,28} Involucra a grupos de profesionales que toman decisiones sobre enfoques para la atención de grupos definidos de pacientes o miembros de pequeñas comunidades, como los colegios profesionales de médicos, enfermeros o farmacéuticos, las asociaciones de pacientes y las sociedades científicas.²⁹
- Nivel 'macro' o gubernamental: Es aquel que se centra en el nivel más alto de un Sistema Nacional de Salud (SNS), donde se toman decisiones con impacto a gran escala, beneficiando a segmentos amplios de la población y donde se determinan cuestiones de política, recursos, gobernanza y directrices sanitarias regionales.²⁶ Implica a los responsables políticos para mejorar la eficiencia y calidad de la atención, y operar de manera sostenible.^{24,28} La toma de decisiones en este nivel tiene como fin beneficiar a segmentos de la sociedad, como poblaciones o comunidades grandes, por lo que tiene un impacto significativo a nivel meso y micro. Del mismo modo, las estrategias y gestiones adoptadas a nivel meso guían y afectan la atención individual brindada en el nivel micro.

En resumen, cada nivel del sistema de salud influye y se ve influenciado por los otros, creando un sistema dinámico y cohesionado donde las acciones y cambios en un nivel repercuten en los demás.³⁰

Desafíos y evolución de los sistemas de salud

Actualmente, los sistemas de salud en muchas partes del mundo están experimentando cambios políticos y organizativos significativos, debido al aumento en la demanda de atención sanitaria y social.^{4,31,32} En general, estos cambios buscan reducir la duplicidad de los servicios sanitarios, aumentar la eficiencia, y mejorar los resultados de salud de los pacientes.^{33,34} El enfoque en la prestación de servicios sanitarios está evolucionando de hospital a comunidad, de paciente a población y de curación a prevención.^{35,36} Estos cambios se dirigen hacia un modelo de integración de sistemas centrado en el paciente,^{37,38} abordando desafíos que se alinean con principios establecidos por la OMS^{4,39} y con objetivos específicos de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas,⁴⁰ en particular los relacionados con la salud (ODS 3), reducción de desigualdades (ODS 10) y acceso a innovación tecnológica (ODS 9), como:

1. El reto demográfico: La mayoría de los países están experimentando un aumento tanto en el número como en la proporción de personas mayores en su población.⁴¹ Para 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se duplicará, alcanzando los dos mil millones, y el número de personas de 80 años o más se triplicará, llegando a 426 millones.⁴ Es decir, es una realidad que cada vez hay más pacientes, que además presentan tratamientos crónicos, complejos y polimedicación, y que pueden estar en situaciones de dependencia o vulnerabilidad.⁴²

En el caso de España, la edad media de la población ha pasado de 42,5 años en 2015 a 44,1 años en 2022, y la proporción de personas mayores de 65 años ha aumentado de un 18,9% en 2015 a un 20,3% en la actualidad.⁴³ Entre 2016 y 2020, la proporción de pacientes mayores de 75 años polimedicados aumentó en más de 11 puntos porcentuales, con un incremento anual medio del 2%.⁴⁴ Todo ello genera un crecimiento considerable en la carga de trabajo y presión asistencial, especialmente en atención primaria.⁴

2. El reto de la sostenibilidad: De acuerdo con la Agenda 2030 de las Naciones Unidas por el Desarrollo Sostenible, la integración

en sistemas de salud es un tema relevante.⁴⁰ La sostenibilidad, entendida en su sentido amplio, abarca dimensiones económicas, sociales y ambientales.^{45,46} Desde una perspectiva económica, la sostenibilidad implica maximizar la eficiencia en el uso de recursos, garantizando la cobertura sanitaria universal y el acceso equitativo a una atención médica de calidad sin comprometer la viabilidad financiera de los sistemas.⁴⁰ Desde un enfoque social, se centra en garantizar la equidad, la inclusión y la cohesión social al abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la educación y la vivienda.⁴³ Finalmente, desde el punto de vista ambiental, busca fortalecer infraestructuras sanitarias resilientes que sean capaces de enfrentar retos globales como el cambio climático y los desastres naturales.⁴⁵ Para apoyar el desarrollo sostenible, el bienestar y la salud humana, es importante que se diseñen e implementen respuestas en salud cohesivas y multisectoriales.³⁹ Un ejemplo de estas respuestas son los programas de salud pública integrada, que combinan esfuerzos de salud pública con políticas de educación y vivienda para abordar los determinantes sociales de la salud, como la promoción de la salud mental en las escuelas.^{18,45} Asimismo, la integración de la salud mental en el cuidado general de la salud y en políticas laborales permite mejorar el bienestar en el lugar de trabajo mediante un enfoque multisectorial.⁴⁷ Por último, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la cobertura sanitaria universal, el acceso a una atención médica de calidad y la importancia de una infraestructura sanitaria inclusiva y resiliente son algunos de los bloques que definen esta agenda.⁴⁵

En España, el Real Decreto-ley 16/2012 implementó medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, incluyendo cambios en la aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica y la creación del Fondo de Garantía Asistencial para asegurar la cohesión y equidad en la atención sanitaria.⁴³ Más recientemente, desde 2023, se han reforzado las infraestructuras sanitarias con el objetivo de reducir la huella de carbono en hospitales y adaptar los centros de salud a una población envejecida. Esto incluye la modernización de instalaciones para mejorar la eficiencia energética, la reducción del uso de plásticos y el impulso de modelos de gestión sostenible en los hospitales del SNS. Además, se ha avanzado en

la planificación para garantizar que las infraestructuras sean más flexibles y adaptables a crisis sanitarias, como la ocurrida durante la pandemia de COVID-19.⁴⁴

3. El reto de la fragmentación sanitaria: Un sistema de salud está fragmentado cuando hay varios subsistemas que no están conectados y ofrecen los mismos servicios de salud a distintos grupos de personas.⁴⁸ Cada uno de estos subsistemas tiene su propia forma de financiación y reglas específicas para acceder a los recursos, lo que puede complicar la atención y el acceso a los servicios.⁴⁹ Esta fragmentación no solo afecta a la continuidad de la atención, sino que también incrementa los costos debido a la duplicación de servicios y a la falta de coordinación entre sectores.⁵⁰ Por ejemplo, cuando los sistemas de atención no comparten información ni recursos, se corre el riesgo de que los pacientes no reciban el servicio adecuado en el momento adecuado, lo que puede llevar a omisiones en el tratamiento.⁵¹ La falta de integración no solo disminuye la efectividad de los servicios, sino que también limita la capacidad de ahorro, ya que se incrementa el gasto en áreas duplicadas o mal coordinadas.^{52,53} Uno de los objetivos y preocupaciones de los sistemas sanitarios es trabajar por una adecuada continuidad asistencial, lo que implica una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo y actuando en tiempos distintos, siempre con el objetivo común de la salud del ciudadano.⁵⁴

En España, la descentralización y la variabilidad en la gestión entre las comunidades autónomas pueden generar desafíos en términos de equidad y eficiencia. Según el "Informe del sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro" del Consejo Económico y Social (CES), el sistema sanitario español atraviesa un momento crítico, enfrentando desafíos que requieren reformas para mejorar su organización y gestión.⁴⁴ Entre las iniciativas en marcha para reducir la fragmentación se encuentra el impulso de la coordinación entre atención primaria, hospitales y servicios sociales a través de la Estrategia de Atención Comunitaria, promovida en 2023. Asimismo, la implementación de la Historia Clínica Digital del SNS sigue en proceso, con avances en interoperabilidad entre comunidades

autónomas, aunque aún no está completamente operativa en todo el territorio.⁴⁴

4. El reto de la morbilidad y mortalidad asociada al uso de medicamentos y la seguridad del paciente: La principal causa de daños o lesiones en los sistemas sanitarios son los errores de medicación, causando en la atención primaria un problema mundial, con 1 de cada 20 recetas escritas por médicos generales con errores, y 1 de cada 550 con un error grave.^{55,56} A nivel mundial, los errores de medicación cuestan aproximadamente 42 mil millones de dólares anuales, lo que representa el 0.7% del gasto sanitario global total. Se estima que se pierden 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad cada año debido a la atención insegura en todo el mundo.⁵⁷ La seguridad del paciente se reconoce cada vez más como una prioridad de actuación que requiere una respuesta colectiva y coordinada.³⁷ La expansión en la variedad y disponibilidad de medicamentos ha incrementado la complejidad del cuidado al paciente, subrayando la necesidad de una colaboración integral y coordinada entre todos los profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención médica.³⁹

En España, se estima que el 12% de los pacientes hospitalizados experimentan eventos adversos relacionados con la medicación, de los cuales el 37% son evitables.⁴⁴ Además, hasta el 15% del gasto hospitalario en España está vinculado a eventos adversos prevenibles.⁴⁴ Para abordar esta problemática, España cuenta con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, que sigue las directrices de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).⁵⁸ Esta estrategia promueve la digitalización de la prescripción y dispensación de medicamentos, la reducción de errores de medicación y la mejora en la farmacovigilancia mediante la implantación de sistemas de alerta temprana y protocolos de actuación estandarizados. Además, España colabora con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la OMS y el Consejo de Europa en la definición de mejores prácticas para la seguridad del paciente.⁴⁴

5. El reto de las nuevas tecnologías: Los avances tecnológicos pueden no ser accesibles para todos los grupos de población,

especialmente los adultos mayores y aquellos con menores ingresos, lo que puede aumentar la brecha digital y la inequidad en la atención sanitaria.⁴¹ La falta de habilidades digitales en estos grupos dificulta el uso de plataformas de telemedicina, aplicaciones de salud y sistemas de monitorización remota.⁵⁴ A nivel global, la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025⁵⁹ promueve la interoperabilidad y la seguridad de los datos, subrayando la necesidad de establecer normas internacionales para la recopilación y uso de la información sanitaria. La inversión en salud digital ha aumentado significativamente, con enfoques basados en la inteligencia artificial y el análisis de macrodatos para mejorar la toma de decisiones clínicas, la prevención y el diagnóstico. Sin embargo, la ciberseguridad y la protección de datos emergen como desafíos prioritarios.^{43,60}

En diciembre de 2021, el Ministerio de Sanidad español publicó la Estrategia Nacional de Salud Digital, con el objetivo de mejorar la e-Salud en tres áreas: desarrollo de servicios digitales de salud para personas, organizaciones y procesos; interoperabilidad completa de la información sanitaria entre regiones; y mejora en el análisis de datos.^{18,61} La implementación de estas tecnologías requiere una inversión considerable en infraestructura y capacitación del personal sanitario.⁵⁹ En 2023, en el contexto del PERTE (Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica) para la Salud de Vanguardia, se han asignado más de 2.000 millones de euros para la digitalización del SNS, con inversiones destinadas a la implementación de inteligencia artificial y a la mejora de la interoperabilidad en telemedicina.⁴⁴

Así, los sistemas de salud deben evolucionar de forma rápida y eficiente para satisfacer mejor las necesidades actuales y futuras, y dar respuesta a estos retos. Estos problemas sistémicos, que afectan particularmente a la atención primaria y a los entornos hospitalarios, subrayan la urgencia de explorar soluciones innovadoras que vayan más allá de estrategias a corto plazo, como aumentar el personal médico o ampliar infraestructuras hospitalarias, con el fin de coordinar servicios, promover el uso eficiente de los recursos de salud limitados y mejorar la continuidad de la atención.^{12,62} Países como Reino Unido,⁶³ Estados Unidos,⁶⁴ China⁶⁵ o Australia⁶⁶ apuestan por esta iniciativa, donde curiosamente se está dando especial énfasis a la integración de

la atención primaria de salud, la innovación de nuevos modelos de atención y las estructuras de remuneración.

El Sistema Nacional de Salud en España

Estructura del Sistema Nacional de Salud en España

Desde una perspectiva política y de gobernanza, España es un país descentralizado con 17 comunidades autónomas, 50 provincias y dos ciudades autónomas.⁶¹ Cada Comunidad Autónoma tiene la competencia de gestionar su propio sistema de salud, lo que permite una adaptación a las necesidades regionales, pero también genera variabilidad en la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios.

^{60,67,68} El siguiente esquema ilustra la estructura de la gobernanza y la interconexión entre los diferentes niveles de gestión, proporcionando un contexto visual para comprender la coordinación en el SNS español (figura 3):

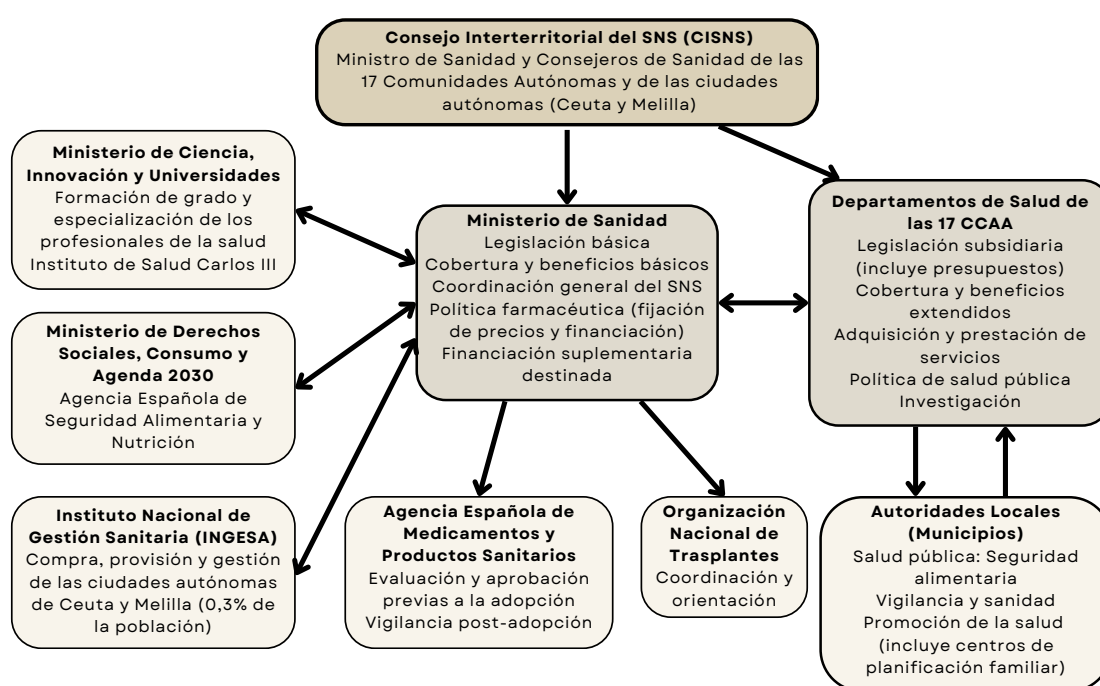


Figura 3. Estructura del Sistema Nacional de Salud español.

Adaptado de Bernal-Delgado et al.⁴³

En la parte superior, se encuentra el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), que reúne al ministro de sanidad y a los consejeros de salud de las 17 comunidades autónomas, y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, para coordinar políticas y decisiones de salud en el país.⁶⁷ Su objetivo es fortalecer la cohesión del SNS y los derechos de los ciudadanos en todo el país.⁶⁹

En el centro, el Ministerio de Sanidad desempeña un papel de tutela y coordinación con el apoyo de cinco instituciones especializadas:

- La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que se encarga de la evaluación y aprobación de medicamentos y productos sanitarios, y realiza vigilancia posadopción para asegurar su seguridad y eficacia en el mercado español.⁴³
- La Organización Nacional de Trasplantes.
- El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que gestiona la compra y provisión de servicios para Ceuta y Melilla y organiza compras centralizadas y subastas públicas de ciertos bienes y servicios para el SNS, incluyendo algunos medicamentos, lo cual permite optimizar recursos y reducir costos para las Comunidades Autónomas que se adhieren a este sistema de compras compartido.⁵²
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: Dependiente del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.
- Instituto de Salud Carlos III (bajo el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades) para la formación y especialización de profesionales de salud.

Desde el Ministerio de Sanidad se define la Cartera Común de Servicios del SNS que establece las prestaciones esenciales garantizadas a la población.⁷⁰

Sin embargo, desde el proceso de descentralización en 2002, las comunidades autónomas adquirieron mayor influencia en el desarrollo del SNS.⁶⁰ Los principales actores en cada comunidad autónoma son los Departamentos de Salud, que actúan como

Autoridades Sanitarias. Sus competencias van desde la legislación subsidiaria, que adapta normativas estatales a su territorio, y la cobertura de beneficios extendidos, permitiendo ampliar la cartera de servicios según necesidades regionales.⁴³ También son responsables de la adquisición y prestación de servicios, planificando recursos sanitarios, gestionando hospitales y centros de salud, y distribuyendo personal. Para desempeñar estas funciones, cuentan con el respaldo de dos agencias especializadas: Una enfocada en la administración de los servicios sanitarios y otra dedicada a la salud pública, es decir, de la vigilancia epidemiológica y la protección y promoción de la salud.⁴⁴ Además, gestionan directamente la política farmacéutica y financian la prestación farmacéutica. Esto incluye la supervisión del gasto farmacéutico, la implementación de estrategias para la selección y adquisición de medicamentos, y la evaluación de su impacto en la sostenibilidad del sistema sanitario.⁶⁰

Tradicionalmente, las estructuras organizativas y de gestión de los distintos servicios de salud regionales se han centrado principalmente en el cuidado de enfermedades agudas, estando dominadas por hospitales.^{62,67} Sin embargo, actualmente estamos en un momento de transición hacia una sanidad más preventiva y basada en la promoción de la salud, priorizando intervenciones tempranas y la gestión de enfermedades crónicas.^{16,52}

Por último, en el nivel local, los municipios tienen competencias en salud pública dentro del marco establecido por los Estatutos de Autonomía y la Ley de Régimen Local. Las Comunidades Autónomas, al organizar sus servicios de salud, deben tener en cuenta estas competencias y coordinarse con los municipios y otras administraciones territoriales.⁶⁸ Además, las corporaciones locales participan en los órganos de dirección de las Áreas de Salud y se encargan de funciones como el control sanitario del medio ambiente (abastecimiento de agua, saneamiento y gestión de residuos), la supervisión de industrias y transportes, y la vigilancia de establecimientos de alimentación, centros de higiene personal, hoteles, escuelas y otros espacios de convivencia. También tienen responsabilidades en la distribución y suministro de alimentos y bebidas, la gestión sanitaria de cementerios y la policía sanitaria mortuoria. Para llevar a cabo estas funciones, los ayuntamientos deben contar con el apoyo técnico de los servicios de salud autonómicos.⁴³ En algunas comunidades autónomas, las diputaciones

provinciales también tienen un rol importante en el apoyo a pequeños municipios y en la gestión de servicios en áreas rurales, complementando las responsabilidades de los gobiernos locales y autonómicos.⁶⁸

Cobertura y financiación del Sistema Nacional de Salud en España

La cobertura que presta el SNS es universal, y combina distintas fuentes de ingresos y mecanismos de gestión.⁷¹ Los impuestos y cotizaciones sociales son la principal fuente de financiación, canalizados a través de la Administración General del Estado y distribuidos entre las Comunidades Autónomas, las corporaciones locales y otros organismos, como INGESA, y la atención se brinda predominantemente en el sector público y de manera gratuita en el punto de atención.⁶⁷

Junto al SNS, existen dos sistemas de salud estatutarios adicionales: las mutualidades de funcionarios públicos, que proporcionan atención sanitaria a algo más de dos millones de funcionarios públicos y sus beneficiarios; y las mutuas de accidentes y enfermedades profesionales.⁷² Los afiliados a estos sistemas pueden optar por recibir atención en el sistema público o privado, con un porcentaje significativo eligiendo la segunda opción.⁴³ El sector privado juega un papel complementario en la prestación de servicios, mediante su participación en los tres sistemas estatutarios y ofreciendo servicios adicionales al SNS. De hecho, más de 12 millones de españoles cuentan con un seguro privado que complementa la sanidad pública, en gran parte debido a las listas de espera y la sobrecarga del sistema público, según datos de la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA).⁷³ Este modelo de coexistencia público-privada es especialmente relevante en áreas con cobertura limitada en el SNS, como la odontología y la atención óptica, donde los ciudadanos recurren con mayor frecuencia al sector privado.⁶⁷

El gasto sanitario público se distribuye principalmente a través del presupuesto global, asignado a hospitales públicos, centros de atención primaria, salud pública y farmacia. Sin embargo, para garantizar la prestación de ciertos servicios, las administraciones recurren a conciertos con el sector privado, a través de los cuales los

hospitales y centros sanitarios privados reciben financiación pública para atender pacientes del SNS. Estos acuerdos se utilizan en áreas con mayor presión asistencial o donde la red pública tiene limitaciones estructurales. Además, algunos servicios, como farmacia o atención especializada, pueden implicar copagos por parte de los ciudadanos.^{44,68} Además, los pacientes pueden incurrir en copagos en algunas prestaciones, como medicamentos y servicios específicos. Junto al sistema público, el sector privado opera mediante seguros de salud, pagos directos y pagos por servicio, lo que permite a los ciudadanos acceder a atención médica fuera del SNS (figura 4).

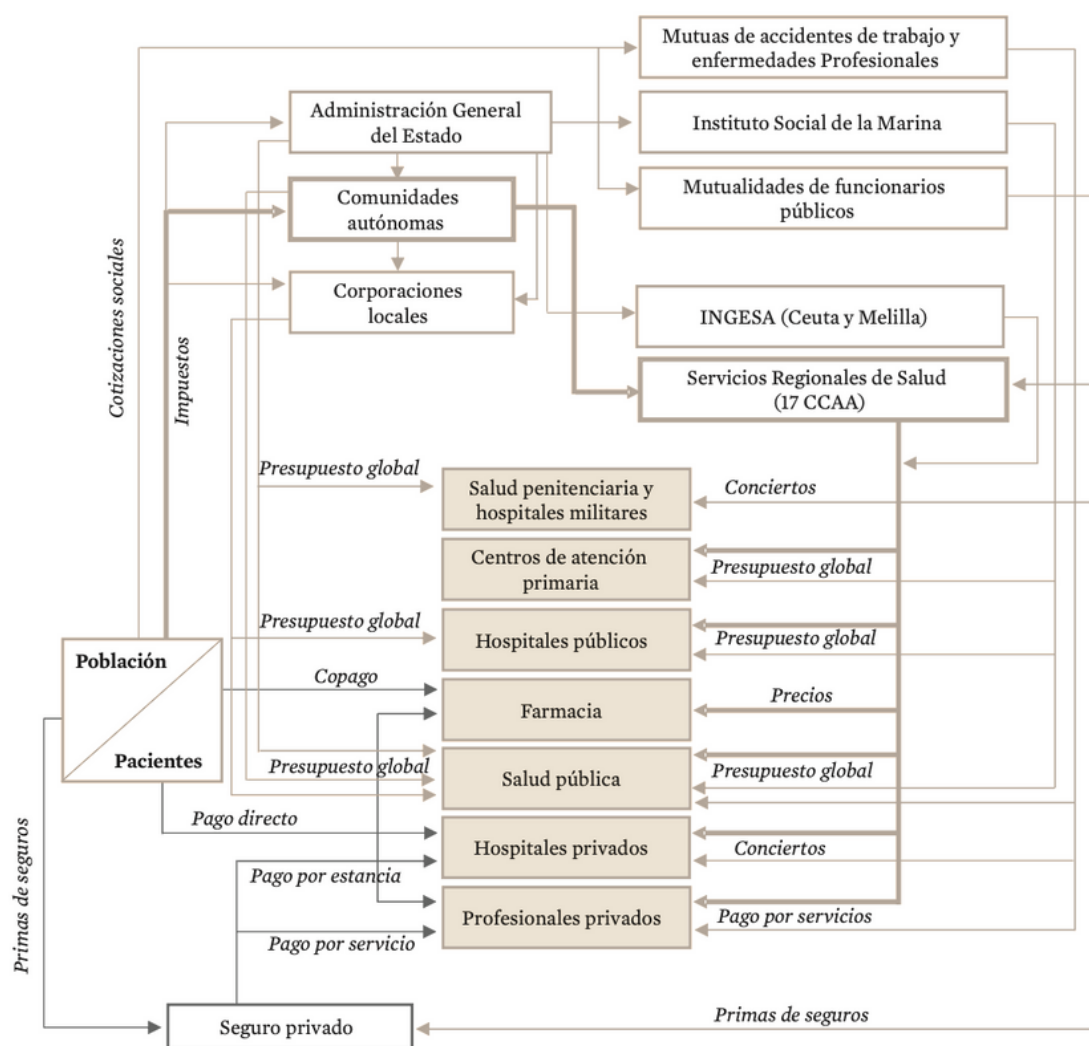


Figura 4. Esquema de financiación del Sistema Nacional de Salud.
Adaptado del CES de España, 2024⁴⁴

En 2021, el gasto total en salud ascendió a 131.984 millones de euros, de los cuales el 71,7% (94.694 millones de euros) correspondió al gasto público, mientras que el 28,3% restante (37.290 millones de euros)

provino del sector privado (tabla 1).⁷¹ Dentro del gasto público, las Comunidades Autónomas gestionan el 92,1%, mientras que el resto corresponde a la Administración central, las mutualidades de funcionarios, la Seguridad Social y las corporaciones locales.⁴⁴

Tabla 1. Distribución del gasto sanitario en España (2023)⁷¹

Gasto total	Millones de euros	% PIB
Público	94.694 (71.7%)	7.8%
Privado	37.290 (28.3%)	3.1%
Total	131.984	10.9%

Producto Interior Bruto (PIB)

El gasto público en salud se divide en distintas áreas, con la mayor parte destinada a hospitales y atención especializada (62%), seguido de farmacia (15%) y atención primaria (14%).⁴⁴ Además, existen diferencias regionales en el gasto sanitario per cápita. Por ejemplo, mientras que el País Vasco destina aproximadamente 2073 euros por habitante, comunidades como Madrid o Andalucía están en la parte baja con 1536 euros y 1486 euros por habitante respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Gasto sanitario por Comunidad Autónoma (2021)⁴⁴

Comunidad	€ por habitante	% PIB regional	% gasto total de la comunidad	% gasto sanitario total CCAA
Andalucía	1486	7.9	38.7	15.6
Aragón	1894	6.6	40.4	3.1
Asturias	1965	8.5	41.3	2.4
Baleares	1644	6.6	29.4	2.5
Canarias	1732	9.1	33.4	4.8
Cantabria	1866	7.9	38.3	1.3
Castilla y León	1879	7.7	41.7	5.5
Castilla la Mancha	1793	8.7	44.7	4.5
Cataluña	1829	6.1	34.0	17.3
C. Valenciana	1656	7.4	37.9	10.3
Extremadura	1895	9.9	38.2	2.5
Galicia	1776	7.6	40.5	5.9
Madrid	1536	4.4	34.0	12.8
Murcia	1909	9.0	44.4	3.6
Navarra	1941	6.3	27.9	1.6
País Vasco	2073	6.3	36.9	5.6
Rioja (La)	1660	6.1	32.9	0.6
Total CCAA	1716	6.7	36.9	100.0

Comunidades Autónomas (CCAA); Producto Interior Bruto (PIB)

En comparación con otros países europeos, España gasta menos en sanidad per cápita. En 2021, el gasto sanitario per cápita ajustado al poder de compra fue de 2769 euros, un 22% por debajo de la media de la UE-27, con diferencias significativas frente a países como Francia o Alemania (tabla 3).⁴⁴

Tabla 3. Comparación internacional del gasto sanitario per cápita ajustado al poder de compra y en relación con el PIB (2021)⁴⁴

País	Euros	% PIB
España	2769	10.6
Italia	2791	9.2
UE-27	3562	10.9
Francia	4200	12.3
Alemania	5156	12.9

Producto Interior Bruto (PIB)

La atención primaria en España

Estructura atención primaria en España

El modelo de atención primaria, diseñado en la Ley General de Sanidad de 1986,⁶⁸ permitió organizar la atención primaria en todo el país con cierta homogeneidad. No obstante, existen tres modelos de gestión: la estructura clásica, donde los centros de salud dependen jerárquicamente del servicio regional; la gestión integrada, que unifica la administración de la atención primaria y especializada bajo un solo director; y la externalización de centros a través de consorcios municipales públicos o asociaciones público-privadas.⁴³

La atención primaria de salud, que cuenta con 3.042 centros de salud y 9.998 consultorios locales,⁷¹ se organiza de forma variable en cada comunidad autónoma, utilizando diferentes terminologías y estructuras de gestión, aunque comúnmente, las áreas geográficas más pequeñas suelen llamarse zonas básicas de salud.^{68,74} Dentro del marco del SNS, los Departamentos de Salud de cada comunidad autónoma son los responsables de la delimitación y gestión de las áreas de salud y zonas básicas de salud, asegurando una distribución eficiente de los recursos y una adecuada cobertura sanitaria.⁴³

Las áreas de salud son la unidad territorial de referencia en cada comunidad autónoma para la planificación y gestión sanitaria.⁶⁸

Dentro de ellas, las zonas básicas de salud representan la división operativa más pequeña de la atención primaria, permitiendo garantizar la continuidad asistencial con la atención especializada.⁴⁴ Las zonas básicas de salud agrupan a una población de entre 5.000 y 25.000 habitantes y se establecen considerando criterios como la distancia máxima entre núcleos poblacionales y los centros de salud, el tiempo de desplazamiento con medios ordinarios, la dispersión geográfica, las características epidemiológicas y la disponibilidad de infraestructuras sanitarias.⁷⁵ Cuando una zona básica de salud abarca varios municipios, se establece uno de ellos como cabecera, donde se ubica el centro de salud de referencia (figura 5). Este debe estar situado a una distancia no superior a 30 minutos del resto de municipios, asegurando el acceso equitativo a los servicios sanitarios.⁶⁹

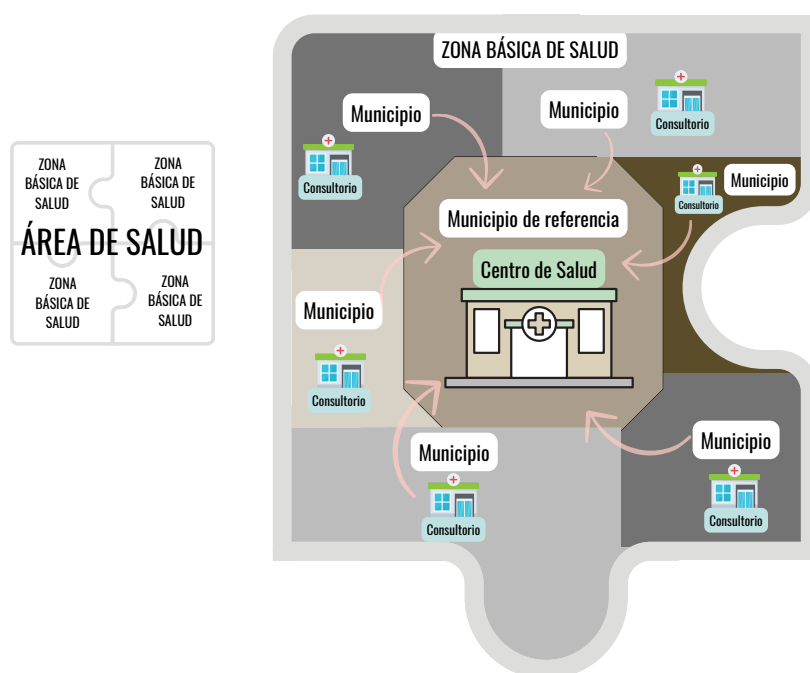


Figura 5. Organización de las áreas de salud y las zonas básicas de salud

Cada comunidad autónoma define el número y delimitación de sus áreas de salud y zonas básicas de salud en función de la distribución y densidad de la población.^{75,76} Todos los profesionales de atención primaria en el SNS son empleados por las comunidades autónomas, y se consideran funcionarios públicos.⁶² Según los últimos datos disponibles del Ministerio de Sanidad en 2024, el SNS contaba con aproximadamente 346.000 enfermeras y 175.000 médicos.^{77,78} Aunque

ha habido un aumento en las plazas para la formación sanitaria especializada, el crecimiento en el personal de atención primaria ha sido menor en comparación con el ámbito hospitalario, lo que ha generado una brecha importante en los recursos disponibles en este nivel.¹⁸

En términos de densidad profesional, España supera la media de la Unión Europea (UE), con 449 médicos en activo por cada 100.000 habitantes, frente a la media de la UE de 325. Sin embargo, la densidad de enfermeras es inferior, con 634 enfermeras por 100.000 habitantes en España, en comparación con las 779 de la UE.⁶⁷ La proporción de enfermeras por médico en España es de 1,41, por debajo de la media de la UE de 1,97, reflejando un desequilibrio en la dotación de personal de enfermería.⁶⁷

La atención primaria ofrece servicios a través de diferentes modalidades: consultas solicitadas por el paciente, visitas programadas y atención de urgencias.⁷⁹ Cada año, se realizan más de 256 millones de consultas médicas y 156 millones de consultas de enfermería en este nivel asistencial, de las cuales el 39,1% de las consultas médicas y el 13,6% de las consultas de enfermería se realizan mediante teleconsulta. En cuanto a la atención urgente en atención primaria, se registra una media anual de 32,7 millones de consultas.⁴³ Las visitas programadas se estructuran en protocolos que cubren programas de salud infantil, salud de la mujer y atención a adultos y personas mayores, abarcando actividades como vacunación, prevención de enfermedades y seguimiento de pacientes con condiciones crónicas. Además, algunos servicios se ofrecen en coordinación con niveles especializados, como la detección y tratamiento de problemas de salud mental y el seguimiento de pacientes en fase terminal.⁶⁸ Respecto al acceso a las consultas médicas en atención primaria, el 9,1% de los pacientes son atendidos el mismo día de la solicitud, mientras que el 12% recibe atención al día siguiente. Sin embargo, la mayoría experimenta un tiempo de espera promedio de 9,1 días para obtener una cita, según datos de 2023.⁴³

Retos de la atención primaria en España

El CES de España y un informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2024, señalan que la

financiación de la atención primaria en España sigue siendo limitada en relación con la creciente demanda asistencial.^{44,54} Esta situación se traduce en listas de espera prolongadas, recursos limitados y carencias estructurales, tal como advierte la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).⁷² Además, un análisis de la OCDE 2023 indica que España destinó un 11% menos del gasto sanitario total a la atención primaria en comparación con la media europea.^{60,61,67}

Esta limitación en la inversión también se ha relacionado con desafíos en la formación y actualización profesional dentro del sistema sanitario público, según el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.¹⁸ En España, la formación continuada de los profesionales sanitarios depende en gran medida de iniciativas autonómicas y del propio interés de los profesionales, lo que genera desigualdades en el acceso a programas de actualización y especialización.^{18,44} Algunos estudios^{3,54,80} sugieren que el sistema sanitario, después de alcanzar altos niveles de rendimiento, ha permitido que sus profesionales queden al margen de las innovaciones en un sector tan dinámico como la sanidad. A diferencia de otros países, en España no se realiza recertificación de los profesionales sanitarios, ni se evalúan sistemáticamente los resultados para catalizar mejoras en la calidad del servicio.^{54,81,82} En este contexto, el dictamen de la Comisión de Reconstrucción en materia de recursos humanos y profesionales del SNS de 2024 propuso:

“Regular e incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional, con la participación de las universidades y los colegios profesionales”.⁴⁴

El informe de la FADSP de 2024 y el Informe Anual del SNS del Ministerio de Sanidad de 2023^{71,72} coinciden en que las carencias estructurales del sistema público han impulsado a muchos profesionales sanitarios a buscar oportunidades en el sector privado o saliendo al extranjero. Esta tendencia ha generado un impacto en la retención de talento, ya que quienes optan por salir del sistema público buscan mejores condiciones laborales, incluyendo una organización más eficiente de la atención, menor carga administrativa y un mayor reconocimiento profesional, aspectos que, en muchos casos, consideran insuficientes en el sector público.⁶⁸

La farmacia comunitaria en España

La farmacia comunitaria es reconocida por los pacientes como el entorno de atención primaria de salud más visitado, consultado y accesible debido a su amplia distribución, accesibilidad y alta confianza de los pacientes.^{52,81} Aunque los farmacéuticos comunitarios son proveedores privados, su actividad está regulada por el SNS, lo que incluye la implementación de la prescripción electrónica y la aplicación de políticas sobre medicamentos genéricos.^{43,83}

Regulación y características estructurales

El sector farmacéutico en España se caracteriza por una regulación estricta, especialmente en lo que respecta a la distribución geográfica de las farmacias. La Ley 16/1997, de 25 de abril,⁸³ establece que las Comunidades Autónomas deben planificar la ubicación de las oficinas de farmacia considerando módulos de población y distancias mínimas entre ellas. Con carácter general, se fija un mínimo de 2.800 habitantes por farmacia y una distancia mínima de 250 metros entre establecimientos, aunque las Comunidades Autónomas pueden ajustar estos parámetros según las características demográficas y geográficas de cada región. Esta misma normativa enfatiza la presencia profesional obligatoria de un farmacéutico en la farmacia para la dispensación de medicamentos en todo momento. Además, permite a las Comunidades Autónomas regular el número de farmacéuticos adjuntos según el volumen de actividad de cada establecimiento, lo que refuerza la calidad del servicio y garantiza la atención adecuada a los usuarios.

En cuanto al régimen horario, la Ley 16/1997 introduce un marco básico que permite cierta flexibilidad en la apertura de las farmacias. Sin embargo, son las Comunidades Autónomas las que regulan los horarios mínimos a través de las correspondientes órdenes o decretos autonómicos.⁸³ Esto permite a los establecimientos adaptarse mejor a las necesidades de la población, especialmente en áreas con alta demanda o en horarios de urgencia.

Según la Ley 44/2003,⁸⁴ de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 8, los farmacéuticos deben estar colegiados y haber obtenido una titulación obligatoria de cinco años. La colegiación de

los farmacéuticos es gestionada por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) de cada Comunidad Autónoma, supervisados por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF), que actúa como órgano de coordinación a nivel nacional.^{84,85} Las farmacias, una vez autorizadas, establecen un acuerdo automático con las autoridades sanitarias regionales para dispensar los medicamentos del SNS. Las disposiciones de la Ley 16/1997⁸³ refuerzan este marco al regular las condiciones de apertura y funcionamiento de las farmacias, así como su papel en la dispensación y en la educación sanitaria de la población. Esta regulación también afecta al sistema de distribución, ya que la distribución de medicamentos está organizada en torno a mayoristas, en su mayoría cooperativas de farmacéuticos, con solo 19 empresas que controlan el 97% del mercado.⁴³ Según las estadísticas del CGCOF, en 2023 existen aproximadamente 22.222 farmacias comunitarias y 80.295 farmacéuticos comunitarios colegiados para la población total de 47 millones de personas, cifra similar al año anterior.⁸⁵

Todas las farmacias comunitarias son de propiedad privada y solo los farmacéuticos pueden ser propietarios de una farmacia. Las cadenas de farmacias no están legalmente permitidas en España. Actualmente existen algunos servicios remunerados en España, financiados a nivel estatal, provincial o municipal mediante acuerdos o conciertos,⁸⁶ pero no financiados a nivel nacional.⁶² En cuanto a la prestación farmacéutica, las comunidades autónomas reembolsan a las farmacias minoristas por la dispensación de medicamentos financiados públicamente, incluyendo aquellos con cupón precinto, fórmulas magistrales y preparados oficinales. Estos reembolsos se realizan de acuerdo con los precios regulados establecidos por los organismos correspondientes del gobierno central.^{43,75}

Evolución de los servicios: de la dispensación al cuidado del paciente

Los farmacéuticos comunitarios que trabajan dentro de estas farmacias están capacitados como profesionales de la salud con un conocimiento experto en medicamentos, contribuyendo a mejorar los procesos de uso y resultados de los medicamentos y del cuidado del paciente.⁴²

Aparte de su función en la distribución y dispensación de medicamentos con receta, la farmacia comunitaria está evolucionando actualmente hacia un enfoque más orientado al paciente, diversificando sus servicios para optimizar el uso racional de los medicamentos y mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.^{83,87} Estos son los denominados servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) y se definen como “aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos”.⁸⁷ Entre estos servicios podemos mencionar el seguimiento farmacoterapéutico, la indicación farmacéutica o el servicio de adherencia terapéutica.⁸¹ Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) sigue trabajando en la inclusión de nuevos servicios como el servicio de medidas de parámetros clínicos o el de reacondicionamiento de medicamentos utilizando el sistema personalizado de dosificación (SPD) (figura 6).⁸⁷

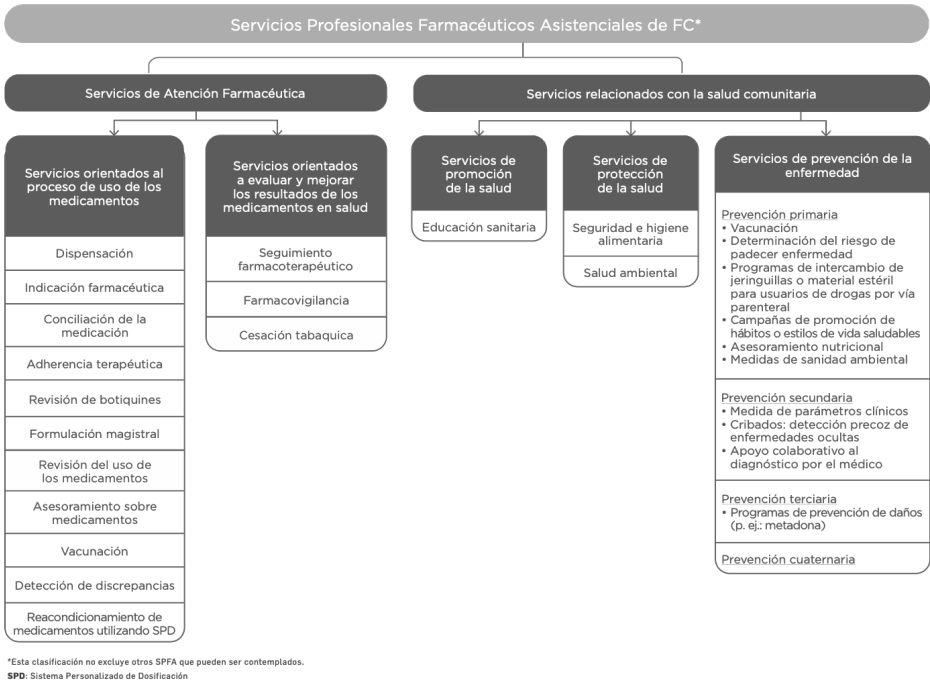


Figura 6. Clasificación SPFA Foro AF-FC 2024

Variabilidad en el concepto de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria

En los últimos años, la integración de la farmacia comunitaria en los sistemas de salud ha sido ampliamente discutida en el ámbito político, profesional y académico. Por ejemplo, el CGCOF de España, ha señalado la posibilidad de *"aprovechar la capacidad asistencial de la farmacia para fortalecer el sistema sanitario"*.⁸⁸ De manera similar, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) insta a definir con mayor precisión el papel de la farmacia comunitaria en los modelos de integración.⁸⁹ El Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOV) destacó la necesidad de aprovechar la proximidad y accesibilidad de la farmacia comunitaria para fortalecer el sistema sanitario, acompañada de mecanismos claros de colaboración con otros profesionales sanitarios, especialmente en el ámbito de la atención primaria.⁹⁰ Sin embargo, a pesar de la creciente presencia de este concepto en el debate público, el concepto de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria sigue siendo impreciso y sujeto a múltiples interpretaciones.^{5,91}

Aunque el discurso general tiende a asumir que la integración es deseable y beneficiosa, no siempre se especifica qué implica en términos operativos, legislativos o estructurales.⁹² En algunas ocasiones, la integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario se ha asociado a la financiación pública de determinados servicios farmacéuticos, sin que ello implique necesariamente una integración estructural dentro del sistema sanitario.⁸¹

En España la farmacia comunitaria es la tercera profesión sanitaria con mayor número de colegiados, después de enfermería y medicina, representando el 8,1% del total de profesionales de la salud en el país.⁸⁵ A pesar de su accesibilidad,⁸³ número y cercanía a la población,⁴⁴ en su práctica habitual los farmacéuticos comunitarios operan de manera independiente de los demás proveedores de atención médica.⁹³ Un factor relevante es la ausencia de acuerdos contractuales entre el sector público y privado, según el informe SESPAS sobre la práctica dual entre lo público y lo privado en España.⁵⁴ Las farmacias comunitarias, se definen en la legislación española como establecimientos sanitarios privados de interés público.⁸³ Esta naturaleza dual dificulta la integración en estrategias públicas de salud debido a barreras normativas y a la falta de un marco regulatorio

claro que facilite la colaboración con las instituciones públicas, según el informe *“La farmacia en el sistema sanitario actual: Aportación a los retos demográficos y asistenciales”*.⁴² Este grupo de trabajo señala que sin un marco contractual que regule esta colaboración, las farmacias comunitarias quedan excluidas de muchas estrategias de salud pública, lo que limita su impacto.⁹⁴ Además, la falta de incentivos para reforzar la colaboración estructurada entre farmacias y centros de salud mantiene un modelo de funcionamiento basado en iniciativas individuales, en lugar de promover esquemas organizativos más integrados dentro del sistema sanitario.¹¹

2. Justificación

En el contexto sanitario actual, el SNS en España enfrenta desafíos significativos que comprometen su sostenibilidad.⁹⁵ Factores como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad, la pluripatología, la fragilidad y la dependencia están incrementando la presión asistencial, especialmente en atención primaria, que con frecuencia se encuentra desbordada.^{80,96} Además, la fragmentación entre niveles asistenciales y la creciente demanda sanitaria dificultan la gestión eficiente de los recursos y afectan la calidad de la atención.^{18,54}

En este escenario, los farmacéuticos comunitarios tienen un papel clave que sigue sin estar completamente aprovechado. Así lo afirma la OCDE, que asegura que los farmacéuticos comunitarios siguen siendo un recurso infrautilizado en los sistemas de salud, a pesar de su capacidad para mejorar la seguridad y efectividad del uso de medicamentos.⁹⁷ La farmacia comunitaria, como el recurso sanitario más accesible, desempeña un rol esencial no solo en la dispensación de medicamentos, sino también en el seguimiento farmacoterapéutico, la prevención de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y la promoción del uso racional de los mismos. Sin embargo, la falta de integración formal de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario limita su contribución potencial a la sostenibilidad del SNS y a la mejora de los resultados en salud.^{81,87}

La inclusión de la farmacia comunitaria en los equipos de atención primaria constituye una prioridad para el CGCOF.⁹⁸ Esto se refleja en la Declaración de Córdoba de 2014, donde se enfatizó la necesidad de integrar la farmacia comunitaria y la participación del farmacéutico en los planes de salud, destacando su rol en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y el seguimiento farmacoterapéutico.⁹⁹ De manera similar, el Barómetro de la Farmacia Comunitaria de 2016 identificó esta integración como una de las principales preocupaciones de los farmacéuticos comunitarios en España.¹⁰⁰ Además, en el estudio REFCOM, las asociaciones de pacientes subrayaron la importancia de una relación fluida entre farmacéuticos y médicos, con acceso compartido a la historia clínica.⁹³ Asimismo, una encuesta del CGCOF en 2022 reflejó que nueve de cada diez pacientes reclamaban una mayor integración de la farmacia comunitaria en

atención primaria, lo que evidencia la necesidad de fortalecer esta relación entre niveles asistenciales.⁹⁸

Una integración efectiva, que fomente por ejemplo la comunicación, una cultura de trabajo compartida, la confianza y coordinación entre los profesionales de atención primaria y las farmacias comunitarias, podría resultar posiblemente en:⁴²

- Un fortalecimiento y mejora de la sostenibilidad del SNS.
- Una utilización más eficiente de los recursos sanitarios por parte del SNS.
- Una mejora notable en los resultados en salud para los pacientes.
- Una atención más completa e integrada para los pacientes.

Dado este contexto, resulta especialmente relevante analizar las posibilidades de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria. Este estudio busca explorar esta integración, no solo como una oportunidad estratégica para transformar el modelo asistencial, sino también como una herramienta para abordar los desafíos actuales del SNS. Examinar y diseñar estrategias que favorezcan la integración de la farmacia comunitaria con la atención primaria podría aportar beneficios significativos en términos clínicos, económicos y humanísticos, consolidando un sistema de salud más sostenible y eficiente.^{18,42}

3. Objetivos

Objetivo general

Diseñar un plan estratégico y conceptual para integrar la farmacia comunitaria en el SNS.

Objetivos específicos

Objetivo 1: Definir el concepto de la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria de salud.

Objetivo 2: Identificar y categorizar las teorías, modelos y marcos empleados en la integración de sistemas de salud, analizando los componentes comunes y distintivos.

Objetivo 3: Explorar la opinión de los *stakeholders* sobre la farmacia comunitaria, barreras, e intervenciones para su posible integración con los centros de salud.

Objetivo 4: Aplicación inicial del plan de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria mediante un estudio piloto.

Si bien estos objetivos están interrelacionados y orientados a alcanzar el propósito de diseñar un plan estratégico y conceptual para integrar la farmacia comunitaria en el SNS, con el fin de facilitar la lectura y comprensión del trabajo, a continuación, se presentan por separado la metodología, los resultados y la discusión correspondientes a cada uno de los objetivos específicos.

4. Objetivo 1: Definir el concepto de la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria de salud

La integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria ha sido objeto de creciente interés en la literatura científica y en el desarrollo de políticas sanitarias.⁹¹ Sin embargo, este es un concepto relativamente reciente en la literatura y su aplicación en la farmacia comunitaria dentro de la atención primaria ha sido escasamente explorado.

En la literatura el término 'integración' se emplea de manera intercambiable con otros conceptos como comunicación, colaboración, cooperación, confianza, y atención integrada (*integrated care*).¹⁷ Esta falta de precisión terminológica ha generado una notable inconsistencia en su uso, como evidenció un análisis lexicográfico reciente debido a su carácter polisémico.¹⁰¹

Inicialmente, como parte de esta investigación, se planteó la realización de una revisión sistemática para identificar y definir el concepto de integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria, utilizando la metodología Cochrane.¹⁰² Sin embargo, la revisión preliminar en farmacia comunitaria reveló que el término integración no se utilizaba de manera específica en este contexto, y que muchas de las publicaciones hacían referencia a coordinación interprofesional, colaboración o práctica colaborativa, sin un marco conceptual claro de integración.

La ausencia de una terminología estandarizada y la falta de modelos de integración aplicados a la farmacia comunitaria y la atención primaria hacían inviable una síntesis sistemática basada en un criterio homogéneo. Ante esta dificultad, se optó por realizar una revisión narrativa para explorar la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria, incluyendo definiciones, modelos teóricos y enfoques conceptuales.

Dado que la evidencia disponible no permitía desarrollar una revisión sistemática formal, los estudios identificados fueron utilizados como base para la elaboración de un artículo de opinión o comentario, en el

que se analizó la falta de claridad en la conceptualización de la integración y se propuso una aproximación preliminar a su definición en el contexto de la farmacia comunitaria. Este artículo, titulado *'Integration of community pharmacy in primary health care: The challenge'*, fue aceptado para publicación en la revista internacional *Research in Social & Administrative Pharmacy*, y se incluye en el anexo I de la presente tesis.¹³

Resultados

Se identificaron cinco artículos que describían la integración involucrando a farmacéuticos comunitarios. Se trataba de estudios cualitativos que exploraban las percepciones de los *stakeholders* sobre la integración de los farmacéuticos comunitarios dentro de la atención primaria o con médicos de atención primaria. En el contexto de la farmacia comunitaria, tres estudios^{11,103,104} describieron definiciones específicas de integración:

- Lake et al.¹¹ utilizaron la definición de integración de Kodner,¹⁰⁵ entendida como *"un conjunto coherente de métodos y modelos a nivel de financiación, administrativo, organizacional, de entrega de servicios y clínico, diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre los sectores de curación y cuidado"*.
- Bradley et al., en 2008,¹⁰³ describieron la integración como *"un continuo con varias etapas"*. Basándose en teorías previas como las de Ahgren & Axelsson (2005)¹⁰⁶ y Leutz (1999),¹⁰⁷ plantearon que la integración implica *"el grado en que diferentes servicios de bienestar se combinan de una manera que es coherente con las necesidades y circunstancias personales de los usuarios del servicio"*. Además, se podía definir como *"la conexión del sistema de atención médica primaria y especializada con otros sistemas de servicios para mejorar los resultados clínicos, la satisfacción y la eficiencia del sistema"*.¹⁰⁷
- En un artículo posterior en 2012, Bradley et al.,¹⁰⁴ ampliaron este marco basándose en la teoría organizacional de Lawrence y Lorsch (1967),¹⁰⁸ que distingue entre diferenciación e integración. Según esta teoría, las organizaciones deben dividirse en

unidades que se enfoquen en diferentes aspectos del entorno externo (diferenciación) para luego vincularlas y trabajar hacia un objetivo común (integración). Además, Bradley et al.,¹⁰⁴ plantearon una serie de etapas tomadas de la teoría de colaboración de Armitage¹⁰⁹ que conducen a la integración, incluyendo:

1. Aislamiento: Los miembros nunca se encuentran, hablan ni se escriben entre sí. En esta etapa, no hay ninguna interacción entre los miembros. Cada uno trabaja de manera completamente independiente.
2. Encuentro: Los miembros se cruzan o se escriben, pero no interactúan de manera significativa. Puede haber encuentros ocasionales o correspondencia entre los miembros, pero estas interacciones no son significativas ni productivas. No hay un intercambio relevante de información ni colaboración.
3. Comunicación: Los miembros comienzan a compartir información. Las interacciones son más productivas y hay un flujo de información que puede ser utilizado para mejorar el trabajo de cada uno.
4. Colaboración entre dos agentes: Los miembros colaboran de manera efectiva. No solo comparten información, sino que también actúan sobre ella y trabajan juntos hacia objetivos comunes, desarrollando patrones de trabajo conjunto.
5. Colaboración a través de la organización: En esta etapa, la colaboración es total y todos los miembros de la organización trabajan de manera integrada. Existe una completa alineación de objetivos y actividades, y el trabajo de todos está coordinado y dirigido hacia metas comunes.

En resumen, la definición de la integración de la farmacia comunitaria podría incluir un *"conjunto coherente de métodos y modelos"* asegurando *"un continuo de servicios"* y la *"coordinación en diferentes niveles"*.^{11,103,104}

Los otros dos artículos identificados no proporcionaron una definición específica de integración.^{110,111} Sin embargo, a partir del conjunto de artículos analizados, se identificaron los siguientes elementos que podrían ser críticos para la integración de la farmacia comunitaria: conectividad, comunicación directa e intercambio de información utilizando tecnologías similares o interoperables; consenso mediante toma de decisiones compartida y alineada con los objetivos del sistema; reconocimiento de los roles profesionales y respeto entre los profesionales, lo que contribuye a la construcción de confianza y una relación interprofesional efectiva. Los elementos identificados en los estudios revisados presentaban patrones recurrentes que permitieron su agrupación en cuatro constructos: consenso, conectividad, comunicación y confianza (figura 7).¹³



Figura 7. Constructos de la integración de la farmacia comunitaria en el sistema de salud

Discusión

La integración de la farmacia comunitaria en atención primaria representa un desafío tanto conceptual como operativo. Aunque la

integración de los sistemas de salud ha sido ampliamente estudiada en las últimas décadas, los modelos existentes se han centrado en la integración entre atención primaria, secundaria y terciaria, dejando de lado la farmacia comunitaria.¹¹² En consecuencia, los procesos de integración rara vez han incluido explícitamente a los farmacéuticos comunitarios como parte del equipo asistencial, lo que ha contribuido a su percepción como agentes externos al sistema de salud.¹¹³

Los hallazgos de este estudio sugieren que la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria no es un evento aislado, sino un proceso dinámico que evoluciona a través de distintos niveles de colaboración interprofesional. Este proceso puede situarse dentro de un continuo de integración, desde la interacción mínima entre farmacéuticos comunitarios y médicos de atención primaria hasta la colaboración estructurada dentro del sistema de salud.¹⁰⁹

La literatura revisada refleja una falta de consenso sobre una definición única de integración, lo que ha generado confusión en su evaluación e implementación.¹⁰¹ Como resultado, se identificaron cuatro constructos: consenso, conectividad tecnológica, comunicación y confianza, que permiten estructurar conceptualmente la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria.

El consenso facilita la alineación de objetivos estratégicos y operacionales entre los diferentes actores del sistema de salud.¹⁰⁴ No obstante, no se trata solo de un acuerdo pasivo, sino de un proceso dinámico que involucra la colaboración en la toma de decisiones y la formulación de estrategias compartidas.¹¹⁰ Sin embargo, los conflictos de interés percibidos y las diferencias en prioridades organizativas, como señala Lake et al.,¹¹ pueden dificultar que se establezca este consenso. En el ámbito de la farmacia comunitaria, este proceso puede ser más complejo debido a la coexistencia de intereses clínicos y comerciales, lo que puede generar conflictos de interés.⁴²

La confianza es otro elemento central en la integración, especialmente en contextos donde las relaciones interprofesionales han sido históricamente jerárquicas o fragmentadas.¹¹⁰ La confianza mutua y el respeto por los roles profesionales resultan esenciales para superar tensiones y construir un entorno colaborativo.^{32,33,114} En ocasiones, la desconfianza inicial entre colectivos profesionales como enfermería y farmacia viene dada por los roles tradicionales de cada

uno.¹¹⁵ Estas cualidades interprofesionales requieren tiempo, y son esenciales para crear un entorno colaborativo en el que todos los participantes se sientan valorados y comprendidos, entendiendo que todos trabajan en equipo para mejorar la atención al paciente.¹¹¹

La conectividad tecnológica facilita el intercambio de información y la coordinación de la atención, pero su implementación en la farmacia comunitaria enfrenta barreras significativas como la falta de interoperabilidad de los sistemas y preocupaciones sobre la privacidad de los datos.¹¹¹ Aunque los avances tecnológicos, como las plataformas de historia clínica compartida, ofrecen un gran potencial, su adopción depende de la disponibilidad de recursos y de la aceptación por parte de los actores involucrados.¹¹³ En ocasiones, las plataformas existentes deben adaptarse para incluir las aportaciones específicas de los farmacéuticos, como la identificación de problemas relacionados con la terapia farmacológica, lo que puede requerir el desarrollo de herramientas adicionales o bases de datos independientes.¹¹⁶ Esto mejoraría la capacidad de otros profesionales de salud, como médicos y enfermeros, para acceder a información relevante y tomar decisiones informadas en colaboración.³⁹

Finalmente, el grado y calidad de la comunicación entre farmacéuticos comunitarios y médicos de atención primaria es un reflejo del nivel de integración alcanzado. En modelos con baja integración, la comunicación suele ser unilateral y limitada a interacciones ocasionales. En cambio, cuando la integración es más avanzada, la comunicación se vuelve estructurada y recíproca, promoviendo la toma de decisiones compartida y la mejora en la atención al paciente.^{11,104} Sin embargo, el grado de comunicación sigue siendo altamente variable y depende en gran medida de factores contextuales, como la frecuencia de las interacciones cara a cara y la existencia de mecanismos formales para el intercambio de información.^{103,117}

En resumen, aunque no existen definiciones únicas de integración de la farmacia en atención primaria, este estudio ha permitido identificar constructos clave que sirvieron como base para conceptualizar la integración en este contexto. El valor de la identificación de estos constructos subyacentes es que las intervenciones, actividades y programas pueden dirigirse en esta dirección y facilitar el proceso de integración, independientemente de cómo se defina o qué tipos de

integración se encuentre óptimo en el contexto de la farmacia comunitaria.

Para fortalecer esta base conceptual y contextualizar los hallazgos dentro de marcos teóricos más amplios, se consideró esencial ampliar el análisis más allá del ámbito farmacéutico.

5. Objetivo 2: Identificar y categorizar las teorías, modelos y marcos empleados en la integración de sistemas de salud, analizando los componentes comunes y distintivos

A partir de la revisión de la literatura sobre la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria, los hallazgos del primer objetivo permitieron identificar cuatro constructos en este proceso. Sin embargo, no se podía determinar con certeza si estos constructos abarcaban todos los elementos esenciales del proceso de integración. Para abordar esta cuestión y establecer una base teórica más sólida, se amplió el análisis a la integración en sistemas de salud mediante una revisión exploratoria de la literatura.

Este segundo objetivo tiene como propósito identificar y categorizar las teorías, modelos y marcos conceptuales empleados en la integración de sistemas sanitarios, examinando sus componentes comunes y distintivos. Este análisis permite explorar la posibilidad de desarrollar un modelo basado en la evidencia para la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria. El trabajo se fundamenta en el artículo *'Theories, models and frameworks for health systems integration. A scoping review'*,¹¹⁸ que fue aceptado para publicación en la revista internacional *Health Policy* y se incluye en el anexo I de la presente tesis.

Material y método

Se llevó a cabo una revisión exploratoria (*scoping review*) para identificar teorías, modelos o marcos conceptuales relacionados con la integración de sistemas de salud, siguiendo la guía del Instituto Joanna Briggs que proporciona un marco estructurado para la identificación, selección y síntesis de evidencia disponible.¹¹⁹ Esta revisión fue reportada de acuerdo con las directrices y la lista de verificación de PRISMA para *scoping reviews*.¹²⁰

Como punto de partida, se utilizó la revisión exhaustiva de Evans et al.⁶ (1985-2013), que exploraba las principales estrategias de integración en sistemas de salud. Dado su enfoque amplio, proporcionó un marco sólido para ampliar la búsqueda y actualizar la evidencia con estudios más recientes. A partir de esta base, se desarrolló una búsqueda en cinco bases de datos: *Medline*, *Scopus*, *PsycInfo*, *la Biblioteca Cochrane* y *Web of Science*, cubriendo el periodo comprendido entre enero de 2013 y abril de 2023. Adicionalmente, se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados para identificar estudios complementarios relevantes.

La estrategia de búsqueda en PubMed incluyó todos los términos utilizados por Evans et al.⁶, con la siguiente formulación: (*"integrated delivery system" OR "organized delivery system"*) AND (*"systems integration"*) AND (*"integrated health care" OR "integrated services" OR "integrated system" OR "integrated delivery"*).

Criterios de inclusión y exclusión

En esta revisión se incluyeron aquellos artículos que describieran teorías, modelos o marcos conceptuales empleados en la integración de sistemas de salud.

Por el contrario, se excluyeron los artículos que abordaban: (1) la integración de programas o servicios específicos dirigidos a diferentes grupos de población; (2) estudios de casos individuales; (3) modelos de atención integrada o *integrated care*; (4) estructuras organizativas de diferentes tipos de atención médica; y (5) descripciones de tipos de integración que no estuvieran incorporados dentro de una teoría, modelo o marco conceptual.

Para esta revisión, se utilizó como referencia la clasificación de teorías, modelos y marcos propuesta por Nilsen, que se resumió de la siguiente manera:¹²¹

Teoría: Un sistema de reglas analíticas o proposiciones diseñado para organizar nuestras observaciones, comprensiones y explicaciones del mundo. Las teorías se centran en identificar y explicar las relaciones o conexiones entre variables.

Modelo: Una simplificación intencionada de un fenómeno o una característica particular de un fenómeno. Los modelos no necesitan ser representaciones perfectas de la realidad para ser útiles. Los modelos son teorías con un ámbito de explicación más limitado; mientras que una teoría es explicativa y descriptiva, un modelo es descriptivo.

Marco de trabajo (*Framework*): Una estructura conceptual que proporciona una visión general, esquema o plan compuesto por categorías descriptivas (como elementos, componentes o variables) y las relaciones que se asumen explican un fenómeno. A diferencia de las teorías y los modelos, los marcos de trabajo no ofrecen explicaciones, sino que describen hechos empíricos al organizarlos dentro de un conjunto predeterminado de categorías.

En la literatura, algunos autores emplean términos adicionales como *“red” (network)*, *“mapeo” (mapping)* o *“conjunto de herramientas” (toolkit)* para describir enfoques destinados a abordar la integración.^{33,51,122} Para garantizar la coherencia del análisis, estos términos fueron reclasificados dentro de las categorías de teorías, modelos o marcos, siguiendo las definiciones propuestas por Nilsen p.¹²¹

En resumen, una teoría sería la forma más desarrollada y compleja de explicar cómo y por qué ciertas interacciones conducen a ciertos resultados. Un modelo proporciona una descripción menos desarrollada pero más elaborada que un marco de trabajo, el cual es una representación sencilla de los diferentes elementos o componentes.

Extracción y análisis de datos

La revisión de títulos y resúmenes fue realizada por un investigador (CP), adoptando inicialmente un enfoque inclusivo para evitar la omisión de información relevante. En caso de dudas durante este proceso, se consultaba a un segundo investigador (SB) para alcanzar una decisión conjunta. Los artículos preseleccionados pasaron a una evaluación detallada del texto completo para verificar su cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Ante cualquier ambigüedad o desacuerdo en la selección de los

artículos, se llevaron a cabo discusiones entre dos investigadores, y si no se alcanzaba un consenso, se solicitaba la intervención de un tercer investigador (MAG).

Para el análisis de contenido cualitativo de los artículos incluidos, se empleó la metodología propuesta por Levac,¹²³ basada en el marco conceptual de Arksey y O'Malley¹²⁴ aplicando tres de sus seis fases al análisis de los datos:

1. Registro de datos.
2. Recopilación, resumen y reporte de resultados.
3. Consulta.

Los datos se codificaron sistemáticamente utilizando Microsoft Word y Excel 2016, asegurando la trazabilidad del proceso analítico y la organización de los resultados.

Resultados

Características de los estudios incluidos

La búsqueda de literatura generó un total de 5584 registros. Tras eliminar los duplicados, quedaron 4094 registros. Se realizó un cribado basado en los títulos y resúmenes, lo que resultó en 424 registros considerados elegibles para una revisión completa del texto. Finalmente, se incluyeron 36 de estos registros en la extracción de datos (véase el diagrama PRISMA en la figura 8).

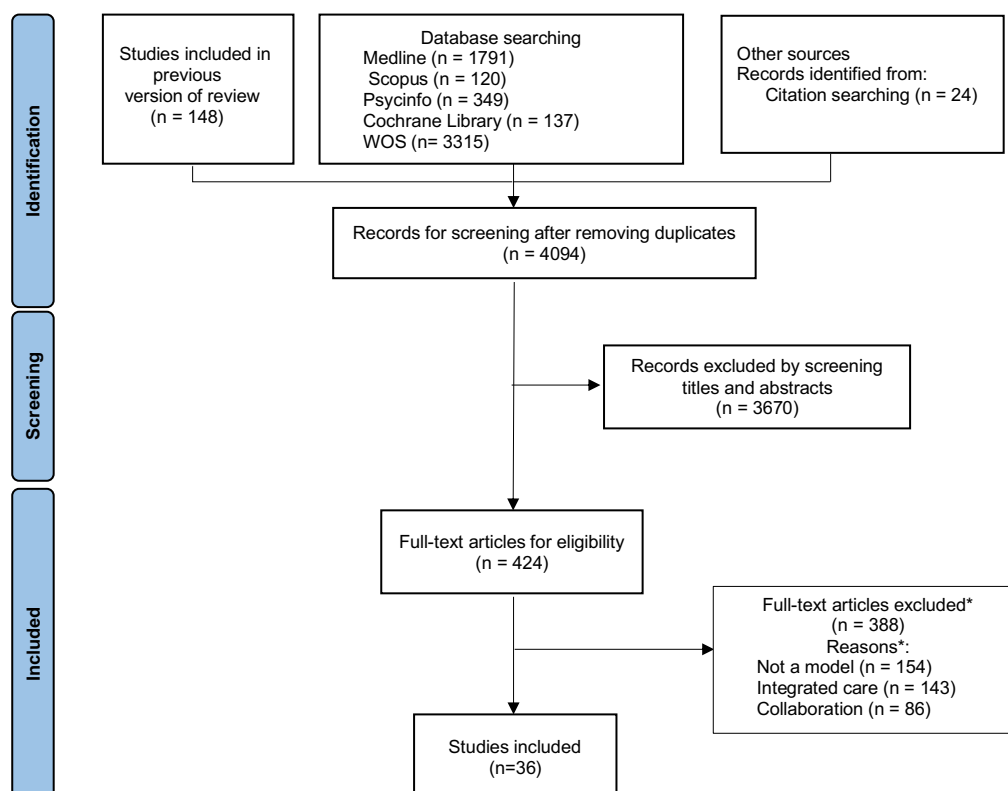


Figura 8. Diagrama PRISMA

Teorías de integración de sistemas de salud

En esta revisión, se identificaron dos teorías en relación con la integración de sistemas de salud (tabla 4): La teoría de los sistemas complejos adaptativos (*Complex Adaptive Systems, CAS*)^{21,22,49,125–128} y la teoría del grado de integración (*Integration Degree*).^{129,130}

Tabla 4. Componentes de integración encontrados en teorías de integración de sistemas de salud

Teoría	GS	FA	CT	R	G	C	VO	CX	CU	CC	CL
<i>Complex Adaptive System</i>	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
<i>Integration degree</i>	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Abreviaturas: GS: Gestión de los Stakeholders; FA: Financiación Adecuada; CT: Conectividad tecnológica; R: Roles; C: Comunicación; G: Gobernanza; VO: Visión, Valores, Objetivos, Confianza; CX: Contexto; CU: Cultura; CC: Compromiso de la Comunidad; Co-localización: CL

Ambas teorías ofrecen perspectivas complementarias sobre la integración, abordando aspectos como la cooperación interorganizativa, el papel de la tecnología y la comunicación, y la interacción entre los distintos elementos del sistema.

Teoría de los sistemas complejos adaptativos (CAS): La teoría CAS considera la integración de sistemas de salud como un proceso dinámico y no lineal, enfatizando la adaptabilidad y la capacidad de los sistemas para reorganizarse frente a desafíos internos y externos.¹²⁵

Según esta teoría, la integración no sigue una progresión fija, sino que se ajusta a las condiciones del entorno y a la interacción de sus componentes. CAS describe la reorganización del sistema en respuesta a variaciones en sus elementos, como la redistribución de funciones ante la ausencia de un profesional sanitario. También destaca la flexibilidad como un atributo del sistema, que permite modificar su estructura y funcionamiento en función de las necesidades cambiantes.

Teoría del grado de integración: La teoría de *Integration Degree* describe la integración de sistemas de salud como un proceso escalonado y progresivo, que abarca distintos niveles que se construyen sucesivamente uno sobre otro. Según esta teoría, es posible medir la integración a partir del grado de cooperación e interdependencia entre las organizaciones.¹³⁰

Asimismo, plantea la existencia de diversos tipos de integración, como la funcional y la estructural, cada uno cumpliendo con un propósito específico.¹²⁹ Según esta teoría, existen distintas etapas progresivas en el proceso de integración, que evolucionan desde una interacción mínima hasta una integración total:

1. Aislamiento: Las entidades operan de manera completamente independiente sin ninguna interacción significativa.
2. Conciencia mutua: Las entidades son conscientes de su existencia, pero tienen interacciones limitadas.
3. Cooperación: Las entidades comienzan a trabajar juntas en proyectos específicos, pero mantienen sus estructuras y procesos separados.
4. Colaboración: Las entidades colaboran activamente, compartiendo recursos y responsabilidades en proyectos conjuntos.

5. Asociación: Las entidades desarrollan una asociación más profunda, alineando sus objetivos estratégicos y operativos.
6. Fusión: Las entidades se integran completamente, operando como una única entidad con estructuras y procesos unificados.

Ambas teorías describen la integración de sistemas de salud como un proceso que involucra múltiples factores organizativos y contextuales. Ambas incluyen la cooperación interorganizativa, la comunicación y la tecnología como elementos del proceso de integración. Sin embargo, la teoría del Grado de Integración presenta un enfoque basado en niveles progresivos de integración, mientras que la teoría CAS describe la integración como un proceso no lineal y adaptable a las condiciones cambiantes del entorno.

Modelos de integración de sistemas de salud

Los 15 modelos identificados (tabla 5) presentan diferencias en sus enfoques, objetivos, nivel de complejidad y ámbitos de aplicación. Dado su elevado número, se seleccionaron figuras representativas para ilustrar sus diferencias en estructura y nivel de integración.

Tabla 5. Componentes de integración encontrados en los modelos de integración de sistemas de salud

Modelo	GS	FA	CT	R	G	C	VO	CX	CU	CC	CL
<i>Model for an Integrated Health System</i> ¹⁷	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗
<i>Network Integration</i> ⁵¹	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
<i>The Landscape of Physician–System Integration Model (LOPSI)</i> ^{131,132}	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Integration of Community Health and Prevention into Community-based Primary Care</i> ¹³³	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗
<i>The McKinsey 7S Model</i> ^{134,135}	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
<i>Conceptual Model of Integration Types</i> ¹³⁶	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<i>Integrated Primary Care</i> ¹	✓	✓	X	✓	X	✓	X	X	✓	X	✓
<i>Provider-Based Conceptual Model</i> ¹³⁷	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓
<i>Continuum of Integration</i> ¹⁰⁶	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X
<i>Outcome Map</i> ³³	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Model of Integrated Service Deliver</i> ⁹	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X
<i>The 3C's Model</i> ¹³⁸	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X
<i>The integration toolkit and the Building Blocks of Integration</i> ¹²²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X
<i>The Embedded CAS Conceptual Model</i> ⁴⁸	✓	X	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	X	X
<i>An integrative model of physician hospital alignment</i> ¹¹²	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X

Abreviaturas: GS: Gestión de los Stakeholders; FA: Financiación Adecuada; CT: Conectividad tecnológica; R: Roles; C: Comunicación; G: Gobernanza; VO: Visión, Valores, Objetivos, Confianza; CX: Contexto; CU: Cultura; CC: Compromiso de la Comunidad; Co-localización: CL

Por ejemplo, el modelo conceptual de tipos de integración (*Conceptual Model of Integration Types*) de Singer et al.¹³⁶ (figura 9) describe cinco tipos de integración interconectados en una secuencia que muestra cómo se relacionan entre sí y cómo contribuyen a mejorar la atención sanitaria. Considera factores contextuales, como las características del mercado o los recursos disponibles, que influyen en los tipos de integración organizativa: estructural y funcional. La integración estructural hace referencia a los vínculos físicos, legales y financieros entre organizaciones, mientras que la integración funcional se enfoca en los protocolos y políticas que facilitan la coordinación y la toma de decisiones. Los tipos de integración social —normativa e interpersonal— incluyen aspectos culturales y relacionales, relacionados con una cultura compartida y la colaboración entre profesionales, pacientes y cuidadores. La integración de procesos se describe a través de actividades prácticas, como la implementación de planes de atención compartidos y la gestión de derivaciones.

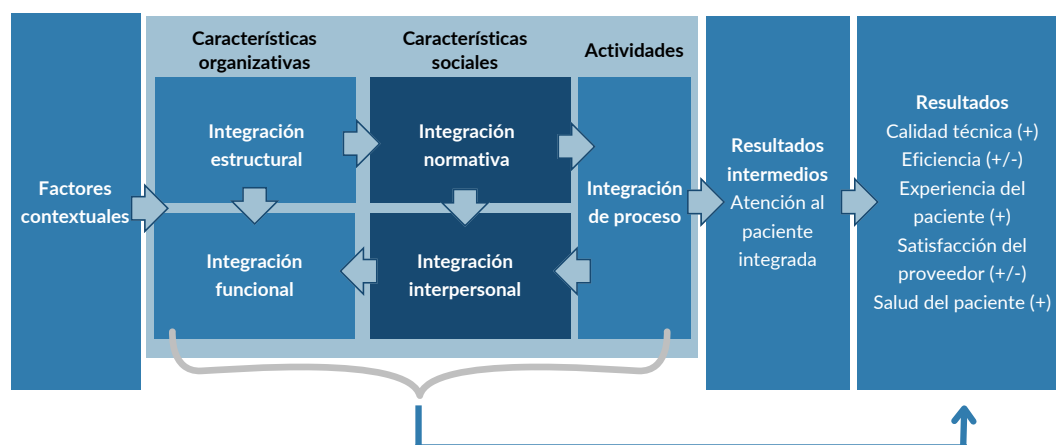


Figura 9. Modelo conceptual de tipos de integración.
Adaptado de Singer et al.¹³⁶

Por otro lado, los modelos identificados se distinguen por los componentes específicos que incorporan, los grupos de interés a los que se dirigen (atención primaria, hospitales, grupo de población infantil), la capacidad de adaptación que ofrecen ante cambios o necesidades emergentes, y las métricas empleadas para medir la integración.^{10,136} También varían en su complejidad y en los marcos teóricos o conceptuales que los sustentan, muchos de los cuales provienen de disciplinas como la física, la economía y la gestión organizacional.¹³⁸

Por ejemplo, la teoría de sistemas abiertos, aplicada en el modelo paisaje de integración médico-sistema (*Landscape of Physician-System Integration*, LOPSI)¹³² (figura 10), describe el intercambio de recursos entre los sistemas y su entorno para mantener un equilibrio dinámico. La teoría del capital colaborativo, utilizada en el modelo mapa de resultados (*Outcome Map*),³³ sostiene que la cooperación efectiva basada en confianza y reciprocidad permite a las organizaciones generar valor y alcanzar metas compartidas a través de redes y alianzas estratégicas. Por último, la teoría económica institucional, aplicada en el modelo de continuo de integración (*Continuum of Integration*),¹⁰⁶ examina la influencia de las instituciones y los marcos legales en las interacciones y decisiones organizativas, considerando el papel de las normas y reglas.

Estas teorías no fueron incluidas en la revisión principal porque no se centran exclusivamente en la integración de sistemas de salud. Sin

embargo, su presencia en algunos modelos de integración refleja el uso de enfoques interdisciplinarios en este ámbito.

De los modelos revisados, solo *Outcome Map*¹³¹ y LOPSI¹³² (figura 10) abordaron los 11 componentes identificados.

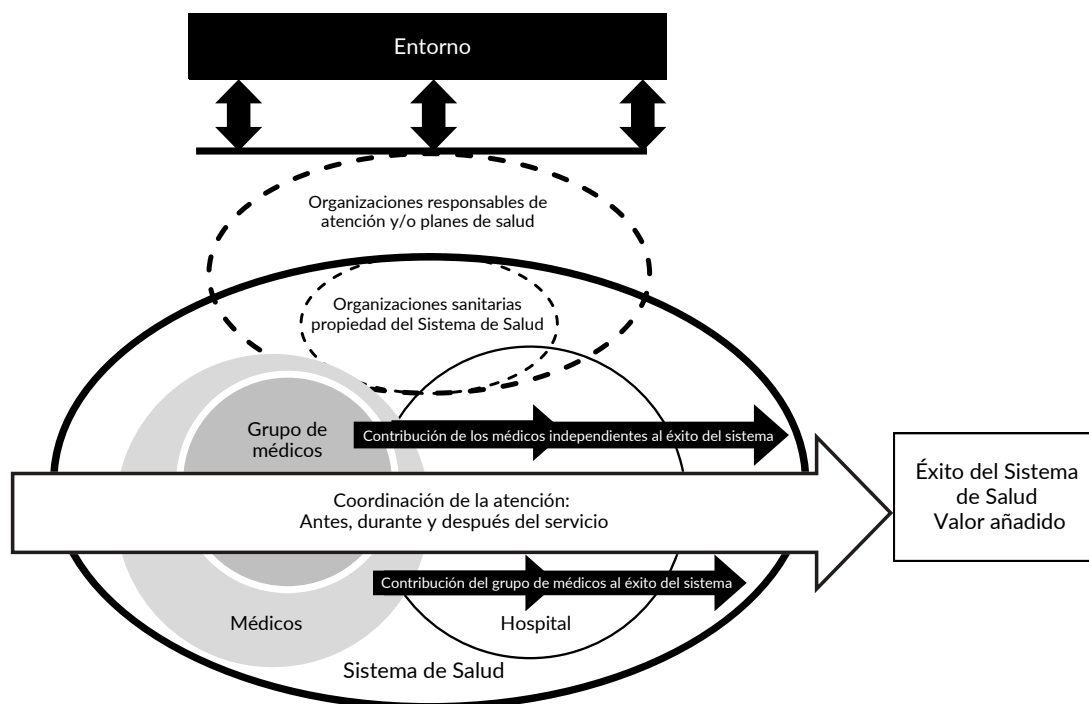


Figura 10. Modelo LOPSI.
Adaptado de Nguyen et al.¹³²

El modelo LOPSI incluye tres elementos principales: los grupos de médicos y hospitales, incluyendo estructura, cultura y recursos; la coordinación de la atención, que conecta las actividades antes, durante y después de los servicios; y los resultados del sistema de salud, como calidad, eficiencia y satisfacción. Este modelo representa la relación entre estos elementos e incorpora la influencia del entorno externo.

El modelo red de integración (*Network Integration*),⁵⁷ solo contempla dos de los componentes identificados: el conocimiento de roles y la visión, valores, objetivos y confianza (figura 11).

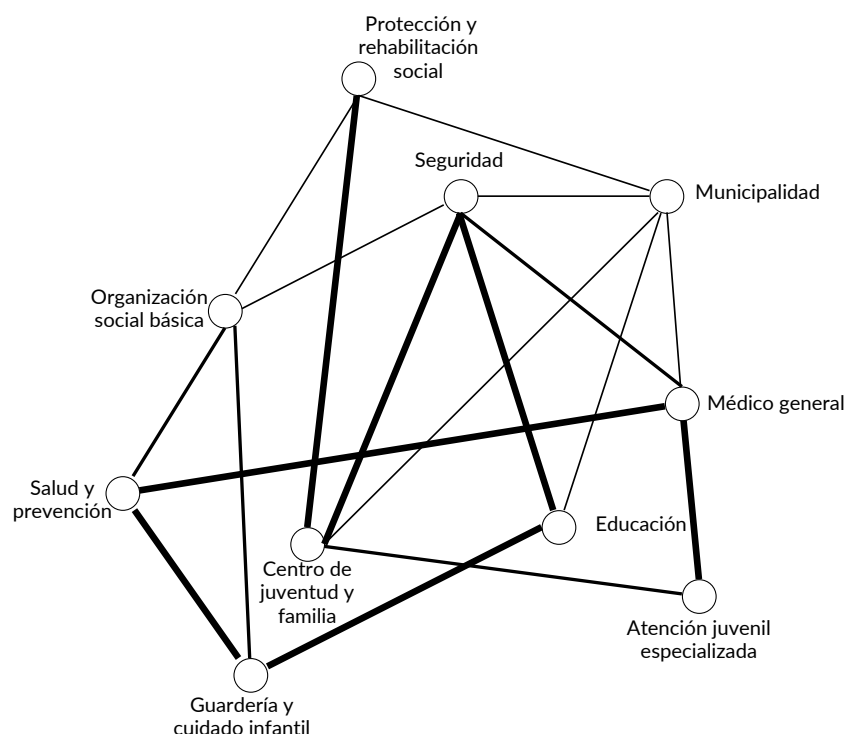


Figura 11. Modelo *Network Integration*.
Adaptado de Blanken et al.⁵¹

Este modelo representa una red de colaboración entre organizaciones como médicos, educación, municipios y cuidado infantil. Los nodos corresponden a sectores, y las conexiones indican cómo trabajan juntos, siendo más fuertes en los actores centrales, como el centro juvenil. Este modelo se basa en la coordinación de servicios a través de derivaciones entre proveedores de salud y organizaciones, sin incluir sistemas de información ni gestión de actores.⁵¹

Marcos de integración de sistemas de salud

A diferencia de los modelos o teorías, los marcos de integración presentan los elementos de la integración de manera esquemática. En la revisión de la literatura se identificaron ocho marcos teóricos (tabla 6), que comparten el objetivo de analizar, facilitar y evaluar la integración,³⁶ pero difieren en los elementos, dominios y enfoques que priorizan. Dado su número, se incluyeron figuras representativas para ilustrar sus diferencias.

Tabla 6. Componentes de integración encontrados en los marcos de integración de sistemas de salud

Marco	GS	FA	CT	R	G	C	VO	CX	CU	CC	CL
<i>Analytical Framework for Integration</i> ¹³⁹	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
<i>Conceptual Framework: Five Health Care Activities that Facilitates Integration</i> ¹⁴⁰	✓	✓	X	X	X	X	✓	✓	X	✓	X
<i>The Four Domain Integrated Health (4DIH) Framework</i> ⁴⁷	✓	✓	X	X	X	X	X	✓	X	✓	X
<i>Theoretical Framework of Different Forms of Integration</i> ^{53,141}	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓
<i>Monitoring and Evaluation Framework of Integration</i> ³⁶	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
<i>Conceptual Framework for Analysing Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems</i> ¹¹⁵	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	X
<i>Framework for an Integrated System Scorecard</i> ¹⁴²	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
<i>Framework for examining integration</i> ¹⁴³	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Abreviaturas: GS: Gestión de los Stakeholders; FA: Financiación Adecuada; CT: Conectividad tecnológica; R: Roles; C: Comunicación; G: Gobernanza; VO: Visión, Valores, Objetivos, Confianza; CX: Contexto; CU: Cultura; CC: Compromiso de la Comunidad; Co-localización: CL

Uno de los marcos identificados es el marco conceptual cinco actividades de atención sanitaria que facilitan la integración (*Conceptual Framework: Five Health Care Activities That Facilitate Integration, 5As*)¹⁴⁰ (figura 12).

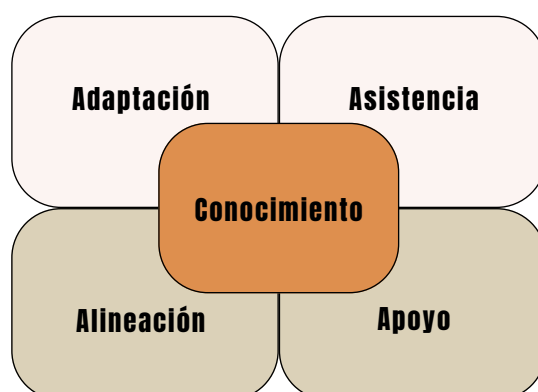


Figura 12. Marco conceptual cinco actividades de atención sanitaria que facilitan la integración. Adaptado de Reed et al.¹⁴⁰

El marco 5As organiza la integración en torno a cinco actividades interrelacionadas, proporcionando un esquema que considera factores sociales y comunitarios en el proceso de integración:

- Conocimiento (*Awareness*): Identificar riesgos sociales y recursos disponibles para comprender las necesidades del individuo o la comunidad.
- Adaptación (*Adjustment*): Modificar la atención clínica para abordar las barreras sociales detectadas.
- Asistencia (*Assistance*): Reducir riesgos sociales conectando a los individuos con recursos adecuados.
- Alineación (*Alignment*): Organizar y potenciar los recursos disponibles en la comunidad para lograr sinergias.
- Apoyo (*Advocacy*): Promover políticas y alianzas que impulsen la integración de servicios sociales y de salud.

Otro de los marcos identificados es el marco de salud integrada en cuatro dominios (*The Four Domain Integrated Health Framework, 4DIH*),⁴⁷ que describe cuatro dominios interrelacionados que ayudan a comprender la integración en sistemas de salud:

1. Naturaleza del problema: Se refiere a la percepción del problema de salud, como las barreras sociales, culturales y económicas que influyen en la búsqueda de atención. Por ejemplo, salud mental.
2. Estructura del sistema de salud: Analiza las capacidades y limitaciones estructurales existentes.
3. Sistemas de atención: Examina los servicios y procesos establecidos para la atención, así como aquellos que pueden complementar o competir con el sistema formal.
4. Prioridades globales: Considera el impacto de las tendencias globales, prioridades políticas y financiación internacional en la integración.

Por otro lado, el marco teórico de diferentes formas de integración (*Theoretical Framework of Different Forms of Integration*) de Axelsson y Bihari Axelsson,⁵³ que utilizaron Berglund et al.¹⁴¹ combina dos dimensiones principales de la integración de la atención: vertical y horizontal (figura 13).

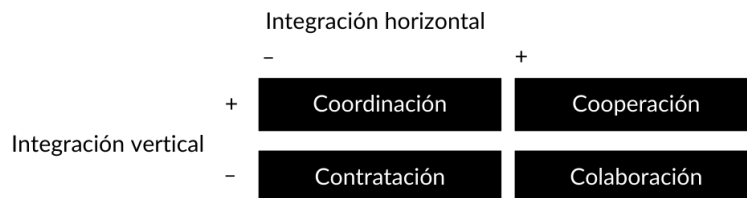


Figura 13. Marco teórico de diferentes formas de integración.
Adaptado de Axelsson et al.⁵³

- La integración vertical ocurre entre organizaciones que operan en diferentes niveles dentro de una estructura jerárquica.
- La integración horizontal se da entre organizaciones que pertenecen al mismo nivel o tienen el mismo estatus.

El esquema identifica cuatro formas de integración según el grado de integración vertical y horizontal:

1. Coordinación (*Co-ordination*): Alta integración vertical y baja integración horizontal, caracterizada por decisiones tomadas en niveles superiores de la jerarquía e implementadas a través de supervisión y control.
2. Contratación (*Contracting*): Bajo grado de integración en ambas dimensiones, con relaciones contractuales determinadas por la competencia entre organizaciones.
3. Cooperación (*Co-operation*): Alta integración vertical y horizontal, basada en estructuras jerárquicas combinadas con acuerdos voluntarios y ajustes entre organizaciones.
4. Colaboración (*Collaboration*): Baja integración vertical y alta integración horizontal, lograda mediante acuerdos voluntarios,

contactos intensivos y comunicación continua entre organizaciones.

Componentes de las teorías, modelos o marcos de integración de sistemas de salud

A través del análisis de contenido cualitativo orientado a identificar tendencias, patrones y temas en la literatura, emergieron once componentes (figura 14) que se describen a continuación en orden de frecuencia:

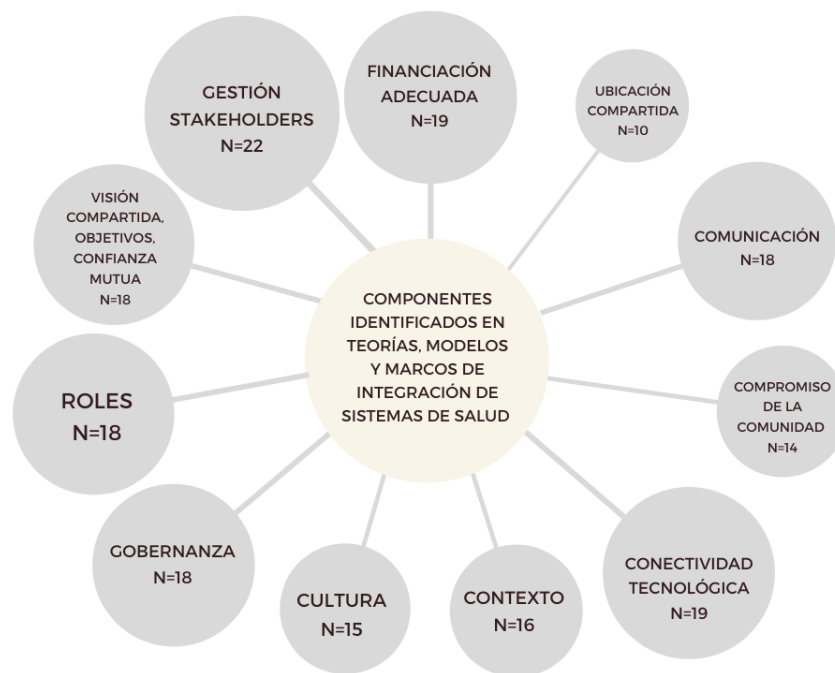


Figura 14. Distribución de los componentes de las teorías, modelos o marcos de integración del sistema de salud.¹¹⁸

- Gestión de los *stakeholders* (n = 22), fue el componente más mencionado y se refiere al compromiso estratégico y la alineación de todas las partes involucradas en la atención sanitaria. Enfatiza la importancia de relaciones sólidas entre los distintos proveedores de salud, miembros de las organizaciones sanitarias y tomadores de decisiones.
- Financiación adecuada (n = 19), habla de la asignación y gestión estratégica de recursos financieros para impulsar la integración del sistema de salud. Implica obtener fondos de canales

variados, tanto públicos como privados, y aprovechar una combinación de incentivos monetarios y no monetarios para dirigir eficazmente los esfuerzos de integración del sistema de salud.

- Conectividad tecnológica (n = 19), se trata de la creación y uso efectivo de plataformas tecnológicas compartidas.
- Roles (n = 18), enfatiza la importancia de asegurar que cada profesional tenga un rol definido en el sistema de salud y que comprenda sus funciones y responsabilidades específicas.
- Gobernanza (n = 18), implica la creación e implementación de un plan organizacional que conste de juntas de gobierno, asambleas y comités directivos.
- Comunicación (n = 18), implica interacciones sistemáticas y estratégicas dentro del marco del sistema de salud. Con compromisos regulares, transmisión eficiente de datos y reuniones estructuradas, busca promover un enfoque cohesivo orientado al equipo.
- Visión, valores, objetivos y confianza compartidos (n = 18), destaca la importancia del consenso y la alineación entre todos los interesados.
- Contexto (n = 16), reconoce la necesidad de adaptabilidad y subraya la importancia de diseñar estrategias de integración de la salud acordes a las condiciones locales, dinámicas de mercado o factores de la región específicos, como el contexto institucional, la estructura organizativa, demográfica, económica, política, legal, ecológica, sociocultural y tecnológica, en el entorno donde se llevará a cabo la integración.
- Cultura (n = 15), se centra en cultivar un entendimiento común, dinámica de grupo, o cultura de trabajo.
- Compromiso de la comunidad (n = 14), hace referencia a la participación de la comunidad o los pacientes en el proceso de integración, en relación con la alineación con las necesidades, preferencias y valores de los pacientes y sus familias,

vinculándolo a la atención centrada en las personas (*patient-centered care*).

- Co-localización (n = 10), fue el componente menos mencionado y enfatiza la importancia de ubicar a los proveedores de servicios de salud en ubicaciones compartidas o cercanas.

Discusión

Los once componentes identificados desempeñan un papel central en distintos niveles y actores dentro del proceso de integración, ya que su relevancia e intensidad pueden variar según el contexto y las responsabilidades de quienes participan. Por ejemplo, desde la perspectiva de un político al desarrollar una nueva regulación o norma, podrían priorizar la 'gestión de interesados' y la 'financiación adecuada' debido a la necesidad de apoyo político y sostenibilidad fiscal. Mientras tanto, para un administrador, componentes como la 'gobernanza', el 'compromiso comunitario' y la 'conectividad tecnológica' podrían ser más relevantes por razones organizativas. A continuación, se discute la relevancia de cada componente:

Gestión de los *stakeholders*: En la integración de sistemas de salud, la gestión de *stakeholders* es fundamental para construir relaciones y fusionar distintas perspectivas,¹⁴⁰ con el objetivo de alcanzar un entendimiento mutuo entre los involucrados y fomentar su participación.³³ Este componente resalta el papel de los participantes en guiar, apoyar e implementar cambios para lograr una integración exitosa del sistema de salud.

Varios expertos argumentan que podrían ser necesarios cambios en la estructura organizativa y la cultura de gestión para promover la participación de los *stakeholders*.^{49,129} Por ejemplo, Shortell et al.⁹ sugieren un cambio hacia una "*nueva cultura de gestión*" que podría implicar la creación de procesos de toma de decisiones más descentralizados, abiertos y participativos, además de establecer líneas claras de comunicación y responsabilidades bien definidas entre los diferentes interesados.⁹ Otras estrategias para promover la participación de los interesados en los sistemas de integración de salud podrían incluir incentivos, brindar formación y apoyo para

mejorar el trabajo en equipo y la comunicación; y cultivar un sentido de misión y propósito común.¹³³

Financiación adecuada: La integración de los sistemas de salud requiere cambios en las estructuras y procesos organizacionales, y suficientes recursos financieros para su sostenibilidad.⁴² La financiación inadecuada limita el éxito de los esfuerzos de integración, ya que las organizaciones pueden no tener los recursos necesarios para apoyar nuevas actividades y roles. Según la Organización Mundial de la Salud,¹⁴⁴ los sistemas de salud con financiación insuficiente tienden a fragmentarse, lo que perpetúa disparidades entre poblaciones rurales y urbanas o entre grupos con diferentes niveles socioeconómicos. Por otro lado, sistemas bien financiados pueden implementar estrategias como el pago por capitación ajustado por riesgo, que asigna recursos en función de las necesidades de las poblaciones vulnerables, garantizando un acceso más equitativo. Esto se ha observado en sistemas de salud como el británico (*National Health Service*, NHS), donde las fórmulas de financiamiento equitativas han ayudado a reducir las brechas en el acceso a servicios primarios y especializados.¹⁴⁵

De este modo, parece necesario identificar una regulación óptima y apoyo presupuestario.⁴⁹ Se identificaron varios tipos y fuentes de financiación en esta revisión, incluyendo presupuestos hospitalarios globales, pago por desempeño, compensaciones médicas o incluso una combinación de incentivos monetarios y no monetarios.¹²⁵

Si bien los incentivos monetarios, como el pago por desempeño y las compensaciones, son esenciales para la sostenibilidad inicial de los sistemas de salud integrados, su impacto positivo puede disminuir con el tiempo.²⁷ La evidencia sugiere que, los profesionales valoran cada vez más aspectos como el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, una cultura de aprendizaje, la transparencia, la coordinación de servicios y el apoyo en tecnología de la información.⁹⁴ Esto indica que confiar exclusivamente en incentivos económicos puede ser insuficiente a largo plazo en los sistemas integrados.^{65,146} Aunque la financiación adecuada es fundamental, un enfoque equilibrado que también incluya incentivos no económicos puede fortalecer el compromiso y el rendimiento de los profesionales en un sistema de salud integrado.^{27,65,147}

Conectividad tecnológica: Se han identificado diversas soluciones para abordar este componente, particularmente a través de una plataforma, tecnología o sistema común interoperable para compartir desde registros médicos hasta datos clínicos.^{125,136} Este componente serviría para mejorar la toma de decisiones clínicas, reducir errores médicos, mejorar los resultados en salud de los pacientes, lograr seguridad en el trabajo en equipo interprofesional, facilitar la comunicación, mejorar la sistematización de procesos, aumentar la previsibilidad del sistema de prestación de servicios, prevenir demoras en la atención, evitar la duplicación de esfuerzos y garantizar que los pacientes reciban la atención más apropiada y oportuna.¹⁴⁸ La conectividad tecnológica también transforma la experiencia del paciente, al reducir la necesidad de repetir información y agilizar el acceso a servicios, lo que mejora la satisfacción general.⁵⁴ Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos como la ciberseguridad, la resistencia al cambio por parte del personal sanitario y las desigualdades en la adopción tecnológica, especialmente en áreas rurales o con menos recursos.⁴³

Algunos autores defienden la creación de una nueva base legal que redistribuya las competencias sanitarias de manera diferente para superar las barreras más políticas que técnicas que han afectado a proyectos anteriores, como el desarrollo de una historia clínica única, una tarjeta sanitaria universal o los sistemas de información en general.⁶⁰

Roles: La integración del sistema de salud requiere claridad de roles en la mayoría de las teorías, modelos y marcos encontrados en la literatura (n = 18).^{33,136} Es esencial que los proveedores alineen sus roles y comprendan las responsabilidades individuales en el tratamiento de pacientes compartidos,^{134,135} lo que implica establecer responsabilidades claras para quienes atienden a un mismo paciente.¹²⁶ Este componente garantiza un enfoque armonizado de la atención sanitaria.

Singer et al. sugieren que la definición de roles y deberes puede pasar de poca apreciación a una comprensión profunda de los roles de otros.¹³⁶ Sin embargo, la teoría CAS sugiere que los roles no deben estar estrictamente definidos porque las competencias requeridas para una tarea no pertenecen a un agente individual, sino a la cooperación de los diferentes agentes, y el enfoque debería estar más

en las acciones acordadas.¹²⁵ Esto permite a los equipos ajustarse a las necesidades cambiantes y responder de manera más eficaz en entornos dinámicos.

Gobernanza: En el contexto de la integración de sistemas de salud, diversos enfoques teóricos y modelos enfatizan la importancia de contar con una estructura de gobernanza o liderazgo¹³⁹ que incluya a todos los actores relevantes para asegurar el progreso continuo del proceso de integración.¹³⁸ Asimismo, la responsabilidad compartida y la gestión efectiva de intereses potencialmente conflictivos se han señalado como elementos que pueden contribuir al fortalecimiento de la gobernanza.^{33,134}

Sims et al. subrayan que una visión o misión compartida, relaciones de apoyo mutuo, la confianza y una comunicación efectiva son indispensables para una gobernanza eficaz.³² Por lo tanto, es necesario desarrollar y sincronizar los componentes de la gestión, la gobernanza y la práctica clínica para respaldar de manera integral los esfuerzos de integración.^{122,143}

Comunicación: La comunicación fue un componente central entre las teorías, modelos y marcos de esta revisión. Una comunicación efectiva puede transformarse en menos burocracia y trabajo administrativo,^{9,48,122} aumentar la eficiencia,^{21,128} y mejorar la confianza interprofesional, para llegar a un concepto compartido de atención basada en equipo.¹ Se sugirieron muchas maneras diferentes para promover la comunicación, como reuniones regulares, planificación conjunta y toma de decisiones, interacciones cara a cara, implementación de registros electrónicos de salud del paciente compartidos, protocolos y prácticas de comunicación formales o conversaciones informales.^{22,112} Al adoptar estas estrategias, los sistemas de salud pueden crear un entorno más colaborativo y eficiente, fortaleciendo la integración y mejorando tanto los resultados organizativos como los clínicos. La comunicación efectiva, además, se posiciona como un puente crítico para garantizar que las prioridades organizativas y las necesidades del paciente estén alineadas.¹⁴¹

Visión, valores, objetivos y confianza mutua: En general, las teorías, modelos y marcos identificados resaltaron el valor de una visión compartida entre todos los proveedores de salud para alinear valores,

metas y objetivos comunes. Estas metas incluyen una mejora en los resultados de salud, una reducción en costos, la equidad en el acceso a los servicios de salud, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, disminuir el tiempo de espera y mejorar en definitiva el acceso a la atención.^{1,126} Para alcanzar este consenso se proponen estrategias como reuniones enfocadas en la planificación y la implementación de programas para asegurar un claro entendimiento sobre los objetivos del sistema.^{53,141} Tales esfuerzos colectivos son fundamentales para establecer y mantener una base sólida de confianza mutua, sobre la cual se puede edificar un sistema de salud más cohesivo y eficiente.¹⁰⁴ La confianza no solo mejora la colaboración entre los actores, sino que también facilita la implementación de cambios organizativos y fomenta la sostenibilidad a largo plazo.^{36,148}

Contexto: Los distintos países tienen contextos económicos y políticos distintos, además de condiciones jurídicas diferentes que repercuten en la integración de los sistemas sanitarios.^{17,131} Por ejemplo, el panorama económico, las prioridades políticas y los marcos jurídicos pueden configurar las estrategias y los resultados de los esfuerzos de integración. Singer et al. sugieren que el contexto puede entenderse como las características organizativas internas y externas de un sistema de salud, donde mientras que el contexto interno está relacionado con el tamaño del sistema sanitario, el número de centros de salud u hospitales o la combinación de especialidades, el contexto externo está relacionado con la estructura del mercado sanitario, que también influye en el proceso de integración.^{136,137}

Cultura: En las teorías, modelos y marcos de referencia se identificó la necesidad de incluir un componente de transformación cultural en la integración de los sistemas de salud mediante la adopción de normas y la comprensión del entorno de trabajo. Se ha demostrado que la adopción de nuevas ideas y tecnologías se ve afectada por las normas y los principios culturales dominantes de las organizaciones en el proceso de integración.^{33,115} Se sugiere que las organizaciones cultiven una cultura del aprendizaje o cultura del trabajo que tenga en cuenta tanto las necesidades individuales como las del grupo. Los gestores necesitan comprender la cultura antes de rediseñar un sistema de salud. Esto les ayuda a alejarse de las reglas tradicionales para establecer nuevas reglas simples que promoverán un mejor acceso a la atención médica.¹²⁵

Las narrativas organizativas desempeñan un papel en la formación de la cultura, y las historias personales son importantes para construir la solidaridad del grupo y crear una visión compartida. Las historias pueden servir para aunar las múltiples identidades profesionales de una organización en una identidad cultural compartida que impulse la mejora.¹²⁷

Compromiso de la comunidad: La implicación y compromiso de la comunidad implica la participación de la población y los pacientes en el proceso de integración y la evaluación de sus necesidades en salud.^{36,115} Se han identificado distintas estrategias para promover la participación de la comunidad, como la divulgación, las reuniones comunitarias, las asociaciones,¹³³ la alfabetización en salud y los grupos de educación sanitaria.⁵³ Incorporar la presencia de forma estandarizada de este tipo de grupos dentro de los procesos de integración y toma de decisiones proporciona información y orientación para la mejora de la calidad, la comunicación entre proveedores y pacientes, la satisfacción, la identificación de necesidades basadas en la experiencia y la adaptación de soluciones a los problemas locales.¹³⁸ La participación de la comunidad, en su conjunto, es importante porque ayuda a superar las limitaciones de concienciación y comprensión entre organizaciones y profesionales.⁴⁷

Tradicionalmente, los médicos eran considerados los únicos expertos y los pacientes se limitaban a seguir sus indicaciones, en lo que se conoce como *"relación de agencia"*, donde el paciente delega la toma de decisiones en el profesional debido a su conocimiento especializado.¹⁴⁹ Sin embargo, actualmente se fomenta una relación más colaborativa, en la que los pacientes desempeñan un papel activo y toman decisiones de manera conjunta con los profesionales de la salud.⁴¹ A través de la participación de la comunidad, se sugiere que los proveedores de salud pueden comprender mejor las necesidades y prioridades específicas de las comunidades a las que atienden.^{37,136} Compartir información a nivel local fomenta la integración y el compromiso.²³

Co-localización: La co-localización o co-ubicación, fue el componente menos mencionado para la integración de sistemas sanitarios, siendo principalmente identificada como un *"facilitador de la colaboración"* para mejorar la comunicación y el intercambio de información entre los miembros del equipo.¹²⁹ Cuando las personas trabajan en

proximidad física, es más probable que se comuniquen cara a cara y establezcan relaciones basadas en la confianza, en los objetivos compartidos y en el entendimiento mutuo.¹¹⁷ Esto puede ayudar a romper los compartimentos estancos y mejorar la coordinación y la integración entre los distintos proveedores y organizaciones sanitarias.^{134,135} También se ha sugerido que la co-ubicación facilita el intercambio de recursos y conocimientos, lo que permite prestar una asistencia más eficiente y eficaz.¹³⁶ Sin embargo, otros autores sostienen que no hay pruebas empíricas concluyentes sobre la eficacia de la co-ubicación en la integración de sistemas sanitarios. Señalan que el contacto cara a cara, las reuniones periódicas y el uso de tecnologías para la comunicación y el intercambio de información pueden ayudar a superar esta barrera de compartir espacio o proximidad física.¹⁴⁸

Esta revisión demostró que no existe ninguna teoría, modelo o marco dominante de integración de sistemas sanitarios, lo que sugiere que una solución única para todos puede resultar ineficaz.¹⁰⁹ Uno de los retos más evidentes en la literatura es la falta de distinciones claras entre teorías, modelos y marcos conceptuales. Esta superposición pone de manifiesto la complejidad inherente y la interdependencia de los enfoques de integración, evidenciando la dificultad para establecer límites claros entre ellos.¹²¹ Esta ambigüedad también se refleja en la variedad de términos utilizados en diferentes estudios, lo que complica la comparación directa entre enfoques y la selección de herramientas apropiadas para cada contexto.^{33,51}

Desde una perspectiva práctica, los once componentes identificados en las teorías, modelos y marcos tienen distinta aplicabilidad e intensidad en los tres niveles (micro en la práctica local, meso en el ámbito regional y macro en el nacional) del sistema sanitario. La *"financiación adecuada"*, la *"gestión de las partes interesadas"* y la *"gobernanza"* pueden aplicarse a todos los niveles. Los *"roles bien definidos"* y la *"ubicación conjunta"* son más pertinentes en el nivel micro. La integración de organizaciones sanitarias y grupos profesionales como los médicos,¹³² las enfermeras,^{115,134} los farmacéuticos, los trabajadores sociales,¹⁴⁰ el personal administrativo¹ y los pacientes,^{37,133} puede conducir a un mejor uso de los recursos, a la mejora de los resultados sanitarios y a la reducción de la carga de trabajo administrativo.¹⁴³ Aunque las estrategias centradas en la organización y los procesos, como la gobernanza, la tecnología de la

información y los datos, son importantes, por sí solas parecen insuficientes.¹²⁷

Por último, los resultados de esta revisión destacan la importancia de considerar las dimensiones sociales y políticas de los sistemas sanitarios e implicar a los profesionales sanitarios en el proceso para promover un movimiento profesional de base, fomentar el compromiso con un objetivo común y crear una red de confianza. Además, pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando la integración de los sistemas sanitarios, sobre todo en lo que respecta al desarrollo y la evaluación de teorías, modelos y marcos eficaces. La interrelación entre los once componentes debería explorarse más a fondo para entender cómo interactúan y qué combinaciones son más efectivas en distintos niveles del sistema sanitario. Esta *scoping review* aporta ideas para que los investigadores, los responsables de la toma de decisiones y los líderes políticos diseñen estrategias de integración que se adapten a las características específicas de sus sistemas sanitarios.

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, no existe un consenso en la literatura sobre la definición del término "*integración*", lo que pudo haber afectado la identificación de algunos estudios debido a la estrategia de búsqueda aplicada. Además, al centrarse en la literatura científica publicada, se excluyó la literatura gris, lo que podría haber limitado la inclusión de información relevante sobre experiencias prácticas no documentadas en artículos académicos. Otro aspecto que considerar es que, aunque se identificaron componentes clave para la integración, esta revisión no exploró en profundidad las barreras y facilitadores que pueden influir en su efectividad en distintos contextos. Por último, esta revisión no abordó métodos para cuantificar la intensidad o el grado de integración y sus componentes, lo que representa un área de interés para futuras investigaciones.

Los hallazgos de esta revisión proporcionan una base conceptual para comprender los componentes clave en la integración de sistemas de salud. No obstante, su aplicación en contextos específicos de la farmacia y atención primaria requiere un análisis más detallado de las percepciones y experiencias de los actores involucrados.

Mientras que en la revisión previa sobre integración en farmacia se identificaron cuatro componentes clave, en esta revisión sobre sistemas de salud se han identificado once, lo que ofrece un marco más amplio para explorar su integración en atención primaria mediante un estudio cualitativo. Identificar cómo se manifiestan estos once componentes en este contexto permitirá determinar cuáles son realmente relevantes para la farmacia comunitaria y si alguno debe ser adaptado o incorporado en este ámbito.

6. Objetivo 3: Explorar la opinión de los *stakeholders* sobre la farmacia comunitaria, barreras, e intervenciones para su posible integración con los centros de salud.

Tras analizar la literatura disponible sobre la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria y revisar las teorías, modelos y marcos existentes en los sistemas de salud, era necesario contrastar estos hallazgos con la realidad del contexto local. La revisión de los artículos revisados por pares en la literatura internacional sobre la integración de la farmacia comunitaria en el sistema de salud identificó cuatro componentes en la integración de la farmacia comunitaria, mientras que la *scoping review* de teorías, modelos y marcos en sistemas de salud amplió esta visión hasta once componentes. Esta diferencia resalta la necesidad de comprender cómo estos elementos se manifiestan en la práctica y cuáles son realmente aplicables a la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria, particularmente en el contexto español.

Por ello, este objetivo se centra en explorar la opinión de los *stakeholders* en todos los niveles de la gobernanza (micro, meso y macro) del sistema de salud sobre el proceso de integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria, así como en identificar y priorizar intervenciones que puedan facilitar este proceso. Se analizará en qué medida los once componentes identificados en la revisión exploratoria son relevantes en este contexto, permitiendo estructurar estrategias adaptadas a las necesidades y dinámicas del sistema sanitario, con especial atención a su aplicación en la Comunidad Valenciana.

El trabajo se fundamenta en el artículo '*Strategic interventions and a novel model for the integration of community pharmacy and primary care in Spain: qualitative insights*',¹⁵⁰ que fue aceptado para publicación en la revista internacional *BMJ Open* y se incluye en el anexo I de la presente tesis.

Material y método

Diseño del estudio cualitativo

Para lograr este objetivo, se adoptó un enfoque cualitativo descriptivo e interpretativo como primer paso. Este enfoque permitió captar las opiniones, dudas y percepciones de los *stakeholders* sobre la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria, en relación con los componentes identificados en la revisión exploratoria. Además, permitió explorar qué intervenciones pueden facilitar este proceso, priorizando aquellas más viables dentro de las dinámicas y necesidades del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana.



Figura 15. Diagrama de flujo del proceso cualitativo

En la figura 15 se presenta el diagrama de flujo que resume el proceso cualitativo empleado en este estudio. Se utilizaron dos técnicas de obtención de información en función del nivel organizativo de los *stakeholders* y el tipo de datos requeridos: grupos focales para los *stakeholders* del nivel micro (profesionales de atención primaria y farmacéuticos comunitarios) y entrevistas semiestructuradas para los *stakeholders* de niveles meso y macro (gestores de salud y responsables de políticas públicas). Dado que la participación de estos últimos en grupos focales era menos viable por cuestiones de disponibilidad y la necesidad de garantizar la confidencialidad en temas de gobernanza y planificación del sistema, se optó por entrevistas semiestructuradas. La combinación de ambas técnicas permitió captar tanto la perspectiva operativa de los profesionales del nivel micro como la visión estratégica de los responsables de la planificación sanitaria en los niveles meso y macro sobre la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria.

1. Grupos focales: Esta técnica se utilizó con *stakeholders* del nivel micro (profesionales de atención primaria y farmacéuticos comunitarios). Los grupos focales facilitaron la interacción

grupal, permitiendo identificar temas comunes y divergencias a través de las discusiones colectivas.¹⁵¹ Su objetivo fue obtener una visión rica y variada de las barreras y oportunidades a nivel operativo, directamente desde los profesionales involucrados.¹⁵²

2. Entrevistas semiestructuradas: Realizadas con *stakeholders* de los niveles meso (gestores de salud) y macro (responsables de políticas públicas). Esta técnica permitió explorar en profundidad las perspectivas estratégicas y organizativas.¹⁵¹ Las entrevistas semiestructuradas combinaron preguntas abiertas con guías temáticas para garantizar flexibilidad y profundidad.¹⁵²

Tras el análisis cualitativo de los datos obtenidos en los grupos focales y las entrevistas, se diseñó un grupo nominal modificado con el propósito de sintetizar y priorizar intervenciones relevantes para la integración. La selección de esta técnica respondió a la necesidad de estructurar los hallazgos en acciones concretas, facilitando la transición de la exploración cualitativa a la aplicación práctica.

3. Grupo nominal modificado: Para la identificación y priorización de intervenciones, se utilizó un grupo nominal modificado, siguiendo la metodología propuesta por Varga-Atkins et al.¹⁶⁰ A diferencia del procedimiento estándar del grupo nominal, la fase de “*generación de ideas*” fue sustituida por el análisis de los resultados obtenidos en las etapas cualitativas anteriores (grupos focales y entrevistas semiestructuradas). Esto permitió que las discusiones se centraran directamente en la evaluación, priorización y votación de las intervenciones, asegurando que estuvieran fundamentadas en evidencia cualitativa robusta.¹⁵⁴ El propósito del grupo nominal fue sentar las bases para crear el primer modelo temporal de integración, según las intervenciones seleccionadas.

Participantes y muestreo

Tras el interés manifestado por el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de la Comunidad Valenciana y la Fundación Hefame en explorar la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria se firmó un convenio de colaboración en marzo de 2023 con la Universidad de Granada, estableciendo el marco para la

implementación del estudio. El estudio se desarrolló en la Comunidad Valenciana, dentro del marco organizativo de su sistema sanitario, que estructura la prestación de servicios en distintos niveles de gestión y atención (figura 16).



Figura 16. Organigrama simplificado del Sistema de Salud de la Comunidad Valenciana¹⁵⁵

La Generalitat Valenciana, a través de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, es la responsable de gestionar este sistema sanitario, incluyendo la planificación y coordinación de los recursos en atención primaria, especializada y hospitalaria.⁷⁶ Dentro de la Conselleria, existen distintas Direcciones Generales responsables de áreas, como asistencia sanitaria, salud pública, recursos humanos y farmacia.¹⁵⁵

En el caso de la Comunidad Valenciana, el sistema de organización sanitaria se basa en la estructura de departamentos de salud y zonas básicas de salud, donde los departamentos agrupan varias zonas básicas.⁷⁴ Según la última ley aprobada por Resolución de 10 de marzo de 2010 (DOGV núm. 6289, de 15 de junio), se establecen 24 departamentos de salud en la región: dos en Castellón, once en Valencia y once en Alicante, y un total de 241 Zonas Básicas de Salud.⁷⁶

Esta organización sanitaria promueve la equidad en el acceso a los servicios provistos por el Sistema Valenciano de Salud.

Dentro de esta estructura, las farmacias comunitarias están distribuidas en las 241 zonas básicas de salud, formando parte del entramado asistencial de cada área. La red de farmacias comunitarias, compuesta por más de 2.350 establecimientos en toda la región, es gestionada a través del Consejo de Farmacéuticos de la Comunidad Valenciana, que coordina con los colegios provinciales de Castellón, Valencia y Alicante.⁸⁵

Se empleó un muestreo intencional¹⁵⁶ para garantizar la representación de un espectro amplio de figuras con experiencia en la gestión y provisión de servicios sanitarios. Se utilizó la técnica de muestreo en bola de nieve (*snowball sampling*), permitiendo que los stakeholders recomendaran a otros profesionales con perfiles relevantes.^{152,157}

El proceso de selección fue coordinado por representantes de los COF de Castellón, Valencia y Alicante, quienes identificaron a los profesionales de los centros de salud en cada localidad. Paralelamente, la Fundación Hefame facilitó el contacto con los farmacéuticos comunitarios y apoyó su reclutamiento.

La selección de participantes se basó en organigramas del sistema sanitario (figura 16) y se ajustó al principio de máxima variación, un enfoque que busca capturar la mayor heterogeneidad posible dentro del fenómeno estudiado. Para ello, se incluyeron profesionales con distintos roles dentro de los equipos de atención, niveles de experiencia y características demográficas, asegurando una representación amplia de las perspectivas sobre la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria.

En total, 60 participantes fueron contactados mediante correo electrónico o teléfono, de los cuales 53 participaron finalmente en el estudio. Se remitió una carta de invitación junto con el consentimiento informado, que debía ser firmado antes de la participación (anexo II). Los participantes no tenían relación previa con el equipo investigador, garantizando la imparcialidad en la recopilación de datos.

Recogida de datos

Los grupos focales y entrevistas semiestructuradas se realizaron de manera virtual a través de la plataforma *Zoom* siguiendo la metodología de Halliday et al.,¹⁵¹ mediante una moderación estructurada, el uso de plataformas digitales para optimizar la interacción y la adaptación de las dinámicas grupales al entorno virtual para garantizar la validez de los datos recopilados.

Grupos focales

Se llevaron a cabo cinco grupos focales entre octubre y noviembre de 2023 con *stakeholders* a nivel micro, incluyendo farmacéuticos comunitarios, médicos de familia, enfermeros de atención primaria, farmacéuticos de atención primaria, referentes sociosanitarios/trabajadores sociales y personal administrativo.

En total, participaron 40 profesionales, distribuidos de la siguiente manera: nueve farmacéuticos comunitarios, once médicos de familia, siete enfermeros de atención primaria, cinco farmacéuticos de atención primaria, cuatro referentes sociosanitarios y cinco administrativos (tabla 7). La duración de las sesiones osciló entre una y una hora y media, con un promedio de una hora y seis minutos. Cada sesión contó con la participación de un moderador y un observador.

Tabla 7. Características grupos focales

GF	FECHA	PROVINCIA	DURACIÓN SESIÓN	DESCRIPCIÓN PARTICIPANTES						
				FC	MAP	EAP	FAP	SOC	ADM	TOTAL
1	17.10.2023	Castellón	1h 17'	✓✓	✓✓	✓	✓	✓	✓	8
2	23.10.2023	Valencia	1h 7'	✓✓	✓✓	✓	✓	X	✓	7
3	24.10.2023	Alicante	52'	✓	✓✓	✓✓	✓	✓	✓	8
4	06.11.2023	Valencia	1h 16'	✓✓	✓✓✓	✓	✓	✓	✓	9
5	08.11.2023	Alicante	58'	✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓	✓	8

GF: Grupo focal; FC: Farmacéutico comunitario; MAP: Médico de atención primaria; EAP: Enfermero de atención primaria; FAP: Farmacéutico de atención primaria; SOC: Referente sociosanitario; ADM: Administrador

El guion utilizado para los grupos focales se encuentra disponible en el anexo III. Las preguntas se estructuraron en cinco bloques temáticos:

(1) Actitud y organización, explorando la estructura y funcionamiento de los centros de salud, así como la percepción de la farmacia comunitaria; (2) Integración, abordando la factibilidad y los retos del acercamiento entre ambos ámbitos asistenciales; (3) Intervenciones y estrategias, donde se discutieron posibles acciones para alcanzar la integración; (4) Resultados esperados, analizando barreras, facilitadores y expectativas en torno a la integración; y (5) Agentes implicados, identificando los *stakeholders* para el desarrollo e implementación de un modelo de integración.

Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas entre octubre y diciembre de 2023 con *stakeholders* de los niveles meso (n=5) y macro (n=8), incluyendo representantes de asociaciones de pacientes, distribuidores farmacéuticos, colegios profesionales, economistas y entidades gubernamentales vinculadas con la atención primaria y la farmacia comunitaria en la Comunidad Valenciana y a nivel nacional.

La duración de las entrevistas osciló entre 24 y 41 minutos, con un promedio de 31 minutos (tabla 8). Todas las entrevistas fueron conducidas por un investigador.

Tabla 8. Características entrevistas semiestructuradas

ES	FECHA	NIVEL	DURACIÓN SESIÓN
01	06.10.2023	Macro	24'
02	23.10.2023	Macro	33'
03	31.10.2023	Macro	41'
04	09.11.2023	Meso	29''
05	09.11.2023	Meso	39'
06	09.11.2023	Meso	29'
07	09.11.2023	Meso	38'
08	14.11.2023	Meso	30'
09	14.11.2023	Macro	32'
10	15.11.2023	Macro	27'
11	16.11.2023	Macro	25'

12	30.11.2023	Macro	29'
13	05.12.2023	Macro	29'

ES: Entrevista semiestructurada

El guion utilizado para las entrevistas semiestructuradas se encuentra disponible en el anexo III.

Las preguntas se estructuraron en tres bloques temáticos: (1) Farmacia comunitaria y su rol en el sistema sanitario, examinando la relación del entrevistado con la farmacia comunitaria, su percepción sobre su función actual y su integración en el sistema de salud; (2) Integración de la farmacia comunitaria en atención primaria, explorando la viabilidad, beneficios y barreras de una mayor colaboración con los centros de salud, incluyendo aspectos estructurales y profesionales; y (3) Intervenciones y estrategias, analizando acciones concretas para mejorar la integración, como herramientas de comunicación, acceso a la historia clínica y modelos de colaboración interprofesional. Además, se identificaron los agentes involucrados en el diseño de protocolos y estrategias de implementación.

Grupo nominal

Tras el análisis cualitativo de contenido, se llevó a cabo un grupo nominal virtual modificado en febrero de 2024 con el objetivo de priorizar las intervenciones identificadas en los grupos focales y entrevistas para su posible implementación en etapas futuras, como el diseño de un piloto.¹⁵³ El grupo nominal estuvo compuesto por 7 participantes (tabla 9) que ya habían intervenido en los grupos focales y entrevistas semiestructuradas previas e incluyeron profesionales de farmacia comunitaria y médicos de atención primaria del nivel micro, y gestores de salud y representantes de políticas públicas de los niveles meso y macro.

Tabla 9. Características grupo nominal

FECHA	PROVINCIA	DURACIÓN SESIÓN	DESCRIPCIÓN PARTICIPANTES			
			Micro	Meso	Macro	TOTAL
05.02.2024	Castellón Valencia Alicante	50'	5	1	1	7

El grupo nominal se desarrolló en tres fases principales:

1. Presentación de las intervenciones: Los moderadores presentaron y explicaron en detalle a los participantes las intervenciones identificadas durante el análisis cualitativo.
2. Discusión grupal: Los participantes evaluaron la relevancia, viabilidad y potencial impacto de cada intervención, pudiendo sugerir ajustes o nuevas propuestas.
3. Priorización mediante votación: Finalmente, los participantes votaron de manera secuencial para priorizar las intervenciones en función de primero su importancia y después de su factibilidad:
 - Puntuación de importancia: Las intervenciones se calificaron de 1 a 7 según su importancia, siendo 7 la puntuación más alta.
 - Puntuación de viabilidad: Cada intervención recibió una puntuación de viabilidad de 1 a 10, donde 10 representaba la mayor factibilidad y 1 la menor.

Dado que en la literatura no existe una escala estandarizada única para la valoración en grupos nominales y las puntuaciones pueden variar según el contexto y los objetivos del estudio, el equipo investigador diseñó una escala adaptada a los requerimientos específicos del análisis.^{153,154,158,159} El proceso fue facilitado por un investigador que actuó como moderador, mientras que un segundo investigador documentó las interacciones y acuerdos alcanzados.

Análisis de datos

Para garantizar la confidencialidad, los participantes fueron anonimizados mediante la asignación de un código identificativo basado en su profesión y el número de asistentes de la misma profesión en cada grupo focal. Además, el código incluyó el grupo focal correspondiente (GF1 para grupo focal 1, GF2 para grupo focal 2, etc.). Por ejemplo, la única farmacéutica de atención primaria que participó en el primer grupo focal recibió el código FAP_GF1.

Todas las reuniones fueron grabadas y posteriormente transcritas íntegramente para su análisis temático del contenido. Se empleó el método de análisis temático de contenido, utilizando el software NVivo®,¹⁶⁰ siguiendo las seis fases establecidas por Braun y Clarke.¹⁶¹

1. Familiarización con los datos: Transcripción detallada de la información recogida, seguida de lecturas repetidas y anotaciones iniciales para identificar ideas relevantes.
2. Generación de códigos iniciales: Identificación y codificación sistemática de aspectos significativos en los datos, asignando etiquetas a fragmentos específicos de información.
3. Búsqueda de temas: Organización de los códigos en torno a temas emergentes.
4. Revisión de los temas: Evaluación de los extractos codificados (nivel 1) y del contenido global del conjunto de datos (nivel 2), generando un mapa temático de análisis.
5. Definición y denominación de temas: Refinamiento y análisis detallado de cada tema, estableciendo una narrativa coherente.
6. Elaboración del informe del análisis: Documentación final que presenta los resultados de forma estructurada.

El análisis cualitativo se realizó conforme a los criterios de consolidación para la presentación de investigaciones cualitativas (COREQ), un listado de 32 ítems desarrollado por Allison Tong et al.¹⁶² para garantizar la transparencia y el rigor metodológico en estudios cualitativos. Se alcanzó la saturación de códigos cuando no surgieron nuevos temas en los grupos focales y entrevistas, y la saturación de significado al garantizar una comprensión profunda de las dimensiones clave del fenómeno estudiado.¹⁵²

Las barreras a la integración entre la farmacia comunitaria y la atención primaria se clasificaron en barreras culturales, es decir, diferencias en su identidad profesional, valores y roles percibidos,¹⁶³ y barreras sistémicas, aquellas relacionadas con limitaciones estructurales y administrativas que obstaculizan la integración.¹⁶⁴

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación del estudio cualitativo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía el 30 de junio de 2023 (referencia: INT_VAL23) y por el Comité de Ética en Investigación Humana (CEIH) de la Universidad de Granada (número: 3652/CEIH/2023). Ambos informes están disponibles en el anexo IV.

Resultados

Grupos focales y entrevistas

El análisis de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas permitió identificar seis temas principales (figura 17). Dado que los mismos temas emergieron de manera recurrente en los grupos focales y entrevistas, y mostraron interrelaciones, se optó por un análisis integrado. Esta aproximación permitió examinar la convergencia de perspectivas entre los distintos niveles de *stakeholders* y reforzó la validez de los resultados.

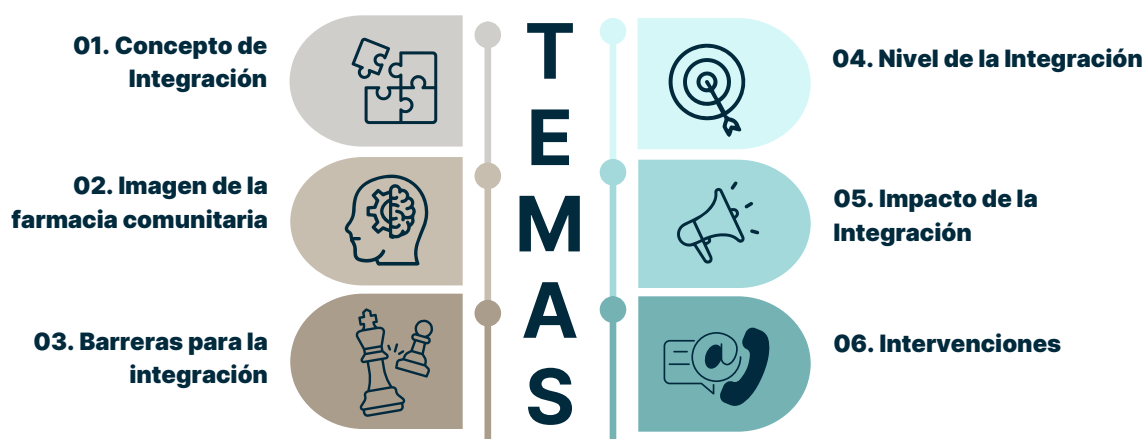


Figura 17. Resultados de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas agrupados por temas.

01. Concepto de integración

En general, los participantes consideraron que el término *"integración"* representa un término confuso, ambicioso y amplio. Se puso énfasis en conceptos relacionados como comunicación, coordinación y colaboración, que a menudo se confundían la integración en sí misma.

"Yo más que integración hablaría de comunicación, creo que es la carencia principal, la falta de comunicación." (MAP3_GF4)

"Hay que empezar paso a paso, mejora de la comunicación, colaboración... cualquier otra palabra que no sea integración." (FAP_GF1)

Varios participantes señalaron que la integración se percibe como un objetivo final más que como una simple mejora en la interacción entre profesionales:

"El objeto final tiene que ser la integración." (ES_04)

"Iría como las hormiguitas trabajando a todos los niveles un poco para poder llegar a un proyecto global que abarque todo." (ES_11)

"Para mí integración es el final del camino, no el inicio." (FAP_GF1)

Algunos participantes asociaron la integración con la creación de sinergias entre profesionales que podrían aportar un mayor valor a la atención sanitaria:

"Generar sinergias, es decir, que el trabajo conjunto proporcione más valor a los ciudadanos y a los pacientes que la actual separación." (ES_02)

"El camino de la integración tiene que ser fundamental por mejorar el sistema, porque nuestros propios compañeros nos conozcan y nosotros los conozcamos." (ES_08)

02. Imagen de la farmacia comunitaria

La farmacia comunitaria fue descrita en la mayoría de los casos como un establecimiento sanitario accesible y cercano a los pacientes, con potencial para contribuir al sistema sanitario, especialmente zonas con recursos limitados:

"Los farmacéuticos comunitarios son los compañeros que están al pie de la calle que tienen la suerte de ver a los pacientes." (FAP_GF4)

"...lo que tiene más cercano, porque genera un clima de confianza, porque en tu farmacia saben si tienes hijos, saben el nombre de tu hijo, te conocen, saben dónde vives, en qué trabajas, adónde te vas de vacaciones... Se genera un clima de confianza y de relación que hay que aprovecharlo y para eso tiene que existir una integración." (ES_04)

Varios participantes destacaron la capacidad de adaptación de las farmacias comunitarias a las necesidades locales, especialmente en zonas rurales o periféricas, donde el acceso a otros recursos sanitarios es más limitado:

"Son organizaciones flexibles, descentralizadas, minoristas que pueden practicar una atención cercana a los ciudadanos. Lo que se necesitan son marcos contractuales y mecanismos que permitan colaborar." (ES_02)

"En las zonas rurales deberían fomentarse todo esto más porque además suelen ser espacios con menor recurso a nivel de médico, sólo van dos veces por semana en muchas ocasiones y todo eso podría ayudar mucho." (MAP1_GF4)

"...la farmacia rural, en sitios donde no hay ese centro de salud tan cercano, pues sí que el paciente tiene claro que ese es su profesional de referencia." (ES_10)

Sin embargo, la relación y comunicación entre médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes fue descrita como variable:

"Actualmente la relación con los centros de salud es prácticamente anecdótica, no hay un canal de comunicación fluido." (FC1_GF1)

"La relación siempre es fluida con las farmacias comunitarias que tenemos cerquita." (ADM_GF1)

"Contacto que yo tenga con las farmacias comunitarias de aquí ninguno; al contrario, me plantean problemas." (MAP1_GF3)

Algunos participantes señalaron la necesidad de mejorar la colaboración entre médicos y farmacéuticos:

"Pienso que entre farmacia comunitaria y nosotros, los médicos, nos tenemos que relacionar y tenemos que relacionarnos bien; estamos todos en el mismo barco, perseguimos todos lo mismo." (MAP1_GF3)

"Para mí son compañeros, con los que me gustaría comunicarme y hacer acciones conjuntas, porque creo que tienen un potencial brutal y podrían descongestionar ciertos aspectos." (MAP2_GF3)

03. Barreras para la integración

Se identificaron diversos obstáculos que dificultan la integración entre la farmacia comunitaria y la atención primaria clasificados en barreras culturales y sistémicas.

Barreras culturales

- Ambigüedad en los roles y choque por competencias: Algunos participantes señalaron que la delimitación de funciones entre los distintos profesionales sanitarios no siempre es clara. Esta falta de definición sobre las responsabilidades puede generar dudas en la práctica diaria:

"Hay muchas competencias, y entonces chocamos." (ES_01)

"El miedo al intrusismo, a la invasión de competencias, hay una cantidad de temas ahí por solventar." (ES_04)

- Guerras de poder: Algunos participantes mencionaron que, en la práctica clínica, distintos profesionales pueden abordar aspectos similares del cuidado del paciente desde enfoques diferentes. Se señaló que esta superposición de funciones puede generar situaciones en las que la información sobre el paciente se comparte de manera desigual entre los profesionales:

"El paciente a nosotros [farmacéuticos] nos cuenta cosas que al médico no le cuenta, y al médico cosas que no le cuenta al farmacéutico. Muchas veces son el foco de discusión y de riña entre nosotros." (ES_08)

"...el paciente en casa a quien ve sobre todo no es al farmacéutico ni al médico sino a enfermería: el que va a hacer las curas, todo lo que tiene que ver con las abrasiones... es enfermería." (ES_12)

- Desconocimiento mutuo de roles y prácticas: Varios participantes indicaron que los profesionales sanitarios pueden no estar familiarizados con las competencias de otros actores del sistema de salud, lo que puede dificultar la integración:

"...que a veces nos vemos no rivales, pero tú tu campo y yo el mío, y parece que haya un peloteo a veces que yo no llego a entender." (MAP3_GF4)

"Hay médicos que cuando entran en una farmacia y pasan un tiempo determinado dentro de la farmacia y ven el movimiento que hay detrás de lo que son los mostradores se asombran realmente del trabajo que se está haciendo allí, porque no lo conocen, y nosotros también muchas veces no conocemos toda su práctica clínica y su trabajo que hacen en sus reuniones y tal, y eso debe terminar." (ES_o8)

- Percepción de variabilidad y compromiso profesional: Algunos participantes señalaron que existen diferencias en la forma en que se prestan los servicios en distintas farmacias, y que algunas están más orientadas a la atención clínica, mientras que otras presentan un enfoque más comercial, lo que puede afectar la percepción de su rol dentro del sistema de salud y su motivación:

"A veces uno tiene un poco la sensación de que la farmacia está un poco despistada y cuando entran a la farmacia se encuentran de todo... si queremos ser creíbles en la profesión, debemos de ser serios." (ES_o3)

"Habrá personas que no suponen un problema y otras que lo suponen por el interés económico que pueda presentar la prescripción o la venta de un fármaco o de un producto más caro, pero que depende sobre todo de la calidad humana de la persona que está detrás del mostrador en la farmacia esta." (MAP2_GF4)

"Hay farmacéuticos que se van a implicar más, hay otros que menos, y hay médicos igual que se van a implicar más y otros que no se quieren implicar." (FC1_GF4)

"...todos sabemos que todo el mundo no trabaja igual y no tiene esa motivación que tenemos algunos." (FAP_GF2)

Barreras sistémicas

- Naturaleza privada de la farmacia comunitaria: Algunos participantes señalaron que la farmacia comunitaria, al ser una entidad privada con fines comerciales, opera bajo una lógica diferente al sistema de salud público. Se mencionó que esta diferencia en la estructura de funcionamiento puede influir en las dinámicas de integración:

"Hay que tener en cuenta que las farmacias comunitarias no dejan de ser establecimientos privados, con un fin lucrativo. Y nosotros trabajamos en un sistema de salud pública. La integración habría que verla desde integración de empresa privada con empresa pública." (SOC_GF1)

- Falta de interoperabilidad tecnológica: La ausencia de sistemas tecnológicos interconectados fue mencionada como un obstáculo para el intercambio de información clínica, lo que dificulta la coordinación entre farmacias comunitarias y centros de salud:

"Lo que sería un gran problema es los diferentes programas con los que trabajamos. Cuando hablamos de una comunicación más reglada, la integración de todos esos programas yo lo veo muy complejo." (FAP_GF1)

- Carga burocrática y limitaciones administrativas: Las exigencias administrativas y la rigidez en la organización de los centros de salud fueron señaladas como barreras:

"Los centros de salud tienen un horario; necesitamos poder dejarlo por escrito." (FC2_GF1)

"Tenemos muchísima carga burocrática y eso es difícil de salvar." (ES_11)

- Restricciones legales y normativas: Las regulaciones vigentes fueron mencionadas como un factor que delimita las funciones de los farmacéuticos comunitarios, especialmente en lo referente al acceso de los farmacéuticos comunitarios a la historia clínica de los pacientes:

"El compartir la historia clínica es una barrera principal por la Ley de Protección de Datos." (FC_GF2)

"Yo aquí sí que veo que para los resfriados se tiende a dar moléculas o jarabes nuevos de mucho precio y cosas que ha probado el paciente todos los años por el mismo resfriado, no se lo pueden dar porque no lo pueden prescribir." (MAP1_GF4)

- Transformación del mercado farmacéutico: Algunos participantes mencionaron que la digitalización y la entrada de nuevas plataformas tecnológicas están modificando el panorama de la distribución farmacéutica, lo que podría influir en el papel de la farmacia comunitaria dentro del sistema sanitario:

"La revolución tecnológica y la revolución digital abre las posibilidades de que operadores virtuales ocupen parte del mercado o de la cuota de mercado que ahora mismo tienen las farmacias comunitarias." (ES_02)

"Tenemos mucho miedo a todo lo que sea una dispensación vía globo, Amazon, etcétera, es decir, estamos manejando medicamentos. Una mala gestión de esos medicamentos puede originar una situación muy grave." (ES_03)

- Falta de recursos y apoyo institucional: Según los participantes, la disponibilidad de recursos y la planificación estratégica son factores que pueden influir en la viabilidad de la integración. También se señaló que la planificación sanitaria tiende a responder a objetivos a corto plazo:

"La planificación sanitaria es cortoplacista, eso quiere decir que el que gobierna, gobierna para 4 años, entonces cosas tan necesarias como podían ser la atención domiciliaria, donde los integrantes de los distintos roles sanitarios podían actuar pues no lo van a hacer." (ES_09)

"Nuestro sector siempre está sometido a una rigidez regulatoria que impide que todo lo que vayamos a hacer se pueda abordar de una forma ágil." (ES_11)

04. Nivel de la integración

Los participantes describieron la integración en términos de niveles organizativos, diferenciando entre contextos locales (micro), contextos regionales (meso) y contextos nacionales (macro).

- Nivel micro - Proyectos piloto y contextos locales: Algunos participantes señalaron que las iniciativas de integración podrían iniciarse en entornos reducidos, como proyectos piloto en farmacias y centros de salud específicos, donde los profesionales estuvieran predispuestos a participar:

"Hay que ir con pequeños resultados, con pequeños pilotajes, con pequeñas muestras de que funciona lo que vas a proponer." (SOC_GF4)

"Empezaría con una experiencia piloto, con algún centro de salud en el cual los médicos estén dispuestos a participar, porque si están dispuestos todo viene a favor." (ES_12)

"Tiene que ser que estén integrados desde el principio y que lo vean como una propuesta también de ellos [médicos]. ¿Cómo me convences a mí de que yo participe? O sea, la necesidad tiene que ser de las dos partes, sino no creo que vayáis a conseguir nada." (ES_13)

"Las iniciativas tienen que nacer desde abajo hasta arriba. Si esperamos que la Conselleria nos de unas pautas de actuación o un protocolo... lo que es posible es que el protocolo sea inaplicable en muchos centros de salud." (MAP1_GF1)

También se destacó que las zonas con bajos recursos, donde existen necesidades no cubiertas, serían contextos adecuados para probar estas iniciativas:

"Buscaría dónde hay una falta de recursos, dónde se puede justificar que por falta de recursos podemos establecer una prueba piloto." (ES_09)

- Nivel meso - Zonas básicas y departamentos de salud: Los participantes propusieron ampliar los proyectos a nivel de zonas básicas de salud o departamentos:

"El marco de la zona básica de salud es ideal (3-5 farmacias), comunicándose entre ellas, para que este centro de salud pueda funcionar mejor, sus pacientes mejor atendidos y los profesionales más satisfechos." (MAP1_GF1)

"Los proyectos me gustan mínimo a nivel de departamento, porque si no acaban siendo proyectos muy locales que solo tienen éxito en una población." (FAP_GF1)

- Nivel macro - Liderazgo político e implicación institucional: A nivel institucional, algunos participantes mencionaron que el papel de las administraciones y las organizaciones profesionales podría influir en la consolidación de la integración. Se destacó el rol de entidades como los colegios profesionales y el CGCOF:

"El propio Consejo General de Farmacia debe marcar el rumbo." (ES_03)

"Debería hablarse de este proyecto a los responsables de los colegios de farmacéuticos, luego hablar con los colegios de médicos y ambos, de la mano, que fueran a hablar con el Conseller de sanidad." (FC2_GF4)

"Tiene que haber un liderazgo desde la autoridad responsable de la ciudadanía, de los que gobiernan" (ES_10)

Además, se destacó que las asociaciones de pacientes podrían desempeñar un papel importante como intermediarios entre los profesionales y la administración:

"Las asociaciones de pacientes pueden hacer, entre comillas, de conciencia crítica en el sistema para abrir esas puertas." (ES_03)

05. Impacto de la integración

La integración entre farmacia comunitaria y atención primaria fue asociada con múltiples beneficios para pacientes, profesionales y el sistema sanitario (figura 18):



Figura 18. Impacto de la integración

Los participantes destacaron mejoras en la satisfacción profesional y del paciente, mayor adherencia terapéutica y calidad de vida, reducción de la presión sobre urgencias, mayor agilidad en la resolución de incidencias y fortalecimiento de la colaboración interprofesional en proyectos de salud.

06. Intervenciones

Se identificaron siete intervenciones a partir del análisis de los datos de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de promover la integración entre la farmacia comunitaria y la atención primaria. (tabla 10).

Tabla 10. Intervenciones derivadas de los grupos focales y entrevistas semiestructuradas

Intervención	Concepto	Elementos
1. Puesta en marcha de un canal de comunicación bidireccional	Establecer métodos de comunicación efectivos, que permitan el intercambio de información y <i>feedback</i> entre farmacéuticos comunitarios y profesionales de atención primaria.	Comunicación directa: Utilización de herramientas como Abucasis, interconsultas electrónicas, historia del paciente, teléfono y/o aplicaciones de mensajería como Whatsapp para situaciones urgentes o incidencias.
		Comunicación indirecta: Mediante teléfono con mensajes filtrados por enfermería o personal administrativo

		y/o correos electrónicos corporativos.
2. Estandarización de protocolos	Crear un algoritmo de decisión común en distintos procedimientos, compartiendo resultados entre los profesionales de la salud.	Cribado de enfermedades como diabetes o asma.
		Colaboración en el control y seguimiento del paciente con diabetes, asma, insuficiencia renal y/o en quimioterapia.
3. Desarrollo de actividades comunitarias conjuntas y/o grupos de educación para la salud	Desarrollar iniciativas consensuadas entre pacientes y profesionales sanitarios, para abordar diferentes temas de salud.	Grupos de educación en hábitos saludables: Alimentación, alcohol, tabaquismo, deporte y/o ejercicio; adherencia terapéutica; importancia del autocuidado.
		Implementar el programa "Cuidar al Cuidador".
		Realizar actividades en colaboración con ayuntamientos y profesionales de centros de salud y farmacias.
4. Implicación en las campañas sanitarias	Organizar campañas de salud en colaboración entre farmacias y centros de salud en los servicios relacionados con la salud comunitaria para reforzar el mensaje que llega a los pacientes.	Desarrollo de mensajes claros y coherentes que refuercen las campañas sanitarias para la prevención y promoción de la salud, como la gripe o problemas cardiovasculares.
5. Acciones profesionales desde la farmacia comunitaria en el manejo terapéutico	Optimización de tratamientos farmacológicos, mediante la coordinación entre farmacéuticos y equipos de atención primaria. [Requiere de un cambio legislativo para su implementación efectiva. Se ha descrito la necesidad de su inclusión en el marco contractual.]	Servicio de Adherencia Terapéutica y SPD en farmacias comunitarias: Pacientes seleccionados por médicos o enfermeras.
		Optimización de la farmacoterapia por farmacéuticos comunitarios: Cambios en formas farmacéuticas, ajuste de dosis, según sea necesario.
		Renovación de medicación crónica: Posibilidad de renovar ciertos medicamentos, ej.: analgésicos, con acuerdo previo del médico.
		Dispensación de medicamentos hospitalarios en farmacias comunitarias para evitar traslados innecesarios.
6. Acceso del	Acceso a la historia del	Incluir información biopsicosocial, medicamentos OTC, receta privada o

farmacéutico comunitario al historial fármaco-terapéutico	paciente en aspectos relacionados a la farmacoterapia para una atención proactiva.	suplementos desde la farmacia comunitaria.
		Acceso a datos clínicos y alergias para atención farmacéutica adecuada.
7. Interacción de los profesionales de salud para fortalecer equipos multidisciplinares	Promoción de actividades y espacios para fomentar el conocimiento mutuo, aumentar la confianza identificar necesidades no cubiertas y llegar a consenso.	Participación en reuniones periódicas y/o sesiones clínicas conjuntas.
		Jornadas de integración a nivel local y congresos conjuntos entre médicos y farmacéuticos.
		Visitas a los puestos de trabajo para conocer herramientas, flujos de trabajo y dificultades.
		Mapas de integración que detallen la organización y contactos de las farmacias y centros de salud en cada área.

Grupo nominal

Las siete intervenciones previamente identificadas fueron revisadas en una sesión de grupo nominal, para evaluar su importancia y viabilidad. A pesar de las consideraciones para su consolidación, los participantes llegaron a un consenso para mantener todas las intervenciones como entidades distintas, sin modificar, añadir o eliminar ninguna. Por ello, se consideró que el grupo nominal permitió triangular los resultados obtenidos en la etapa anterior de grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

Posteriormente, se desarrolló una matriz de prioridad basada en la votación de los participantes (figura 19). Algunas intervenciones, como la gestión terapéutica desde la farmacia comunitaria (intervención 5) fueron consideradas relevantes, pero con una factibilidad limitada. De manera similar, el acceso al historial farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria (intervención 6) surgió como la estrategia menos factible e importante. Además, la participación en campañas de salud (intervención 4) y las iniciativas de educación y participación comunitaria (intervención 3) se consideraron más factibles, pero con menor impacto inmediato.

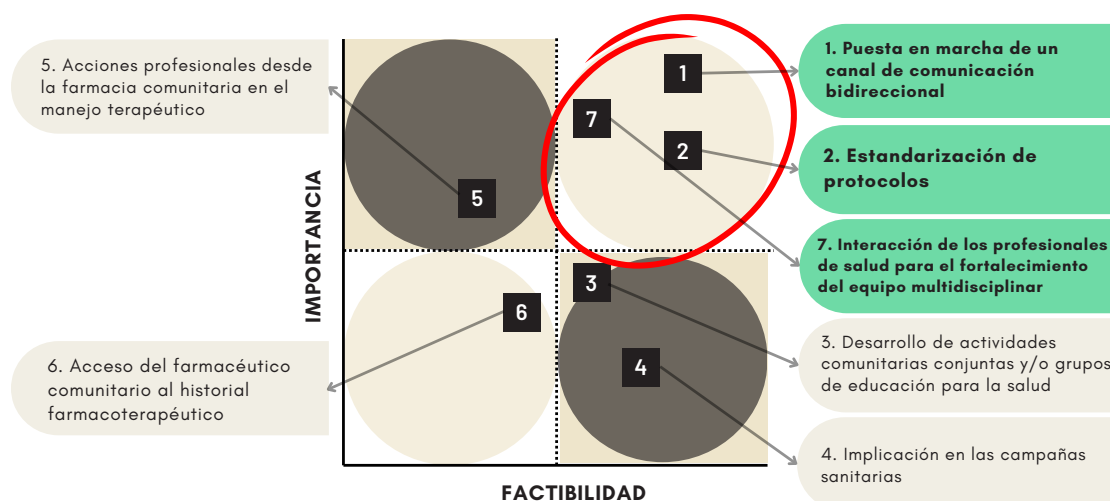


Figura 19. Matriz de factibilidad e importancia de las intervenciones de integración de la farmacia comunitaria y la atención primaria

Entre las intervenciones priorizadas, la implementación de un canal de comunicación bidireccional (intervención 1) fue identificada como la más relevante en términos de importancia y factibilidad. La estandarización de protocolos (intervención 2) y la interacción de los profesionales de salud para el fortalecimiento de equipos multidisciplinarios (intervención 7) también fueron consideradas como acciones prioritarias para avanzar en la integración y desarrollar un plan o protocolo para la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria.

Discusión

En este estudio cualitativo se identificaron seis temas principales que permitieron comprender la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria, incluyendo la percepción sobre el papel de la farmacia comunitaria, las barreras, el nivel, el impacto y las intervenciones para facilitar su implementación.

Uno de los principales hallazgos, en línea con las revisiones de la literatura previas, sugiere que la integración es un proceso gradual que avanza en distintas fases,¹⁰⁹ más que un evento puntual, que implica la evolución de las relaciones y estructuras dentro del sistema sanitario.⁷ En este sentido, la teoría del grado de integración explica que la consolidación de estructuras y relaciones profesionales debe desarrollarse de manera escalonada, asegurando primero elementos básicos como la comunicación efectiva y la confianza interprofesional en el nivel micro, antes de alcanzar formas más avanzadas de integración en los niveles meso y macro.^{129,130} De manera complementaria, la teoría de CAS ofrece un marco para comprender la importancia de la flexibilidad y la capacidad de adaptación en entornos dinámicos, donde la integración no sigue un esquema rígido, sino que depende de la interacción continua entre los actores del sistema sanitario.^{22,23} Estos elementos teóricos se vieron reflejados en los resultados del estudio cualitativo, donde los participantes identificaron la necesidad de comenzar por mejorar la comunicación y fomentar la confianza como pasos iniciales para avanzar hacia una integración más estructurada.

Uno de los desafíos identificados fue la confusión terminológica entre integración, comunicación y coordinación, también observada en los estudios cualitativos, donde los profesionales utilizaron estos términos de forma intercambiable. En la práctica, esta ambigüedad puede llevar a intervenciones limitadas, centradas solo en mejorar la comunicación sin abordar cambios estructurales.¹⁰¹ Por ejemplo, compartir información entre farmacia comunitaria y atención primaria no implica integración si no se establecen protocolos conjuntos o una toma de decisiones coordinada.²⁴ Definir con precisión qué se entiende por integración permitiría diferenciar acciones aisladas de verdaderos procesos estructurales, facilitando su medición y optimizando su implementación en el sistema sanitario.¹¹¹

Los participantes reconocieron a la farmacia comunitaria como un recurso accesible y cercano, especialmente en entornos con recursos limitados, pero su integración en atención primaria se vio limitada por barreras como el desconocimiento de roles o las limitaciones administrativas.⁴⁷ La ausencia de vías formales de comunicación y colaboración ha llevado a que las farmacias comunitarias sean vistas como entidades aisladas, lo que limita su integración en la red asistencial y su participación en la atención coordinada del paciente.¹¹⁷

En este estudio, y en línea con la literatura, los conflictos de competencias y el temor a la pérdida de autonomía profesional se identificaron como factores que contribuyen a la fragmentación entre profesionales.³⁹ Además, la falta de consenso sobre la responsabilidad en el seguimiento del paciente genera tensiones y obstaculiza la coordinación asistencial.¹⁰³ Para avanzar en la integración, sería clave conocer y clarificar los roles de los profesionales sanitarios implicados y fortalecer la confianza interprofesional, evitando que la integración se perciba como una amenaza en lugar de una mejora en la atención y satisfacción del paciente y los profesionales, entre otros beneficios.^{37,110,165}

Esta situación pone de manifiesto que la integración de la farmacia comunitaria no depende únicamente de su capacidad para ofrecer servicios adicionales o mejorar su accesibilidad, sino del reconocimiento de su rol como parte funcional del sistema de salud.¹¹³ La falta de marcos contractuales claros y mecanismos de coordinación con otros actores sanitarios refuerza esta fragmentación, dificultando la transición de la farmacia comunitaria hacia un modelo verdaderamente integrado.⁵⁰ Por ejemplo, según Miller,⁷ la creación de redes contractuales es un requisito previo para formas de integración que faciliten la reducción de costos y la mejora de la calidad asistencial.

Además, en el estudio cualitativo se identificaron preocupaciones por los *stakeholders* relacionadas con posibles conflictos de interés. La combinación del rol asistencial y comercial del farmacéutico generó desconfianza en algunos profesionales sanitarios, quienes percibieron que la integración podría verse comprometida por incentivos económicos debido a su naturaleza dual.^{110,116,166} No obstante, este tipo de combinación entre financiación pública y prestación privada no es exclusiva de la farmacia comunitaria, como muestran otros ejemplos

del sistema sanitario español, como los conciertos con hospitales privados o los modelos de aseguramiento como MUFACE.⁶⁰ Esta barrera evidencia la necesidad de establecer mecanismos de regulación que garanticen un proceso de integración transparente y centrado en el paciente.⁵⁴ Para mitigar estos desafíos también se sugirió la implementación de estrategias estructuradas de comunicación, formación conjunta y actividades de construcción de equipos, incluyendo encuentros presenciales que fomentaran la confianza y el desarrollo de una visión compartida entre los distintos proveedores de salud.^{117,165}

Paralelamente, las dificultades en la interoperabilidad tecnológica señalaron la necesidad de una evolución en las políticas sanitarias. Esta evolución permitiría establecer un intercambio de datos fluido sin comprometer la privacidad del paciente.⁶⁰ Por otro lado, de manera consistente con la literatura se destacó la importancia del liderazgo en políticas sanitarias,¹³² apoyo institucional³⁹ y de una mayor flexibilidad regulatoria para responder a la transformación en el mercado farmacéutico.⁵ A través de ajustes estratégicos en la normativa y la adopción de innovaciones digitales,¹⁴⁹ las farmacias comunitarias podrían alinearse mejor con los objetivos de salud pública y con la evolución del entorno sanitario,¹⁰³ asegurando que su papel en la prestación de atención siga siendo relevante y sostenible en el tiempo.¹⁶⁶

El grupo nominal priorizó tres intervenciones para la integración tras evaluar su importancia y factibilidad en el contexto actual: la implementación de un canal de comunicación bidireccional, la estandarización de protocolos y el fortalecimiento del equipo multidisciplinario. Estas intervenciones fueron seleccionadas por su capacidad para responder a barreras previamente y por ser consideradas factibles de implementar a corto plazo dentro del sistema actual, lo que las convierte en un primer paso fundamentado para avanzar en el proceso de integración. Se observó que la intervención propuesta de gestión terapéutica desde la farmacia comunitaria representó un desafío significativo en el momento presente, debido a los requisitos de inversión y las modificaciones estructurales y culturales que implicaba. Del mismo modo, el acceso a la historia farmacoterapéutica desde la farmacia comunitaria fue percibido como la intervención menos viable, posiblemente debido a barreras normativas y a la sensibilidad de los datos clínicos.^{43,60}

Mientras que la priorización de estas tres intervenciones proporcionó un punto de partida práctico para la integración basado en las necesidades inmediatas de los actores involucrados del sistema de salud, los once componentes teóricos identificados en la literatura, tales como la comunicación, la clarificación de roles, o la conectividad tecnológica, ofrecieron un punto de partida conceptual para enmarcar estas estrategias dentro de un proceso estructurado y progresivo.

Esta primera combinación de elementos teóricos y prácticos configura lo que podría considerarse un primer temporal de integración, entendido como una fase o modelo inicial que podrá evolucionar a medida que el sistema y los *stakeholders* estén preparados para su implementación. La incorporación de futuras intervenciones, tanto aquellas identificadas en el estudio cualitativo, como la implicación en campañas sanitarias, el desarrollo de actividades comunitarias conjuntas y otras nuevas que surjan en el futuro se hará de manera flexible según el nivel de preparación del sistema y las demandas emergentes, en consonancia con marcos teóricos validados en la literatura. De este modo, la integración avanzará de forma escalonada, asegurando que cada fase se ajuste a las necesidades del sistema y de sus profesionales.

Plan de integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria

La integración de la farmacia comunitaria en atención primaria no puede entenderse como una acción puntual, sino como un proceso progresivo, estructurado y adaptativo, basado en teorías de integración y apoyado por todos los *stakeholders* implicados, que requiere una hoja de ruta. Adaptar marcos teóricos complejos a todos los contextos individuales no siempre es viable. Por ello, resulta más operativo construir modelos de integración por fases, o modelos temporales que puedan implementarse sobre el tiempo en función del éxito.

Este plan surge para dar respuesta a esa necesidad, como resultado de las revisiones de la literatura científica, los hallazgos del estudio cualitativo y la priorización de intervenciones realizada mediante el grupo nominal. En conjunto, estas fuentes evidencian que la

integración debe abordarse desde una perspectiva pragmática, mediante modelos temporales diseñados según las necesidades inmediatas y el nivel de preparación del sistema sanitario.

El progreso y el número de estos modelos estarán determinados por los resultados de las fases piloto y la evaluación continua de su impacto, garantizando su alineación con los cambios del sistema y las percepciones de las partes implicadas.

Para avanzar en la integración y como parte importante del plan, se propone la construcción del primer modelo temporal (figura 20), una propuesta inicial estructurada en torno a las tres intervenciones priorizadas y codiseñadas por los *stakeholders*: canal de comunicación bidireccional, estandarización de protocolos y fomento del trabajo multidisciplinar. Este modelo temporal introduce por primera vez componentes de la integración a cierta intensidad, entendida como la profundidad con la que estos elementos se manifiestan en la práctica asistencial.¹⁰ El gradiente de color en la figura representa esta intensidad. Se postula que las intervenciones tendrán un efecto en los distintos componentes de integración.

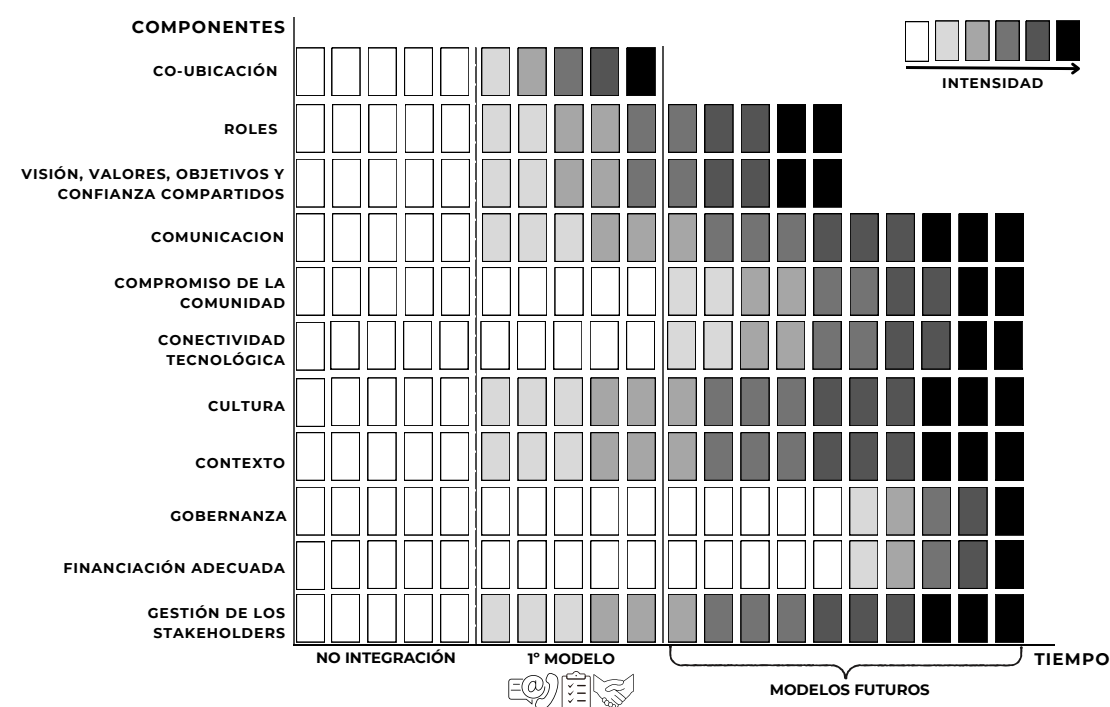


Figura 20. Primer modelo temporal para la integración de la farmacia comunitaria y la atención primaria y su efecto en los componentes de integración.

Actualmente, se parte de una situación de no integración entre los profesionales de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios. Aunque pueden producirse interacciones puntuales, como la resolución de incidencias o la coordinación informal en el manejo de pacientes, estas acciones responden a iniciativas individuales más que a un marco organizativo establecido. Componentes como la comunicación básica o la confianza mutua pueden estar presentes de forma esporádica, pero no son suficientes por sí solos para definir un proceso de integración. Estudios previos han analizado la comunicación y la colaboración entre estos profesionales, pero estas interacciones no constituyen integración en sentido estricto, ya que carecen de un marco estructurado que garantice su sostenibilidad y sistematización dentro del sistema sanitario.¹⁶⁷⁻¹⁶⁹

En esta fase inicial se contemplan una 'Comunicación' mejorada a través de la creación de un canal de comunicación que agiliza las interacciones entre los actores clave; la clarificación de 'Roles', mediante reuniones compartidas y sesiones clínicas, donde los actores adquieren una comprensión más clara de los roles de cada uno en la atención al paciente; y la promoción de un 'Contexto', 'Cultura' y 'Visión, valores, objetivos y confianza compartidos', que surgen de la colaboración reforzada entre equipos multidisciplinares y protocolos de salud estandarizados para alinear objetivos generales. Así mismo, el modelo temporal promueve la 'Gestión de partes interesadas' a medida que todos los involucrados trabajan para construir relaciones y sincronizar esfuerzos, principalmente mediante la estandarización de protocolos. Por último, la 'Co-ubicación', se materializa a partir de actividades o reuniones que tienen lugar dentro de los centros de salud e involucran a los farmacéuticos comunitarios.

No obstante, ciertos componentes como 'Conectividad tecnológica', y 'Compromiso de la comunidad' pueden no materializarse en el primer modelo temporal debido a limitaciones del sistema o la resistencia al cambio por parte de los participantes. Otros componentes como la necesidad de 'Financiación adecuada' o las estructuras de 'Gobernanza', críticos para la sostenibilidad a largo plazo, no constituyen el enfoque principal de este modelo inicial, y se prevén para futuros modelos cuando el sistema de salud evolucione y los profesionales estén preparados para adoptarlos plenamente.

En este contexto, el plan de integración surge como una hoja de ruta guía la aplicación progresiva de estas intervenciones y su adaptación en función del contexto. Las tres líneas estratégicas que conforman este plan son:

- Canal de comunicación bidireccional: Implementación de un mecanismo formal y seguro de intercambio de información bidireccional entre la farmacia comunitaria y el centro de salud. Este canal (por ejemplo, vía electrónica o telefónica protocolizada) permitirá la comunicación sobre consultas, derivaciones, seguimiento de pacientes y resolución de incidencias en la farmacoterapia. Se trata de subsanar la ausencia actual de vías formales de comunicación, señalada como una barrera central que mantiene aislados a ambos niveles asistenciales. Al establecer un canal bidireccional permanente, se facilita la coordinación cotidiana y se refuerza la percepción de trabajo en red.
- Estandarización de protocolos compartidos: Desarrollo y adopción conjunta de protocolos asistenciales que sean comunes para farmacia comunitaria y atención primaria. Estos protocolos definirán procedimientos, roles y responsabilidades en áreas de atención al paciente (por ejemplo, manejo de medicamentos crónicos, seguimiento de pacientes polimedicados, hipertensión, derivación de problemas de medicación). Con ello se aborda la falta de directrices unificadas, la cual contribuye a incertidumbre sobre *“quién hace qué”* y genera tensiones entre profesionales. La implementación de protocolos compartidos responde directamente a la necesidad de clarificar roles y estandarizar procesos, lo que fue identificado como un paso clave para evitar conflictos de competencia y mejorar la coordinación. Además, disponer de guías comunes actúa como facilitador al brindar un marco de referencia claro que ambos niveles pueden seguir, fomentando la confianza en el trabajo del otro.
- Interacción de los profesionales para el fortalecimiento del trabajo multidisciplinar: Establecimiento de iniciativas que promuevan la colaboración activa y regular entre farmacéuticos comunitarios y profesionales del centro de salud (médicos de familia, enfermería, etc.). Esto incluye reuniones clínicas

conjuntas, formación interdisciplinaria, y creación de equipos de trabajo o comisiones mixtas farmacia-centro de salud para casos o programas específicos. El objetivo es pasar de interacciones esporádicas a un trabajo en equipo integrado, donde el farmacéutico sea reconocido como parte del equipo asistencial del paciente. Esta línea estratégica pretende derribar barreras culturales y profesionales: por un lado, mitigando el recelo o temor a la pérdida de autonomía que algunos profesionales manifestaron, y por otro, aprovechando la disposición positiva de muchos para colaborar cuando se generan espacios formales para ello. En el estudio cualitativo se evidenció que fortalecer la confianza interprofesional es crucial para avanzar en la integración; por tanto, fomentar el trabajo multidisciplinar directamente atiende esa necesidad, creando un entorno donde farmacia y primaria planifican y deciden conjuntamente en beneficio del paciente.

El plan no solo define cómo se implementan, ajustan y expanden las intervenciones priorizadas por los actores involucrados, sino que también establece un marco para dar respuesta a las barreras identificadas, potenciar los facilitadores hallados, evaluar el efecto de las intervenciones y crear las condiciones necesarias para la integración entre farmacia comunitaria y atención primaria. Dado que las farmacias comunitarias ya están formalmente reconocidas dentro del sistema sanitario y mapeadas en el mismo marco organizativo que los centros de salud, el plan aprovecha esta estructura existente para fortalecer la colaboración y optimizar el uso de los recursos disponibles. Por ejemplo, al estar organizadas en las mismas zonas básicas de salud que atención primaria, se facilita la coordinación estructurada y la participación de las farmacias en iniciativas conjuntas, como campañas de salud pública.

Para lograrlo, el plan se implementará por fases, comenzando con una fase piloto en un número reducido de centros, con al menos un centro de salud y las farmacias comunitarias de su zona básica de salud, aprovechando la organización sanitaria de la Comunidad Valenciana. A partir de esta fase inicial, se llevará a cabo un proceso de evaluación que combinará métricas cuantitativas y percepciones cualitativas de los profesionales implicados, con el objetivo de analizar la viabilidad de las intervenciones y detectar posibles ajustes. Con base en estos

resultados, el plan será revisado y refinado antes de proceder a su expansión gradual.

Dado su carácter dinámico, el plan evolucionará conforme se recopilen datos y se incorporen las lecciones aprendidas, asegurando su adaptación a los cambios del sistema sanitario y las necesidades de los pacientes.

La siguiente fase consistirá en un estudio piloto para evaluar su viabilidad y aceptación, lo que permitirá introducir mejoras antes de su implementación a mayor escala. El próximo capítulo detallará su diseño y desarrollo, marcando la transición de la fase exploratoria a la práctica real.

7. Objetivo 4. Aplicación inicial del plan de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria mediante un estudio piloto

El desarrollo del plan de integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria ha sido el resultado de un proceso progresivo basado en la combinación de revisiones de la literatura, que proporcionaron una base científica y teórica, y estudios cualitativos (grupos focales, entrevistas semiestructuradas y grupo nominal) con profesionales sanitarios, que aportaron una perspectiva pragmática sobre la realidad de la situación en España.

A través de estas revisiones, se identificaron once componentes clave para la integración. Sin embargo, el análisis cualitativo evidenció que no era factible abordar todos estos componentes simultáneamente. Por ello, en base a las opiniones de los *stakeholders*, se seleccionaron tres de las siete intervenciones propuestas, priorizando aquellas que permitieran avanzar de manera progresiva en el proceso de integración.

Este enfoque dio lugar a un modelo temporal de integración, diseñado para implementarse de forma escalonada y adaptarse a las necesidades y limitaciones del sistema sanitario. Para ello, en este objetivo se presenta la aplicación inicial del plan de integración a través de un estudio piloto de intervención. Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la viabilidad y aceptabilidad del plan de integración, analizando su implementación en un entorno real. También ofrece información inicial sobre el efecto de la intervención y permite estimar el tamaño muestral necesario para futuros estudios con potencia estadística adecuada. La implementación de este piloto representa un paso intermedio entre la planificación teórica y la expansión estructurada del modelo en la práctica. Sus resultados proporcionarán información para ajustar el plan de integración antes de su expansión a mayor escala, garantizando que el plan sea operativo, sostenible y esté alineado con las necesidades del sistema sanitario y de los profesionales involucrados.

Material y método

Diseño del estudio

Se implementó un estudio piloto de intervención (figura 21) basado en un enfoque de métodos mixtos, cualitativo y cuantitativo, siguiendo las recomendaciones metodológicas de Thabane & Lancaster para estudios de viabilidad no aleatorizados, en línea con la *CONSORT extension for pilot and feasibility trials*.¹⁷⁰ Se seleccionó un diseño pre-post sin grupo control para evaluar la implementación sin necesidad de comparación con un grupo sin intervención. Se priorizó la medición de indicadores de proceso para analizar la aplicación del modelo temporal en un entorno real.



Figura 21. Línea temporal del estudio piloto

Las tres intervenciones que afectan a los componentes del modelo temporal serán definidas a partir de un proceso de codiseño con los profesionales implicados, tomando como base los hallazgos de los estudios cualitativos previos. Las intervenciones incluyeron: (1) el establecimiento de un canal de comunicación bidireccional entre farmacia comunitaria y centro de salud para la gestión de incidencias; (2) la implementación de un protocolo común de actuación clínica y farmacéutica; y (3) la realización de reuniones interprofesionales periódicas entre profesionales de ambos niveles asistenciales. Las tres intervenciones se definieron siguiendo la guía TIDieR (*Template for Intervention Description and Replication*),¹⁷¹ asegurando su replicabilidad en estudios posteriores (anexo V).

El estudio se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2024 en tres zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana —una por provincia (Alicante, Castellón y Valencia)— seleccionadas por su diversidad estructural, ubicación geográfica y disposición a participar.

Reclutamiento

El estudio piloto se llevó a cabo en la Comunidad Valenciana, en el marco del convenio firmado con el Consejo de Colegios Oficiales Farmacéuticos de Valencia y la Fundación Hefame. La selección de los participantes se realizó en colaboración con estas instituciones, designándose un representante por cada una para coordinar el reclutamiento de profesionales de atención primaria y farmacéuticos comunitarios dentro de la misma zona básica de salud respetando la estructura del mapa sanitario de la Comunidad Valenciana (figura 22).



Figura 22. Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana y zonas básicas de salud de los participantes.

Adaptado de Levante-EMV¹⁷²

El reclutamiento fue común para las tres intervenciones previstas donde los COF fueron responsables de contactar a los coordinadores de los centros de salud mediante llamadas telefónicas, incluyendo en el estudio aquellos cuyos equipos mostraron interés en participar. La selección de farmacias comunitarias se realizó de manera similar, en colaboración con los COF y la Fundación Hefame, invitando a aquellas ubicadas en la misma zona básica de salud del centro de salud correspondiente. No se establecieron criterios de exclusión adicionales, más allá de la falta de interés o disponibilidad durante el proceso de invitación.

Los coordinadores médicos de los cuatro centros de salud inicialmente seleccionados y los 46 farmacéuticos comunitarios de sus respectivas zonas básicas de salud recibieron una invitación formal emitida por el Consejo de Colegios Oficiales Farmacéuticos de Valencia (anexo VI), convocándolos a la presentación oficial del proyecto, que tuvo lugar el 6 de mayo de 2024 en el MICOV de Valencia. Durante el evento, se presentó la hoja de ruta con las intervenciones a implementar, los objetivos y la metodología del estudio, además de ofrecer un espacio para aclarar dudas.

Un total de 21 personas asistieron, incluyendo representantes del Gobierno Valenciano en materia de sanidad, directivos de colegios farmacéuticos y de atención primaria, así como coordinadores de centros de salud, médicos, enfermeros y farmacéuticos comunitarios. Para garantizar el acceso de todos los participantes, la sesión fue grabada y la presentación distribuida entre los participantes, incluyendo aquellas farmacias que no pudieron asistir en directo. Posteriormente, el equipo investigador realizó recordatorios y un seguimiento individualizado para resolver dudas y facilitar la incorporación de los profesionales al estudio.

Tras la presentación oficial, uno de los cuatro centros de salud inicialmente seleccionados decidió no continuar en el estudio debido a que ya estaban desarrollando un proyecto definido por ellos como similar, lo que generaba un posible solapamiento metodológico y conflicto de intereses, lo que supuso la baja de 15 farmacias de su zona básica de salud. Además, dos farmacias comunitarias de la provincia de Valencia declinaron participar por falta de interés en el proyecto.

Finalmente, el estudio incluyó tres centros de salud y 29 farmacias comunitarias (tabla 11):

Tabla 11. Características centros de salud y farmacias comunitarias participantes

Provincia	Departamento	Zona Básica de Salud	Tamaño centro de salud	Nº Farmacias participantes
<i>Alicante</i>	Torreveija	Guardamar del Segura	Pequeño (<5 médicos)	10/10
<i>Valencia</i>	Arnau de Vilanova-Llíria	La Pobla de Vallbona	Grande (<30 médicos)	6/8
<i>Castellón</i>	Castellón	Rafalafena	Mediano (>10 médicos)	13/13

Codiseño de las intervenciones

Diseño y planificación codiseño

Antes de la implementación de las intervenciones, se llevó a cabo un proceso de codiseño en las tres provincias, con el objetivo de establecer una línea de base cualitativa adaptando las intervenciones planteadas a las características organizativas y contextuales de cada zona básica de salud. Este proceso permitió recoger las valoraciones de los profesionales y ajustar la operatividad de las intervenciones en función de sus necesidades y recursos disponibles.⁸⁶

Las reuniones de codiseño se llevaron a cabo entre el 20 y el 22 de mayo de 2024 en formato presencial, con el fin de facilitar la interacción directa entre los participantes y favorecer una comprensión compartida del modelo de integración. Se organizó una única reunión por provincia, abordando en cada una de ellas las tres intervenciones previstas.

Participantes codiseño

Los profesionales fueron convocados por los COF de cada provincia, quienes enviaron una invitación formal (anexo VI) acompañada de la hoja de información del estudio, el consentimiento informado y una infografía explicativa sobre el modelo de integración. La participación incluyó a todos los farmacéuticos comunitarios previamente

reclutados y a profesionales de atención primaria de los centros de salud seleccionados.

Procedimiento codiseño

El desarrollo de las sesiones siguió una estructura similar a la utilizada en el estudio cualitativo previo, basada en técnicas de grupo focal.¹⁵¹ Durante las sesiones, se presentaron las intervenciones priorizadas, se identificaron barreras y facilitadores, y se realizaron ajustes operativos para su implementación. El equipo investigador elaboró un guion de temas (anexo VII) orientado a explorar aspectos prácticos de la aplicación de cada intervención, identificar barreras y facilitadores, y realizar ajustes operativos para su implementación. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 60 minutos y se llevaron a cabo en los centros de salud participantes de Castellón y Valencia, y en una farmacia comunitaria en la provincia de Alicante, en función de la disponibilidad y ubicación de los profesionales implicados.

Análisis de datos codiseño

Las reuniones fueron grabadas en audio, transcritas y analizadas mediante codificación temática, identificando patrones y categorías en relación con la viabilidad de las intervenciones.¹⁵²

Fase piloto

Durante la fase piloto (1 de noviembre - 6 de diciembre de 2024), se recogieron indicadores de proceso y comentarios cualitativos para analizar la aplicabilidad de cada intervención. Para garantizar la correcta implementación, se desarrollaron seis guías específicas y vídeos dirigidos a los farmacéuticos comunitarios y al personal de atención primaria de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia explicando los procedimientos, pasos a seguir y formato de registro de datos.

Los materiales formativos fueron enviados a los participantes el 29 de octubre de 2024. Posteriormente, se estableció un procedimiento de seguimiento que incluyó llamadas telefónicas los días 4 y 5 de noviembre de 2024 y correos electrónicos de recordatorio los días 14, 20 y 29 de noviembre de 2024 para resolver dudas y reforzar la

correcta aplicación de las intervenciones. A continuación, se describen las tres intervenciones implementadas, estructuradas siguiendo los elementos clave de la guía TIDieR para garantizar su claridad y replicabilidad.¹⁷¹

Intervención 1: Canal de comunicación bidireccional

Esta intervención responde a la necesidad de establecer un mecanismo ágil y formalizado para la comunicación de incidencias detectadas en farmacia comunitaria que afectan a la seguridad, efectividad o continuidad de los tratamientos. Este canal busca mejorar la coordinación entre niveles asistenciales en ausencia de sistemas compartidos de información clínica, facilitando el abordaje conjunto de situaciones clínicas relevantes.

Se estableció un procedimiento de comunicación que permitía a los farmacéuticos comunitarios notificar incidencias a los equipos de atención primaria mediante el canal acordado localmente (teléfono, correo electrónico o combinación). Las situaciones susceptibles de notificación incluían duplicidades terapéuticas, problemas con la posología, prescripciones inadecuadas o dudas sobre la indicación. Cada farmacia registraba la incidencia en una hoja estructurada e iniciaba la comunicación con el centro de salud.

La intervención fue implementada por los farmacéuticos comunitarios participantes en el piloto. La respuesta por parte del centro de salud podía ser gestionada por distintos profesionales según la situación (personal médico, de enfermería, farmacéutico de atención primaria o personal administrativo).

Evaluación mediante indicadores de proceso intervención 1

- Número total de incidencias reportadas por las farmacias comunitarias a los centros de salud.
- Localidad desde la que se reportó cada incidencia (Alicante, Valencia o Castellón).
- Medio de comunicación (teléfono o correo electrónico).
- Motivo y distribución de las incidencias reportadas según su motivo (anexo VIII), clasificadas según el sistema MEDAFAR.¹⁷³

- Origen de la incidencia, según si fue atribuida al centro de salud, al hospital, a ambos, o a otros actores.
- Número de comunicaciones necesarias para resolver la incidencia (una, dos, tres o más de tres).
- Profesional que resolvió la incidencia (médico de atención primaria, enfermería, farmacéutico de atención primaria, administrativo).
- Tiempo de respuesta desde la notificación hasta la resolución de la incidencia (categorías: <24h, 24-48h, 48-72h, >72h).
- Porcentaje de incidencias resueltas con éxito (clasificada en resuelta, no resuelta o no especificado).

Recogida de datos intervención 1

La recogida de datos fue realizada por los propios farmacéuticos comunitarios en el momento en que se producía la incidencia, con el fin de asegurar la fidelidad del registro. Las hojas (anexo IX) incluyeron campos estructurados y permitieron anotar observaciones adicionales. Para garantizar la confidencialidad, cada farmacia fue identificada mediante un código interno. La información clínica que pudiera compartirse con los centros de salud (por ejemplo, iniciales o DNI del paciente) no fue registrada por el equipo investigador.

Análisis de datos intervención 1

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas de cada indicador. Se analizaron los tiempos de respuesta, número de interacciones requeridas y perfiles profesionales implicados. Además, se aplicó análisis temático a los comentarios incluidos en las hojas de registro, con el fin de identificar patrones en los tipos de incidencias y en las dificultades encontradas.

Intervención 2: Estandarización del protocolo común

La segunda intervención consistió en la implantación de un protocolo común para la actuación coordinada entre farmacia comunitaria y atención primaria. Su objetivo fue alinear los criterios clínicos utilizados por ambos niveles asistenciales, de modo que los farmacéuticos comunitarios pudieran aplicar los mismos parámetros

que los equipos de atención primaria tanto en el seguimiento de pacientes como en la identificación de casos que requerían derivación.

El protocolo fue aplicado por los farmacéuticos comunitarios en el seguimiento de pacientes, permitiendo detectar casos que requerían valoración en el centro de salud y documentar la actuación realizada.

Evaluación mediante indicadores de proceso intervención 2

- Número total de pacientes atendidos en farmacias comunitarias bajo el protocolo.
- Distribución semanal de los pacientes atendidos por provincia.
- Número total de derivaciones a atención primaria según los criterios establecidos del protocolo.
- Número de comunicaciones adicionales realizadas con el centro de salud.

Recogida de datos intervención 2

Cumplimentación de hojas de registro (anexo IX) por parte de los farmacéuticos comunitarios, documentando las derivaciones y su seguimiento.

Análisis de datos intervención 2

El análisis se centró en la frecuencia y distribución de las derivaciones, así como en los tiempos de respuesta y motivos más comunes. Se utilizaron medidas descriptivas para caracterizar el proceso de implementación y detectar posibles patrones de uso o dificultades. Los comentarios adicionales incluidos por los profesionales en las hojas de registro fueron analizados mediante codificación temática para complementar la información cuantitativa con aportaciones cualitativas sobre la experiencia de uso del protocolo.

Intervención 3: Interacción profesional para el fortalecimiento del trabajo multidisciplinar

La tercera intervención consistió en la organización de reuniones periódicas entre profesionales de farmacia comunitaria y atención

primaria, con el objetivo de promover la interacción directa, compartir información clínica relevante y facilitar la toma de decisiones conjunta en relación con el uso de medicamentos. Esta estrategia pretendía reforzar la colaboración entre niveles asistenciales mediante espacios estructurados de encuentro profesional.

Las reuniones fueron definidas en el codiseño como un mecanismo flexible, adaptado a las dinámicas y disponibilidad de cada zona básica de salud. Su formato, frecuencia, ubicación y participantes concretos fueron establecidos localmente, siempre dentro del marco general de la intervención. Algunas reuniones se centraron en casos clínicos, otras en la resolución de incidencias compartidas, y otras en la revisión operativa del piloto.

Evaluación mediante indicadores de proceso intervención 3

- Número total de reuniones realizadas durante el período de implementación.
- Distribución geográfica, duración y localización de las reuniones.
- Número de asistentes por perfil profesional, diferenciando farmacéuticos comunitarios y profesionales de atención primaria
- Temas abordados en las reuniones, como protocolos, casos clínicos o incidencias de comunicación.
- Barreras y facilitadores identificados en las actas de las reuniones.
- Número de propuestas de mejora surgidas en las reuniones.

Recogida de datos intervención 3

La información relativa a las reuniones fue recogida mediante actas (anexo IX) cumplimentadas por un profesional designado en cada zona (farmacéutico comunitario o representante del centro de salud). No se registraron datos personales de los asistentes. Las actas fueron remitidas al equipo investigador para su análisis.

Análisis de datos intervención 3

Se realizó un análisis descriptivo de los indicadores definidos, incluyendo número y frecuencia de reuniones, distribución de

asistentes por perfil y temas tratados. Las observaciones adicionales recogidas en las actas fueron analizadas cualitativamente mediante codificación temática para identificar patrones en el contenido de las sesiones y en las dinámicas de interacción entre profesionales.

Instrumentos utilizados para evaluar el modelo temporal de integración

Dado que no se identificó una herramienta específica validada para medir la integración entre farmacia comunitaria y atención primaria, se optó por utilizar dos instrumentos validados ya aplicados en contextos similares:

El cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos, fue desarrollado por Nuño-Solinís et al.,¹⁷⁴ y ha sido utilizado en estudios previos de integración en el sistema de salud vasco, Osakidetza.¹⁷⁵ Evalúa el grado de colaboración entre profesionales sanitarios a través de 10 ítems organizados en cuatro dimensiones, basadas en el modelo de D'Amour et al.¹⁷⁶ Cada ítem se valora mediante una escala Likert de 5 puntos, que permite medir el grado de desarrollo de cada aspecto evaluado. Las dimensiones incluidas son:

- **Objetivos y visión compartidos (2 ítems):** Evalúa la existencia de metas comunes entre la farmacia comunitaria y la atención primaria, así como su grado de alineación estratégica en la atención al paciente.
- **Internalización (2 ítems):** Mide el conocimiento mutuo entre profesionales, la confianza en la competencia de sus colegas y el sentido de pertenencia al equipo colaborativo.
- **Gobernanza (4 ítems):** Incluye aspectos como la existencia de liderazgo compartido, directrices estratégicas, apoyo a la innovación y mecanismos que faciliten la conectividad entre profesionales.
- **Formalización (2 ítems):** Evalúa la existencia de herramientas estructuradas que faciliten la colaboración, tales como

protocolos asistenciales y sistemas de intercambio de información.

Physician-Pharmacist Collaboration Index (PPCI) fue desarrollado por Zillich et al.,¹⁷⁷ y también ha sido utilizado en investigaciones centradas en la integración entre médicos y farmacéuticos.^{178,179} Mide la colaboración entre médicos y farmacéuticos a través de 14 ítems agrupados en tres dimensiones principales. Cada ítem se valora mediante una escala Likert de 7 puntos, donde 1 indica *totalmente en desacuerdo* y 7 indica *totalmente de acuerdo*.^{114,178} Las dimensiones incluidas son:

- Fiabilidad (6 ítems): Evalúa el nivel de confianza entre médicos y farmacéuticos en términos de competencia profesional, comunicación y expectativas compartidas.
- Percepción del Rol (5 ítems): Analiza el grado de acuerdo sobre las responsabilidades y funciones de cada profesional dentro del equipo de atención.
- Iniciación de la Relación (3 ítems): Mide la predisposición de cada parte a establecer y fortalecer la colaboración interprofesional.

Ya que la versión original del PPCI fue desarrollada en inglés, se realizó un proceso de traducción transcultural para su adaptación al español, siguiendo las directrices metodológicas estándar de Wild et al.¹⁸⁰ Este proceso incluyó traducción directa por un bilingüe, traducción al inglés de nuevo, revisión por un comité de expertos y prueba piloto en una muestra reducida de profesionales para garantizar la equivalencia conceptual y la adecuación cultural.

Estos instrumentos (anexo X) se seleccionaron porque ofrecen dominios que pueden alinearse, al menos teóricamente, con las intervenciones y los componentes de integración. La figura 23 representa esta alineación entre las intervenciones del piloto, los componentes de integración y las dimensiones evaluadas en los cuestionarios.

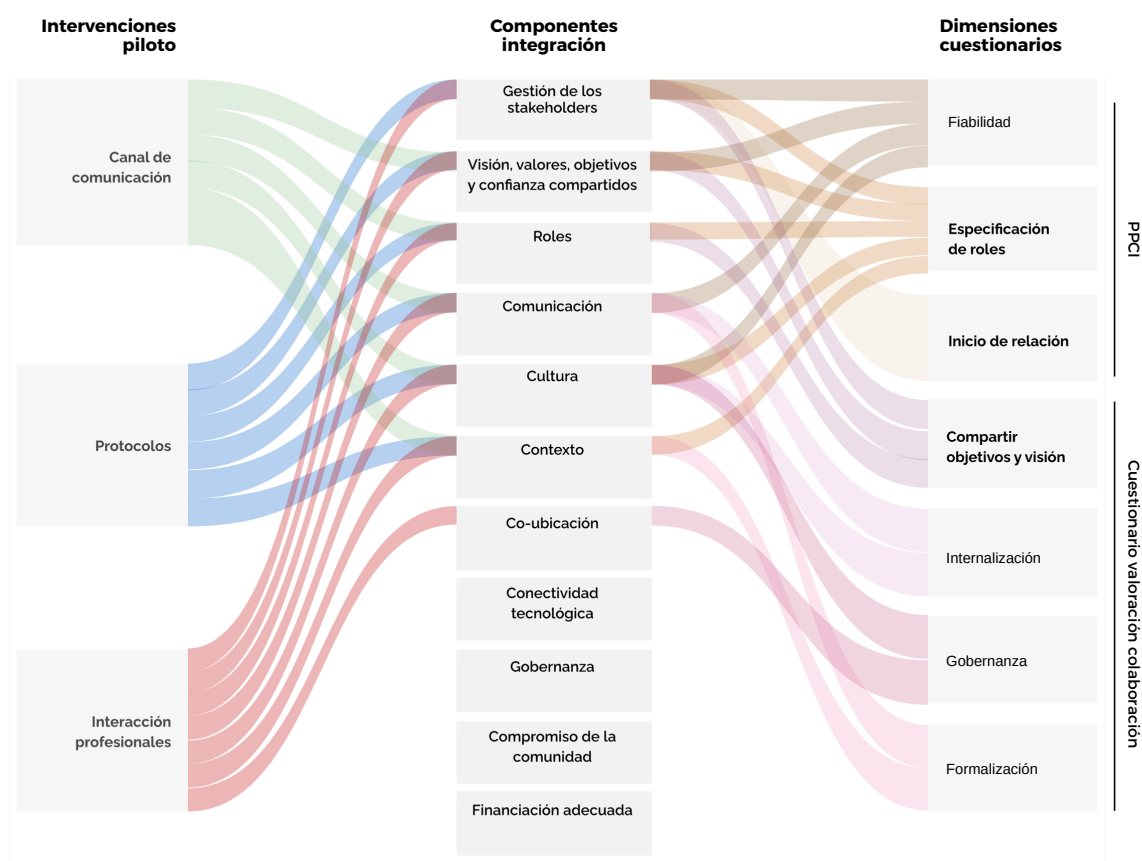


Figura 23. Diagrama de Sankey. Hipótesis sobre la relación entre el modelo temporal y las dimensiones de los cuestionarios

Hasta ahora no era posible medir de forma directa dichos componentes, por lo que se ha partido del modelo temporal para establecer un mapeo conceptual con los dominios incluidos en los instrumentos seleccionados. La hipótesis subyacente es que las intervenciones del piloto pueden contribuir al desarrollo de determinados componentes del modelo, y que estos se verán reflejados en las dimensiones de los cuestionarios. Esta vinculación teórica justifica su uso como herramientas de medida en el presente estudio.

Recogida de datos

Los cuestionarios fueron distribuidos en formato digital mediante Google Forms y en PDF a través de correo electrónico. Se enviaron 32 cuestionarios: 29 dirigidos a los farmacéuticos comunitarios titulares que participaban en el piloto, y uno a cada coordinador de los centros de salud implicados, para su distribución interna entre los

profesionales del equipo. Los cuestionarios se administraron en dos momentos:

- Preintervención (línea de base): Se enviaron el 29 de octubre de 2024, con un plazo de respuesta de dos semanas (hasta el 12 de noviembre de 2024). Para reforzar la participación, se enviaron dos recordatorios: el primero el 1 de noviembre de 2024 por correo electrónico y el segundo el 5 de noviembre de 2024, acompañado de llamadas telefónicas dirigidas a los centros con menor tasa de respuesta.
- Posintervención: Se enviaron el 10 de diciembre de 2024, con un plazo de respuesta de dos semanas (hasta el 24 de diciembre de 2024). Se programaron recordatorios el 17 y 21 de diciembre de 2024.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes en todo el proceso, asegurando que la información recopilada no permitiera su identificación.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y comparativa. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) para cada dimensión e indicador de los cuestionarios. Para evaluar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el periodo pre y posintervención, se aplicaron pruebas de comparación de medias.

Dado que los cuestionarios fueron anónimos y no fue posible emparejar las respuestas individuales recogidas en la fase preintervención ($n=48$) con las de la fase posintervención ($n=19$), el cálculo se realizó considerando muestras independientes. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes y se estableció un nivel de significación estadística de $p<0,01$. Este análisis fue validado por un estadístico.

Para el cálculo del tamaño del efecto (Cohen's d) y la estimación del tamaño muestral necesario para un futuro estudio principal, se utilizaron fórmulas estándar para muestras independientes y un análisis de potencia estadística.¹⁸¹ El valor de d obtenido se empleó como base para estimar el tamaño muestral requerido, garantizando una potencia del 80 % ($1-\beta=0,80$) con un nivel de significación de $\alpha =$

0,05. Este procedimiento permite reducir el riesgo de error tipo II y asegurar la detección de diferencias relevantes en fases posteriores del estudio.

Entrevistas semiestructuradas posintervención

Tras la finalización del piloto, se realizaron entrevistas semiestructuradas desde el 18 de diciembre de 2024 al 9 de enero de 2025, con el objetivo de explorar la percepción de los participantes sobre las intervenciones implementadas y evaluar su impacto en la práctica diaria.

Selección de participantes entrevistas semiestructuradas posintervención

Se empleó un muestreo intencional¹⁵⁶ para seleccionar a los participantes, garantizando la representación de distintos perfiles profesionales (farmacéuticos comunitarios, médicos y enfermería de atención primaria).

Guion entrevistas semiestructuradas posintervención

El guion de las entrevistas (anexo XI) incluyó preguntas orientadas a evaluar el impacto de las intervenciones, explorando cómo el canal de comunicación, el protocolo común y las reuniones interprofesionales influyeron en la práctica clínica. Se solicitó a los participantes que proporcionaran ejemplos concretos de cambios observados. También se abordaron aspectos que requieren mejora, analizando las dificultades y desafíos encontrados durante la implementación. Finalmente, se exploró la experiencia de integración interprofesional, examinando los beneficios percibidos y los principales obstáculos identificados.

Recogida de datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas telefónicas con farmacéuticos comunitarios, médicos, enfermeros y coordinadores de centros de salud. Para los participantes que no pudieron o no desearon realizar la entrevista telefónica, se ofreció la posibilidad de

enviar sus respuestas por escrito a través de correo electrónico. Estos comentarios fueron considerados como material cualitativo complementario y se integraron en el análisis. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento de los participantes y posteriormente transcritas de forma íntegra para su análisis.

Análisis de datos

Se utilizó un enfoque cualitativo basado en el análisis temático, siguiendo el mismo procedimiento metodológico descrito en el objetivo 3. Todo el material recogido —tanto las entrevistas como los comentarios enviados por correo electrónico— fue codificado aplicando las seis fases establecidas por Braun y Clarke,¹⁶¹ con el apoyo del software NVivo®.¹⁶⁰ Asimismo, se siguieron los criterios COREQ para garantizar la transparencia y el rigor metodológico.¹⁶²

Consideraciones éticas

El protocolo del estudio piloto obtuvo la aprobación de los comités éticos de la Universidad de Granada (5 de febrero, ref. 3652/CEIF/2023) y de la Junta de Andalucía (referencia: SICEIA-2024-000797), disponibles en el anexo IV.

Resultados

Codiseño de las intervenciones

Un total de 37 profesionales participaron en las reuniones de codiseño: 29 farmacéuticos comunitarios, es decir, todos los que habían aceptado participar en el estudio, y ocho profesionales de atención primaria. En Alicante asistieron el coordinador del centro de salud y una enfermera; en Valencia, el director de atención primaria, una farmacéutica de atención primaria, el coordinador de enfermería y la coordinadora del centro de salud; y en Castellón, el coordinador del centro de salud y una médica de atención primaria responsable de docencia.

Como resultado del proceso de codiseño, se establecieron adaptaciones específicas para cada intervención en función del contexto y necesidades de cada provincia (figura 24):

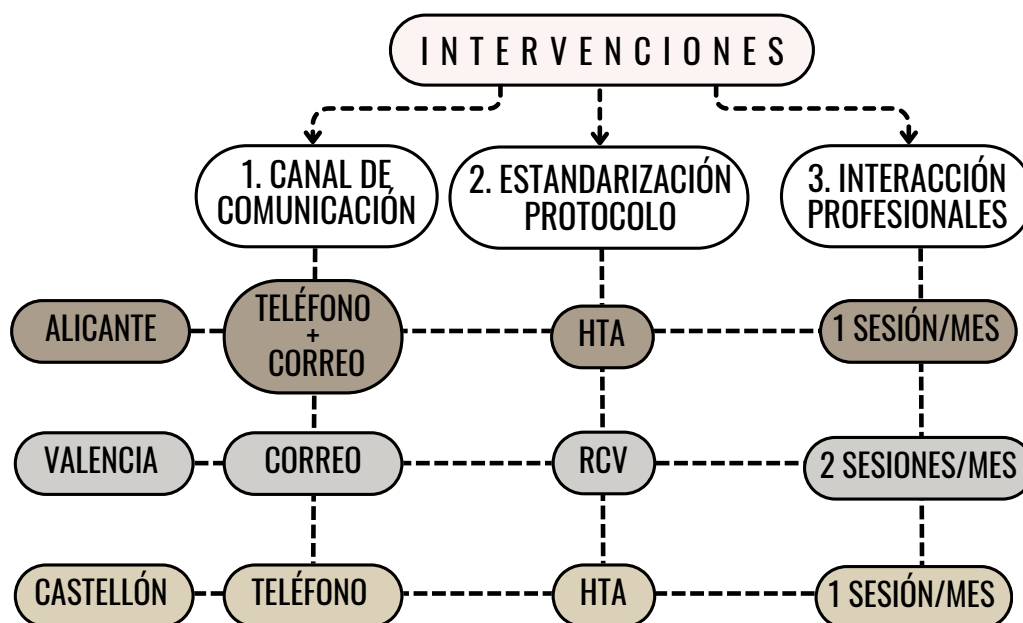


Figura 24. Adaptación de las intervenciones en las reuniones de codiseño por los *stakeholders*

- Se establecieron canales de comunicación bidireccional adaptados en cada provincia: teléfono y correo electrónico en Alicante, correo electrónico en Valencia y llamadas telefónicas en Castellón

- La estandarización del protocolo se centró en hipertensión arterial (HTA) en Alicante y Castellón, y en riesgo cardiovascular (RCV) en Valencia, según las objetivos clínicos locales.
- La interacción entre profesionales adoptó un enfoque flexible en cuanto a lugar, frecuencia y participantes, para facilitar la participación efectiva de los equipos de farmacia comunitaria y atención primaria.

Participación global de las farmacias comunitarias en el piloto

Durante el piloto se incluyeron 29 farmacias comunitarias, de las cuales 17 participaron en al menos una de las tres intervenciones. La tasa global de abandono fue del 41,4%. Por provincias, esta tasa fue del 60% en Alicante, 38,5% en Castellón, y 16,7% en Valencia (tabla 12).

Tabla 12. Implicación de las farmacias participantes en el piloto

Provincia	Int. 1	Int. 2	Int. 3	FC participantes	Tasa de abandono (%)
Alicante	1	2	4	4/10	60
Valencia	3	2	4	5/6	16.70
Castellón	4	6	5	8/13	38.50
Total	8	9	13	17/29	41.40

Abreviaturas: Farmacia Comunitaria (FC); Intervención (Int.)

Indicadores de proceso intervención 1: Canal de comunicación bidireccional

Durante el piloto, se registraron 26 incidencias por farmacéuticos comunitarios a los centros de salud (tabla 13).

Tabla 13. Resultados registro de comunicación

Variable	Categoría	Número	Porcentaje (%)
Localidad	<i>Alicante</i>	14	53.8

	<i>Valencia</i>	5	19.2
	<i>Castellón</i>	7	26.9
Medio de comunicación	<i>Teléfono</i>	23	88.5
	<i>Correo</i>	3	11.5
Tipo de incidencia	<i>Desabastecimiento</i>	10	38.5
	<i>Dosis/Posología</i>	7	26.9
	<i>Duplicidad</i>	2	7.7
	<i>Problema con dispositivo</i>	2	7.7
	<i>Otros</i>	5	19.2
Origen incidencia	<i>Centro de salud</i>	19	73.1
	<i>Hospital</i>	2	7.7
	<i>Centro de salud / Hospital</i>	1	3.8
	<i>Centro de salud / Otros</i>	2	7.7
	<i>No especifica</i>	2	7.7
Número de comunicaciones	<i>1 MAP</i>	20	76.9
	<i>2 MAP</i>	2	7.7
	<i>1 MAP P 1 ADM</i>	3	11.5
	<i>1 MAP 1 EAP</i>	1	3.8
Tiempo de respuesta	<i>< 24 horas</i>	12	46.2
	<i>24-48 horas</i>	2	7.7
	<i>48-72 horas</i>	1	3.8
	<i>> 72 horas</i>	4	15.4
	<i>No especificado</i>	7	26.9
Resolución de incidencias	<i>Resuelta</i>	18	69.2
	<i>No resuelta</i>	1	3.8
	<i>No especificado</i>	7	26.9
Quién resuelve	<i>MAP</i>	15	57.7
	<i>EAP</i>	2	7.7
	<i>No especificado</i>	9	34.6

Abreviaturas: MAP: Médico de Atención Primaria; EAP: Enfermería de Atención Primaria; ADM: Administrativo.

Estas incidencias se distribuyeron principalmente en Alicante, seguidas de Castellón y Valencia. Las incidencias más frecuentes estuvieron relacionadas con desabastecimientos y errores en la dosis o posología. En casi la mitad de los casos, la respuesta se produjo en menos de 24 horas y en más de dos tercios la incidencia fue resuelta. Sin embargo, en una proporción relevante no se especificó ni el tiempo de respuesta ni el profesional que resolvió la situación.

Indicadores de proceso intervención 2: Estandarización de protocolos

La tabla 14 presenta el número de pacientes atendidos mediante el protocolo clínico en cada una de las farmacias participantes, así como el número de derivaciones clínicas y comunicaciones realizadas durante el piloto. Participaron nueve farmacias comunitarias de las tres provincias incluidas en el estudio: dos en Alicante, una en Valencia y seis en Castellón.

Tabla 14. Resultados registro protocolo

Código FC	Provincia	Número pacientes	Derivaciones	Comunicaciones
006	Alicante	33	6	0
010	Alicante	1	1	1
012	Valencia	2	1	0
018	Castellón	10	2	2
021	Castellón	1	1	0
022	Castellón	25	3	0
023	Castellón	3	0	0
025	Castellón	16	1	0
029	Castellón	35	0	0

Indicadores de proceso intervención 3: Interacción profesional para el fortalecimiento del trabajo multidisciplinar

Se llevaron a cabo tres reuniones entre profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria, una en cada provincia participante (tabla 15).

Tabla 15. Características reuniones durante el piloto

Provincia	Lugar	Fecha	Duración sesión	Asistentes	
				FC	AP
Alicante	Farmacia ULM San	26/11/2024	1 hora	8	2

	Fulgencio				
Valencia	Centro de Salud La Pobla de Vallbona	28/11/2024	1 hora	6	20
Castellón	Centro de Salud Rafalafena	02/12/2024	1 hora	6	18

Abreviaturas: FC: Farmacéuticos Comunitarios; AP: Profesionales de Atención Primaria

El análisis temático de las actas permitió agrupar los contenidos emergentes en tres categorías: barreras, facilitadores y propuestas de mejora.

01. Barreras

- Falta de respuesta a las incidencias: En Alicante, los farmacéuticos señalaron que no siempre recibían feedback sobre las consultas enviadas a los médicos. En Valencia, el uso exclusivo del correo electrónico para la comunicación fue identificado como una barrera para la resolución rápida de incidencias.
- Limitada participación de algunos profesionales: En Castellón, se discutió la necesidad de incluir a enfermería en el proceso de integración, especialmente en la gestión de problemas relacionados con el seguimiento del paciente.
- Dificultades en la comunicación administrativa: En Alicante, algunas farmacias tenían pacientes vinculados a un segundo centro de salud, lo que generaba dificultades en la coordinación.
- Problemáticas en SPD y prescripciones: En Valencia, se revisaron casos prácticos relacionados con SPD, identificando dificultades como falta de información sobre posología, finalización de prescripciones y fármacos con múltiples principios activos. Estas discusiones ayudaron a sensibilizar a los profesionales del centro de salud sobre las dificultades operativas de las farmacias y llevaron a consensuar soluciones inmediatas.

02. Facilitadores

- Participación en sesiones clínicas: En Castellón, los farmacéuticos fueron invitados formalmente a participar en las sesiones clínicas del centro de salud, con la posibilidad de impartir formación en temas de interés.
- Propuestas para ampliar protocolos: En Castellón, además del protocolo común de HTA, se discutió la necesidad de incluir nuevas patologías frecuentes, como tos persistente y vómitos.
- Manejo de pacientes y casos compartidos: En Alicante y en Valencia, todos los asistentes confirmaron que entendían el protocolo y su aplicación. Además, en Castellón, los farmacéuticos compartieron casos recientes, como la derivación de pacientes con valores elevados de presión arterial al centro de salud y su posterior resolución.

03. Estrategias propuestas para optimizar la integración

Se identificaron al menos seis propuestas de mejora a lo largo de las tres reuniones, orientadas a optimizar la integración entre niveles asistenciales.

- Implementar canales de comunicación adaptados: En Valencia se estableció un modelo híbrido que combina correo electrónico para incidencias no urgentes con un móvil corporativo para resolver problemas urgentes. En Alicante se propuso la creación de un correo administrativo adicional para mejorar la comunicación con un segundo centro de salud.
- Incluir a enfermería en el proceso de integración: En Castellón se planteó incorporar a profesionales de enfermería, especialmente en el seguimiento clínico de los pacientes.
- Fomentar la participación en sesiones clínicas: En Castellón se formalizó la invitación a los farmacéuticos comunitarios para participar en las sesiones clínicas del centro de salud.
- Potenciar la formación interprofesional: Se sugirió que los farmacéuticos pudieran impartir formación en áreas específicas como ortopedia y dermofarmacia.

- Ampliar los protocolos a nuevas patologías: Se propuso desarrollar nuevos protocolos para abordar problemas clínicos frecuentes en farmacia comunitaria, como tos persistente o vómitos.
- Consolidar la aplicación del protocolo existente: En Alicante y Valencia los profesionales reafirmaron su conocimiento del protocolo actual y compartieron experiencias positivas de su uso, lo que refuerza la necesidad de consolidarlo como práctica habitual.

Evaluación de la integración mediante cuestionarios pre y posintervención

Características de la muestra encuestada

En la fase preintervención, 48 profesionales completaron el cuestionario: 38 farmacéuticos comunitarios (de los cuales 17 eran titulares y 21 adjuntos) y 10 profesionales de atención primaria. La tasa de respuesta posintervención fue del 39,6% ya que el número de respuestas disminuyó a 19 participantes: 14 farmacéuticos comunitarios (nueve titulares y cinco adjuntos) y cinco profesionales de atención primaria. Por provincias, Alicante concentró el mayor número de respuestas, seguida de Valencia y Castellón. (tabla 16).

Tabla 16. Características sociodemográficas de la muestra de encuestados preintervención y posintervención

Variable		Preintervención			Posintervención		
		FC	AP	TOTAL	FC	AP	TOTAL
Número de participantes		38	10	48	14	5	19
Lugar de trabajo	Alicante	18	2	20	4	2	6
	Valencia	12	6	18	6	1	7
	Castellón	8	2	10	4	2	6
Edad (promedio)		44,90	49	45,75	47,70	56,80	50,10
Sexo	Hombre	14	1	15	5	2	7

	Mujer	24	9	33	9	3	12
Años trabajados (promedio)		18,90	14,90	18,04	21,28	26	22,52

Abreviatura: FC: Farmacéutico Comunitario; AP: Profesionales de Atención Primaria

Cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos

La tabla 17 muestra los resultados del cuestionario sobre la colaboración entre profesionales clínicos pre y post-piloto, con las medias y desviaciones estándar de cada ítem y su dimensión como comparación descriptiva.

Tabla 17. Resultados del cuestionario valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención antes y después del piloto

Dim.	Ítem	Pre. (n=48) (Media ± DE)	Pos. (n=19) (Media ± DE)	Dim.Pre. (Media ± DE)	Dim.Pos. (Media ± DE)
Objetivos compartidos y visión	1. Objetivos comunes	2,50 ± 1,29	3,63 ± 0,76	2,74 ± 1,04	3,17 ± 0,67
	2. Orientación al paciente	2,98 ± 1,30	3,95 ± 0,85		
Internalización	3. Conocimiento mutuo	2,27 ± 1,11	3,26 ± 0,81	2,58 ± 0,93	3,52 ± 0,54
	4. Confianza	2,90 ± 1,06	3,79 ± 0,63		
Gobernanza	5. Directrices estratégicas	1,88 ± 0,94	2,58 ± 1,26	2,14 ± 0,78	2,96 ± 0,64
	6. Liderazgo compartido	1,79 ± 0,94	2,63 ± 0,83		
	7. Apoyo a la innovación	2,90 ± 1,20	3,58 ± 0,77		
	8. Espacios de encuentro	2,02 ± 0,93	3,05 ± 1,03		
Formalización	9. Protocolización	1,90 ± 0,86	3,16 ± 0,76	1,96 ± 0,80	3,08 ± 0,65
	10. Sistema de información	2,02 ± 1,02	3,00 ± 0,88		

Nota: Los valores corresponden a la media ± desviación estándar (DE). Se indican los resultados para cada ítem y el promedio total por dimensión, antes y después de la intervención. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación pre y posintervención en todas las dimensiones analizadas ($p < 0,01$; prueba t para muestras independientes). Abreviaturas: Preintervención (Pre); Posintervención (Pos); Dimensión (Dim).

Las dimensiones con mayor aumento fueron formalización (de 1,96 a 3,08) e internalización (de 2,58 a 3,52), mientras que la menor variación se observó en objetivos compartidos y visión (de 2,74 a 3,17).

Cuestionario PPCI

La tabla 18 presenta los resultados del cuestionario PPCI antes y después del piloto, con las medias y desviaciones estándar de cada ítem y su dimensión como comparación descriptiva.

Tabla 18. Resultados del cuestionario PPCI antes y después del piloto

Dim.	Ítem	Pre. (n=48) (Media $\pm$ DE)	Pos. (n=19) (Media $\pm$ DE)	Dim.Pre. (Media $\pm$ DE)	Dim.Pos. (Media $\pm$ DE)
Fiabilidad	1. Credibilidad del farmacéutico	5,29 $\pm$ 1.52	6,47 $\pm$ 0.61	4,66 $\pm$ 1,51	6,18 $\pm$ 0,56
	2. Experiencia del farmacéutico	5,42 $\pm$ 1.57	6,63 $\pm$ 0.50		
	3. Confianza en el farmacéutico	5,06 $\pm$ 1.67	6,42 $\pm$ 0.69		
	4. Comunicación bidireccional	3,25 $\pm$ 2.12	5,26 $\pm$ 1.66		
	5. Intención de colaboración	5,23 $\pm$ 1.85	6,47 $\pm$ 0.61		
	6. Comunicación abierta	3,69 $\pm$ 2.13	5,84 $\pm$ 0.96		
Especificación de Roles	7. Negociación en gestión farmacológica	2,94 $\pm$ 1.99	4,63 $\pm$ 1.50	4,17 $\pm$ 1,53	5,25 $\pm$ 1,27
	8. Dependencia mutua	4,35 $\pm$ 2.14	5,63 $\pm$ 1.38		
	9. Manejo de desacuerdos	3,96 $\pm$ 1.92	5,53 $\pm$ 1.22		
	10. Necesidad mutua	5,31 $\pm$ 1.89	5,47 $\pm$ 1.68		
	11. Dependencia del farmacéutico	4,27 $\pm$ 2.31	5,00 $\pm$ 1.91		
Inicio de la relación	12. Dedicación para mejorar la atención	4,33 $\pm$ 1.97	5,32 $\pm$ 1.45	4,60 $\pm$ 1,75	5,84 $\pm$ 0,91
	13. Interés en mejorar la práctica	4,73 $\pm$ 1.91	6,00 $\pm$ 0.81		

Nota: Los valores corresponden a la media $\pm$ desviación estándar (DE). Se indican los resultados para cada ítem y el promedio total por dimensión, antes y después de la intervención. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación pre y posintervención en todas las dimensiones analizadas ($p < 0,01$;

prueba t para muestras independientes). Abreviaturas: Preintervención (Pre); Posintervención (Pos); Dimensión (Dim).

Todas las dimensiones mostraron incrementos en la media tras la intervención. La mayor diferencia se dio en la dimensión fiabilidad (de 4,66 a 6,18), seguida de inicio de la relación (de 4,60 a 5,84) y especificación de roles (de 4,17 a 5,25).

Cálculo del tamaño muestral a partir del estudio piloto

El análisis del tamaño del efecto mostró una magnitud moderada en el cuestionario PPCI ($d=0,60$) y un efecto grande en el cuestionario de colaboración interprofesional ($d=0,80$). Para el cálculo del tamaño muestral del estudio principal, se utilizó el tamaño del efecto más conservador ($d=0,60$), estimando que serían necesarios al menos 45 participantes por grupo para detectar diferencias significativas con una potencia del 80 % y $p<0,05$.

Relación entre los resultados de los cuestionarios y el modelo temporal de integración

La tabla 19 resume las correspondencias observadas entre los componentes del modelo y las dimensiones de los cuestionarios utilizados, junto con los incrementos cuantificados para cada una de ellas.

Tabla 19. Resultados relación modelo temporal con dimensiones cuestionarios integración

Componente integración	Dim. cuestionario	Pre. (Media $\pm$ DE)	Pos. (Media $\pm$ DE)	Incremento
Gestión de los stakeholders	Inicio de la relación	4.60 $\pm$ 1,75	5.84 $\pm$ 0,91	1,24
	Fiabilidad	4,66 $\pm$ 1,51	6,18 $\pm$ 0,56	1,52
Visión, valores y objetivos compartidos	Objetivos compartidos y visión	2,74 $\pm$ 1,04	3,17 $\pm$ 0,67	0,43
	Especificación de roles	4.17 $\pm$ 1,53	5.25 $\pm$ 1,27	1,08
Roles	Objetivos compartidos y visión	2,74 $\pm$ 1,04	3,17 $\pm$ 0,67	0,43
	Especificación de roles	4.17 $\pm$ 1,53	5.25 $\pm$ 1,27	1,08
Comunicación	Internalización	2,58 $\pm$ 0,93	3,52 $\pm$ 0,54	0,94

	Formalización	1,96 ± 0,80	3,08 ± 0,65	1,12
	Fiabilidad	4,66 ± 1,51	6,18 ± 0,56	1,52
Cultura	Internalización	2,58 ± 0,93	3,52 ± 0,54	0,94
	Gobernanza	2,14 ± 0,78	2,96 ± 0,64	0,82
	Fiabilidad	4,66 ± 1,51	6,18 ± 0,56	1,52
Contexto	Internalización	2,58 ± 0,93	3,52 ± 0,54	0,94
	Especificación de roles	4,17 ± 1,53	5,25 ± 1,27	1,08
Co-ubicación	Gobernanza	2,14 ± 0,78	2,96 ± 0,64	0,82

Los valores corresponden a la media ± desviación estándar (DE). Se indican los resultados para cada dimensión, antes y después de la intervención. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación pre y posintervención en todas las dimensiones analizadas ($p < 0,01$; prueba t para muestras independientes). Abreviaturas: Preintervención (Pre); Posintervención (Pos); Dimensión (Dim).

Entrevistas semiestructuradas posintervención

La recogida de datos cualitativos incluyó once entrevistas semiestructuradas (media: 8 minutos) y diez aportaciones escritas recogidas por correo electrónico. Ambas fuentes se integraron en el análisis temático. Los entrevistados incluyeron farmacéuticos comunitarios, médicos, enfermeros y coordinadores de centros de salud. El análisis temático identificó cinco temas principales: comunicación, protocolos, reuniones, limitaciones del cuestionario y cambios percibidos tras las intervenciones.

01. Comunicación

La mayoría de los participantes destacaron limitaciones en la comunicación entre farmacias comunitarias y centros de salud, lo que dificultó la coordinación en la atención al paciente. Se identificaron problemas en el acceso a los profesionales sanitarios y en la utilización de los canales de comunicación disponibles.

Barreras en la comunicación: Algunos entrevistados mencionaron que la falta de acceso directo a los médicos y enfermeros generó ineficiencia y retrasos en la resolución de incidencias. En muchos casos, el correo electrónico no fue una herramienta útil debido a la falta de respuesta o a la demora en su lectura. Además, la disponibilidad horaria de los profesionales sanitarios (hasta las 14:00 h) fue una limitación adicional.

"Es difícil contactar. Muchas veces mandamos al paciente con la información y dejamos que lo gestione, porque la comunicación no es eficiente." (FC024)

"Lo que ocurre es que los correos siguen sin leerlos, y yo al final llamé a la coordinadora y así lo solucioné." (FC015)

"El problema más grande que teníamos era la comunicación por teléfono y que las cosas se resolvieran enseguida. Ahora lo que pasa es que solo podemos comunicarnos hasta las 2 de la tarde." (FC012)

"Estuve llamando 4 o 5 veces hasta que me cogieron el teléfono." (FC022)

"Lo único que no me gusta es el sistema de comunicación, porque debería ser más de tú a tú, no a través de un funcionario que parece que no saben de qué va" (FC023)

"No quiero perder tiempo. Hasta que no cambie la actitud del centro de salud, no quiero hacer nada." (FC024)

Falta de coordinación interprofesional: Algunos farmacéuticos indicaron que no recibieron respuesta a sus consultas o que la comunicación se realizó a través de intermediarios, lo que generó incertidumbre sobre la recepción y gestión de la información.

"Cuando llamé, me dijeron que pasaban el mensaje como un favor. Eso genera desconfianza porque no sabemos si la información llega como debería." (FC022)

"Al paciente le digo que llame al médico, es verdad que yo paso la pelota. Es egoísmo, del día a día, no puedo estar pendiente del médico." (FC028)

"No hemos conseguido pacientes. Tenemos más pacientes con el otro centro de salud." (FC023)

Ellos, los médicos, ¿Entienden que queremos interactuar con ellos? ¿O piensan que llamamos y ellos son los que solucionan todo?" (FC028)

Mejoras en la comunicación: Se sugirió establecer un canal de comunicación más estructurado, priorizando el teléfono en casos urgentes y el correo electrónico para consultas generales. También se propuso la creación de un sistema de avisos telemáticos desde la farmacia.

"El teléfono interno que tenemos para comunicarnos con el centro de salud ha sido una buena idea. Llamamos y dejamos el mensaje de la incidencia a la persona de administración, y el médico se pone en contacto con nosotros para resolver la consulta." (FC014)

"Creo que sería más útil un aviso telemático desde la farmacia, que les salga un aviso sobre el paciente: si se le acaba la medicación o no la toma bien, eso lo vemos todos los días." (FC028)

"La comunicación tendría que ser directa, lo mejor por teléfono, pero para no molestar al médico, a través de email. Eso sería lo ideal: pasarle los datos del paciente, explicándole "pasa esto y esto" y, si él se quiere poner en contacto conmigo por correo o teléfono, sin ningún problema." (FC022)

02. Aplicabilidad del protocolo en común

Si bien algunos participantes encontraron que el protocolo era claro y fácil de seguir, otros reportaron dificultades en su implementación debido a confusión en su aplicación y a limitaciones de tiempo y recursos.

"El protocolo lo vi y estaba bastante claro; es fácil." (FC006)

"Le pregunté a la administrativa sobre el protocolo tal cual estaba, y me respondió que no era así, que lo estaba haciendo mal." (FC022)

"El protocolo de HTA no lo pusimos en práctica. La gente que vino a tomarse la tensión fue de lo más normal." (FC021)

"No he registrado comunicaciones porque no he hecho ninguna"

llamada al centro de salud, no ha hecho falta. El protocolo tampoco porque hemos tenido mucho lío." (FC017)

"Ha sido un mes complicado con bajas de personal y con familia en Valencia, que hizo que empezara tarde. Han sido poquitos casos." (FC018)

03. Evaluación de las reuniones

Los participantes activos señalaron que estas sesiones ayudaron a fortalecer el equipo, resolver problemas y mantener una comunicación fluida.

"Los farmacéuticos siempre han sido y serán bienvenidos en caso de que quieran acudir a las sesiones." (MAP_Castellón)

"Conocer a los médicos y coordinadores fuera de nuestro ámbito de trabajo se quitan las barreras, se relaja el ambiente y vemos que somos un equipo." (EAP_Alicante)

"Con la reunión, los farmacéuticos hemos vuelto a coger confianza para trabajar con el centro de salud. Esto que has activado tú ha servido mucho." (FC029)

"Poner reuniones fijas puede ser complicado hacerlo, aunque si es necesario tratar temas, podemos hacerlo." (MAP_Valencia)

"Proponer reuniones semestrales para poner en común avances y retos podría ayudar mucho." (FC015)

Además, se propuso la figura de un referente de farmacia que centralice dudas y propuestas, y convoque reuniones únicamente cuando sea necesario, optimizando los recursos y el tiempo de los participantes.

"Sería conveniente tener un referente de farmacia para recoger dudas y propuestas, y convocar reuniones cuando sea necesario." (MAP_Valencia)

04. Limitaciones de los cuestionarios

Los cuestionarios fueron percibidos como largos y confusos por varios participantes. Se mencionó que algunas preguntas eran demasiado abstractas o con un lenguaje excesivamente técnico.

"El cuestionario es demasiado largo y algo complejo." (MAP_Castellón)

"Lo que no vi claro es el cuestionario porque todo era muy abstracto (...) las últimas preguntas parecen utópicas, los médicos no nos van a preguntar qué le vamos a dar al paciente." (FC015)

"Era un pelín farragoso, para mi gusto. Había preguntas que no sabía qué contestar, tampoco acababa de entender la profundidad del mensaje." (FC029)

05. Cambios percibidos tras las intervenciones

Varios participantes destacaron aspectos positivos del piloto. Se mencionó que la iniciativa ayudó a mejorar la integración entre farmacia comunitaria y atención primaria, facilitó la derivación de pacientes y contribuyó al establecimiento de objetivos comunes entre profesionales.

"Por ejemplo, hoy hemos tenido un paciente derivado de la farmacia de XXX con la tensión alta. Ponía que durante la medición le habían detectado una especie de arritmia. El paciente lo llevaba en mano, todo informado. Me parece muy bien." (EAP_Alicante)

"El proyecto nos ha permitido conocer mejor el funcionamiento del centro de salud y darnos cuenta de que tenemos objetivos comunes." (FC025)

"Tuvimos un caso urgente que resolvimos rápidamente gracias al protocolo de comunicación. La doctora respondió de inmediato cuando llamamos." (FC012)

"Enhorabuena por el proyecto porque es maravilloso y al menos funcionara para que nos vean." (FC023)

"¡Hay que trabajar en equipo, sí! Aquí nosotros hay cosas que no podemos hacer porque los sistemas no nos dejan, pero hablando y habiendo una comunicación, las cosas se facilitan para todos."
(MAP_Valencia)

Discusión

Hasta ahora, no se han documentado estudios que hayan implementado y evaluado un plan de integración de la farmacia comunitaria en atención primaria en España mediante un piloto pragmático y codiseñado con los actores implicados. Este trabajo busca priorizar soluciones organizativas concretas y evaluar su viabilidad en entornos reales, atendiendo a factores contextuales, estructurales y humanos.

Una de las características diferenciales del piloto fue su implementación alineada con el mapa sanitario de la Comunidad Valenciana. Este encaje territorial permitió asignar farmacias a sus centros de salud de referencia y planificar intervenciones en función de zonas básicas de salud, replicando la lógica de gestión del sistema público. Esta alineación estructural tiene un potencial importante de escalabilidad y sostenibilidad, al ser compatible con los flujos existentes del SNS. Sin embargo, esta estructura común no fue suficiente para garantizar una implementación homogénea.

El proceso de codiseño permitió adaptar las tres intervenciones a las necesidades y recursos de cada provincia, favoreciendo el compromiso inicial. En este contexto, una intervención sanitaria puede considerarse una innovación, ya que implica la introducción de nuevas ideas, enfoques, herramientas o estructuras organizativas que son percibidas como novedosas por un individuo o un grupo o unidad de adopción.¹⁸² Según Atun et al.,¹¹⁵ la adopción de innovaciones en los sistemas de salud está influenciada por la naturaleza y la complejidad de la innovación, la percepción de los *stakeholders*, las circunstancias contextuales y los factores del sistema de salud. En el piloto en la Comunidad Valenciana, la heterogeneidad territorial, las prioridades clínicas distintas entre equipos y la necesidad de ajustes locales mostraron que la aplicación uniforme del plan no era realista. Esta variabilidad refuerza lo observado en experiencias internacionales, donde los procesos de integración sostenibles requieren flexibilidad, autonomía local y un enfoque gradual, sin imponer modelos únicos.^{111,116,163}

Sin embargo, la participación durante la implementación fue menor de la prevista: aunque 29 farmacias fueron inicialmente incluidas, solo 17 llegaron a ejecutar alguna de las intervenciones. Esta disparidad

pone de manifiesto la diferencia entre compromiso inicial y adopción real, un fenómeno ampliamente descrito en la literatura sobre innovación organizativa.¹⁸² En este piloto, la falta de referentes activos y la sobrecarga¹⁸³ asistencial afectaron negativamente la implicación, especialmente en contextos donde la integración se percibió como una carga adicional más que como una oportunidad de mejora organizativa,^{32,183} tal como señalaron varios participantes en las entrevistas. En algunas zonas, la farmacia comunitaria no mantiene una relación estable con un único centro de salud, especialmente en entornos urbanos con flujo de pacientes diverso, por lo que el grado de cohesión territorial y la historia previa de colaboración entre los profesionales implicados son factores que considerar.

Además, es probable que el número y la simultaneidad de las intervenciones planificadas en el piloto —tres intervenciones distintas en un periodo de cinco semanas— hayan superado la capacidad de adaptación de muchos profesionales,¹⁸⁴ especialmente en ausencia de incentivos institucionales, tiempos protegidos o apoyo técnico continuado.^{185,186} Para futuros modelos temporales, se recomienda priorizar una única intervención inicial o escalonar las distintas acciones,¹²¹ permitiendo así una mayor asimilación por parte de los profesionales, y la co-creación de los planes con los equipos locales, incluyendo su feedback sobre tiempos y carga asistencial.¹⁸⁴

La primera intervención de canal de comunicación bidireccional entre farmacia comunitaria y atención primaria, concebido como una herramienta estructurada para la gestión compartida de incidencias clínicas y problemas relacionados con medicamentos, fue una de las intervenciones con menor grado de adopción. A pesar de haber sido consensuado y definido en las reuniones de codiseño, su uso fue muy limitado, con solo 26 incidencias registradas durante el periodo del piloto.

En primer lugar, la ausencia de interoperabilidad entre los sistemas de información de atención primaria y farmacia comunitaria imposibilitó la integración fluida del canal en los flujos de trabajo habituales. Sin una plataforma digital compartida, los profesionales recurrieron a medios informales, como el teléfono o el correo electrónico, que no garantizan trazabilidad, inmediatez ni registro sistemático.^{50,169} La literatura sobre integración en sistemas de salud identifica la conectividad tecnológica como un componente esencial, y su

ausencia no solo ralentiza los procesos,^{39,187} sino que refuerza la percepción de aislamiento profesional, dificultando el establecimiento de circuitos colaborativos sostenibles.³⁶

En segundo lugar, las entrevistas posintervención revelaron que muchos farmacéuticos prefirieron derivar directamente al paciente al centro de salud en lugar de utilizar el canal, anticipando que la respuesta sería tardía o poco resolutive, lo que apunta a falta de confianza en la reciprocidad del intercambio y en la utilidad del canal como vehículo real de colaboración clínica.¹⁸⁸

Además, las incidencias comunicadas se centraron mayoritariamente en aspectos logísticos, como problemas de suministro de medicamentos, más que en cuestiones clínicas complejas, una señal de que los farmacéuticos no percibieron el canal como un espacio legítimo para la toma de decisiones clínicas compartidas.¹⁸⁹ La falta de retroalimentación sistemática desde los equipos de atención primaria pudo haber reforzado esta percepción, debilitando aún más el ciclo comunicativo.¹⁸⁵ En varios registros no se indicó ni el tiempo de respuesta ni el profesional que resolvió la incidencia, y según las entrevistas, muchos participantes desconocían cómo se habían gestionado finalmente.

La segunda intervención de protocolos asistenciales consensuados entre farmacia comunitaria y atención primaria perseguía establecer un marco común de actuación clínica que favoreciera la continuidad asistencial y clarificara roles en el seguimiento de patologías crónicas. Solo nueve farmacias comunitarias registraron actividad asistencial vinculada a los protocolos durante el piloto, lo que evidencia una participación limitada y concentrada, ya que más del 80 % de los pacientes fueron atendidos en solo tres farmacias, una de ellas en Castellón con 35 registros. Este dato sugiere que, más allá del diseño del protocolo, existen barreras prácticas que dificultan su ejecución uniforme. No obstante, en aquellas farmacias que sí aplicaron el protocolo, especialmente en los territorios donde se optó por abordar la HTA, la intervención se llevó a cabo con mayor consistencia y volumen asistencial, alcanzando más de un centenar de pacientes incluidos. Este resultado puede atribuirse a la familiaridad del farmacéutico comunitario con esta patología, que ya forma parte de su práctica profesional habitual a través de servicios como la medición de presión arterial o el seguimiento de tratamientos antihipertensivos.

En cambio, el protocolo basado en estratificación del RCV, implementado en Valencia, tuvo una aplicación mínima, con solo dos pacientes incluidos.

La compatibilidad percibida de una intervención con la práctica profesional existente aumenta su probabilidad de adopción. Cuando el contenido del protocolo se alinea con competencias reconocidas y actividades previamente normalizadas, su incorporación en la rutina resulta más sencilla.³² Sin embargo, cuando implica asumir nuevas funciones clínicas, surgen dudas, resistencias y omisiones.

La falta de espacios para el seguimiento conjunto y la retroalimentación clínica tras la puesta en marcha de los protocolos pudo haber limitado su consolidación como práctica compartida.⁵⁰ Aunque los documentos estaban consensuados, la ausencia de revisión periódica de los casos, de resolución de dudas y de visibilidad de los resultados clínicos minó la sensación de utilidad y de pertenencia al proceso. Según estudios previos, incluso los protocolos mejor diseñados pueden fracasar si no se acompañan de una estrategia activa de implementación, formación y evaluación continua.^{25,190} La coordinación clínica no se genera automáticamente por la existencia de un protocolo; requiere ser construida progresivamente, con acompañamiento técnico, formación conjunta, reconocimiento mutuo, mecanismos de apoyo, espacios de diálogo entre profesionales y evidencias compartidas de su impacto.³⁹ En este sentido, su función como herramienta técnica debe estar respaldada por procesos relacionales y organizativos que garanticen su aplicación efectiva.

Por último, la tercera intervención de reuniones interprofesionales fue, la que mostró mayor aceptación y participación por parte de los profesionales con 13 farmacias y 40 profesionales de los centros de salud. Los participantes destacaron su utilidad para generar confianza, compartir casos clínicos, resolver dudas operativas y visualizar oportunidades de colaboración hasta entonces inexistentes.¹⁹⁰ Su éxito puede explicarse, en parte, porque ofrecía un espacio seguro, informal y bidireccional, en el que los distintos perfiles podían expresarse en igualdad de condiciones. Este resultado coincide con la literatura que identifica los espacios presenciales o la co-localización como componentes clave de la integración.^{33,189} Estudios previos han señalado que los encuentros cara a cara permiten superar barreras

relacionales históricas, reducir la incertidumbre sobre el rol del otro y establecer vínculos de confianza que no pueden generarse exclusivamente a través de canales formales o digitales.¹⁸³ En contextos donde la farmacia comunitaria ha operado tradicionalmente de forma periférica al sistema sanitario público, estas reuniones pueden actuar como espacios de reconocimiento mutuo y de reconstrucción de una identidad profesional compartida.^{114,169} Más allá del efecto positivo percibido, las reuniones también aportaron beneficios operativos concretos: permitieron afinar la comprensión de las intervenciones, resolver dudas sobre el uso del canal de comunicación o la aplicación de los protocolos, y facilitaron la actualización de criterios clínicos en un entorno colaborativo. No obstante, también se identificaron barreras logísticas importantes, fundamentalmente relacionadas con la coordinación de horarios.¹⁹¹ En varios casos, los horarios propuestos por los centros de salud (a primera hora de la mañana o al finalizar la jornada) no resultaron compatibles con la operativa de las farmacias, lo que limitó la asistencia potencial. Esta dificultad organizativa fue especialmente evidente en provincias con mayor dispersión territorial o con menor nivel de cohesión entre farmacias y equipos de atención primaria.

En cuanto a los cuestionarios pre y posintervención, la tasa de respuesta cayó al 39,6% tras la intervención, lo que puede atribuirse a diversos factores: la brevedad del piloto, la carga asistencial de los participantes, o la percepción de que algunos ítems eran poco aplicables o excesivamente complejos. Esta disminución en la participación puede considerarse un caso de *lost to follow-up*, habitual especialmente cuando los profesionales perciben dificultades para mantener el compromiso durante todo el proceso.¹⁸⁹ Para minimizar este fenómeno en futuras intervenciones, sería conveniente considerar periodos de evaluación más extensos, instrumentos más concisos y mecanismos de seguimiento más sistemáticos.¹⁹²

En este marco, los resultados del estudio piloto muestran mejoras significativas ($p < 0,01$) en las dimensiones evaluadas. En el cuestionario PPCI, se observaron incrementos en las dimensiones de fiabilidad (+1,52) e inicio de la relación (+1,24), asociadas a componentes como gestión de *stakeholders*, comunicación, cultura y visión compartida, lo que puede interpretarse como una mayor confianza interpersonal y una mayor predisposición a colaborar. También se registraron mejoras

en especificación de roles (+1,08), lo que sugiere una mayor clarificación de funciones entre niveles asistenciales.

Del mismo modo, se observaron aumentos en las dimensiones formalización (+1,12), internalización (+0,94) y gobernanza (+0,82), asociadas con componentes como comunicación, contexto, cultura y co-ubicación. Estos avances sugieren un fortalecimiento progresivo de las estructuras que sustentan la integración, como los espacios de encuentro o los canales de interacción profesional. Sin embargo, la dimensión de objetivos compartidos y visión mostró un aumento más modesto (+0,43), lo que indica que la alineación estratégica entre niveles continúa siendo un aspecto a reforzar.

Debe tenerse en cuenta que los dos cuestionarios utilizaron escalas de respuesta distintas (el cuestionario de colaboración interprofesional de 1 a 5 y PPCI de 1 a 7), lo que limita la comparación directa entre incrementos. No obstante, los cambios observados en ambas herramientas fueron coherentes con los objetivos del plan de integración. Ambos cuestionarios presentan una buena validez de constructo y consistencia interna en estudios previos. El PPCI ha demostrado una sensibilidad adecuada en contextos de intervención controlada,¹⁷⁸ mientras que el cuestionario vasco, si bien válido para evaluar la colaboración entre niveles, no ha sido evaluado específicamente en cuanto a su sensibilidad al cambio tras una intervención.¹⁷⁴

El análisis del tamaño del efecto mostró una magnitud moderada en el cuestionario PPCI ($d=0,60$) y un efecto grande en el cuestionario de colaboración interprofesional ($d=0,80$). Para el diseño del estudio confirmatorio, se tomó el valor más conservador ($d=0,60$),¹⁸¹ estimándose que serían necesarios al menos 45 participantes por grupo para detectar diferencias significativas con una potencia del 80 % y un nivel de significación de $p<0,05$. Estos hallazgos permiten justificar metodológicamente la utilidad del piloto y orientan los requisitos para el estudio principal.

Estas observaciones deben enmarcarse en limitaciones metodológicas. En primer lugar, al no existir instrumentos validados para medir la integración entre farmacia comunitaria y atención primaria, se adoptó el uso de herramientas con posibles limitaciones en su validez y sensibilidad. En segundo lugar, la duración del piloto

fue breve y las intervenciones se implementaron simultáneamente en un entorno con alta carga asistencial y factores externos como la DANA en Valencia, que impactaron en la gestión sanitaria.

En conjunto, este piloto supuso la primera aplicación del plan de integración, permitiendo evaluar la viabilidad del modelo temporal en condiciones operativas. Dado su carácter exploratorio, los resultados no deben considerarse concluyentes, sino como una base para estudios posteriores de mayor alcance. La experiencia acumulada indica que la integración es posible cuando se adapta al contexto local, se apoya en estructuras de liderazgo consolidadas y cuenta con un soporte institucional sostenido.¹⁹⁰ El papel facilitador de los responsables de los COF y de los equipos de atención primaria fue determinante para superar los desafíos operativos y favorecer la coordinación entre niveles, lo que refuerza la necesidad de formalizar estos roles en futuras fases del plan.^{191,193} La expansión y sostenibilidad del plan dependerán de su institucionalización dentro de las políticas de salud, de la asignación de recursos específicos y de la incorporación de mecanismos sistemáticos de seguimiento y evaluación.⁵⁰ Asimismo, será clave mantener una orientación flexible que permita adaptar las intervenciones a las particularidades de cada territorio, reconociendo que no existe una única vía hacia la integración. A medida que el plan avance hacia su implementación a mayor escala, será necesario intensificar las intervenciones, fortalecer los procesos de colaboración y generar evidencia sobre su impacto clínico, organizativo y en la eficiencia del sistema sanitario.^{115,189} En este sentido, los hallazgos del piloto constituyen una base sólida para diseñar estrategias de evaluación longitudinal que permitan valorar la sostenibilidad y efectividad del plan en diferentes entornos asistenciales.^{5,194}

8. Discusión general

Este trabajo ha demostrado que la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria no es un punto de llegada,¹³ sino un proceso complejo, dinámico y contextual, que debe abordarse con una visión sistémica.⁸⁸⁻⁹⁰ Lejos de tratarse de una intervención aislada, la integración requiere considerar múltiples dimensiones—normativas, operativas, relacionales y culturales—que interactúan entre niveles del sistema y entre actores con trayectorias y marcos de referencia distintos.^{24,143}

Como destacan Urionagüena et al.,¹⁰ la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria suele producirse principalmente a nivel micro, mediante la interacción directa entre profesionales, y facilitada por diferentes formas de integración: desde la integración informacional, facilitada por herramientas digitales que permiten el intercambio de datos clínicos; la financiera, promovida mediante incentivos económicos o contractuales; hasta la integración cultural, basada en la alineación de valores y prácticas entre profesionales.^{7,143}

Asimismo, la revisión de marcos teóricos, modelos y teorías identificó once componentes clave que pueden facilitar este proceso, desde la gestión de los *stakeholders* hasta la co-localización,^{132,136} pasando por aspectos estructurales (como la financiación o la conectividad tecnológica) y otros más intangibles pero críticos, como la cultura o la visión compartida.¹¹⁸ Con base en ellos, se desarrolló un modelo temporal que permitió alinear estos componentes en intervenciones concretas adaptadas al contexto de la Comunidad Valenciana, según los *stakeholders*.¹⁵⁰ El diseño participativo y la flexibilidad del plan posibilitaron su implementación en un piloto, que permitió validar su aplicabilidad y utilidad. La evaluación del piloto mostró avances en componentes de integración como la comunicación, la especificación de roles o la confianza, aunque también reveló barreras relevantes para su consolidación, especialmente en torno al tiempo disponible, la claridad de responsabilidades o la necesidad de mayor acompañamiento organizativo.

A partir de lo observado durante el desarrollo del piloto, se proponen unas recomendaciones que combinan estos aprendizajes, con el objetivo de facilitar la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria. La primera recomendación es involucrar desde el

inicio a los *stakeholders* de los niveles macro, meso y micro, ya que su participación permitió adaptar las intervenciones al contexto, mejorar su aceptación y reforzar el compromiso de los equipos. En el nivel macro, el respaldo de la administración autonómica otorgó legitimidad institucional al proceso. En el nivel meso, la implicación de colegios oficiales y direcciones de atención primaria facilitó la coordinación y el seguimiento operativo. En el nivel micro, la participación directa de los profesionales en sesiones de codiseño y grupos focales ayudó a ajustar las intervenciones a su realidad asistencial. Estas técnicas no solo permitieron recoger propuestas concretas, sino que también favorecieron el entendimiento entre perfiles profesionales y aumentaron la motivación al generar un espacio de diálogo y reconocimiento.

Contar con la participación de los distintos niveles resulta aún más efectivo cuando se acompaña de figuras de enlace claramente definidas en ambos ámbitos asistenciales. Durante el piloto, la falta de responsables dificultó la continuidad de las acciones y generó incertidumbre sobre quién debía liderar la coordinación en cada momento. La designación de profesionales de referencia, tanto en los centros de salud como en las farmacias comunitarias, con funciones explícitas y reconocidas por el resto del equipo, permitiría estructurar mejor la integración, dar seguimiento a las incidencias y mantener el vínculo entre los diferentes actores, contribuyendo a asegurar la integración funcional, al establecer un canal operativo formal entre niveles asistenciales.

Integrar de forma estructurada las valoraciones de los profesionales permite identificar necesidades no previstas, ajustar las intervenciones y reforzar el compromiso con el proceso. Durante el piloto, los cuestionarios, entrevistas y espacios de diálogo aportaron información útil para adaptar el plan a las condiciones reales de los equipos. Este enfoque participativo favorece una mejora continua basada en la experiencia práctica, que contribuye a aumentar la pertinencia y sostenibilidad del plan de integración.

Lo siguiente sería seleccionar equipos predispuestos y geográficamente próximos, ubicados en la misma zona básica de salud, para facilitar tanto la integración organizacional y la co-localización. En el piloto, se observó que la proximidad geográfica favorecía la comunicación informal y el conocimiento mutuo, especialmente cuando existía una trayectoria previa de colaboración.

Seleccionar equipos con interés previo y cierta cohesión territorial refuerza la motivación y ofrece un punto de partida sólido antes de extender el modelo.

Antes de avanzar hacia herramientas o protocolos compartidos, es prioritario crear oportunidades para que los profesionales se encuentren presencialmente en su entorno habitual de trabajo. En el piloto, las reuniones organizadas, centradas en casos reales, generaron un clima de mayor cercanía y facilitaron la construcción de relaciones de confianza. Estas interacciones presenciales permitieron clarificar roles, reducir barreras comunicativas y reforzar la percepción de que trabajar conjuntamente aporta un valor real a la práctica asistencial. Iniciar el proceso de integración con este tipo de dinámicas ayuda a que los profesionales se sientan parte del mismo equipo, lo que sienta una base relacional sólida para introducir después otras intervenciones más estructuradas. En este contexto, celebrar la sesión de codiseño como cierre de esta fase inicial de encuentros favorece que las propuestas se construyan desde la experiencia compartida y no desde posiciones aisladas.

Una vez establecidos los primeros vínculos, resulta útil ofrecer formación conjunta orientada a alinear la práctica clínica entre niveles asistenciales. En el piloto, esta necesidad fue especialmente evidente cuando se propuso implementar protocolos compartidos o trabajar con un grupo de pacientes específico. Además, este tipo de actividades contribuye a facilitar la integración normativa, al reforzar el cumplimiento de acuerdos; la integración cultural, al promover el entendimiento entre perfiles profesionales; y la integración profesional, al establecer responsabilidades claras dentro del equipo asistencial.

Más allá de los encuentros presenciales, es necesario establecer canales de comunicación directa y bidireccional entre profesionales para reforzar la integración informacional. En el piloto, la ausencia de herramientas digitales obligó a recurrir a medios informales, como llamadas telefónicas o correos electrónicos, que no siempre garantizaban trazabilidad ni una respuesta efectiva.

Para valorar de forma adecuada el avance de la integración, es necesario disponer de herramientas de evaluación adaptadas que permitan medir su evolución a través de sus distintos componentes. En el piloto se utilizaron cuestionarios ya existentes que ofrecieron

información útil sobre aspectos como la comunicación, la confianza o la clarificación de roles. Sin embargo, al no estar específicamente diseñados para el contexto de integración entre farmacia comunitaria y atención primaria, presentaron limitaciones. Algunos participantes también señalaron que su extensión dificultaba la cumplimentación. Estos hallazgos subrayan la importancia de contar con instrumentos breves, específicos y alineados con los componentes de la integración.

En el piloto, se observó que la implicación de los profesionales se mantenía cuando percibían que la integración facilitaba su trabajo diario o resolvía necesidades concretas. Por el contrario, cuando las intervenciones se vivían como una carga adicional sin resultados visibles, disminuía la motivación. Garantizar que el modelo genera beneficios tangibles para todos los actores implicados, ya sea en términos de coordinación, eficiencia o reconocimiento profesional, es fundamental para su continuidad a medio y largo plazo.

Además de generar valor en el corto plazo, la sostenibilidad del enfoque requiere una evaluación periódica que oriente la toma de decisiones. Según el desarrollo de los componentes clave y la viabilidad percibida por los equipos, podrá decidirse si mantener, escalar o intensificar las intervenciones. Adaptar el ritmo de implementación a cada contexto evita introducir cambios para los que aún no existen condiciones adecuadas. Este seguimiento continuo permite ajustar la estrategia y adaptar los modelos temporales a las necesidades específicas de cada territorio.

A medida que los sistemas de salud avanzan hacia modelos más integrados y centrados en el paciente, contar con un plan de integración fundamentado en la evidencia científica y con base empírica se convierte en una herramienta estratégica para responsables políticos, gestores sanitarios e investigadores y así orientar políticas y avanzar en la transformación del sistema sanitario.

9. Limitaciones y fortalezas del trabajo

Una de las principales limitaciones radica en la ausencia de una definición consensuada de *“integración”* en la literatura científica. Esta falta de uniformidad conceptual pudo haber dificultado la identificación de todos los marcos teóricos, modelos y teorías

relevantes durante el proceso de búsqueda, especialmente si algunos no empleaban explícitamente el término *“integración”* o utilizaban sinónimos. Asimismo, al centrarse exclusivamente en literatura científica publicada, es posible que se hayan omitido contribuciones contenidas en literatura gris. Aunque la revisión permitió identificar componentes comunes en los marcos existentes, no se abordaron en profundidad las barreras y facilitadores específicos asociados a su aplicación ni se evaluaron métodos para cuantificar la intensidad o el grado de integración en contextos reales.

El estudio cualitativo aportó una visión rica y contextualizada sobre las percepciones de los actores implicados en la integración, pero también presenta algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, se trata de un estudio focalizado en una región concreta del sistema sanitario español, lo cual, si bien permite un análisis en profundidad del contexto local, puede limitar la generalización de los hallazgos a otros entornos con estructuras sanitarias, normativas o culturales distintas. Además, aunque el enfoque participativo y la triangulación de técnicas cualitativas (entrevistas, grupos focales, grupo nominal) fortalecen la credibilidad de los resultados, la recogida de datos exclusivamente online podría haber influido en la espontaneidad o profundidad de algunas aportaciones. Finalmente, el uso de muestreo intencional y en bola de nieve pudo favorecer la participación de profesionales especialmente implicados en la temática, lo que podría haber dejado fuera algunas voces críticas o más escépticas respecto al proceso de integración.

En cuanto a la fase de piloto, al no haberse identificado instrumentos validados específicamente para medir el grado de integración entre la farmacia comunitaria y la atención primaria en el contexto español se recurrió al uso de cuestionarios previamente validados en contextos similares, pero no diseñados con este propósito específico. Aunque estas herramientas muestran buena consistencia interna y validez de constructo, sus diferencias en escalas de respuesta (Likert de 1 a 5 y de 1 a 7) y su sensibilidad al cambio pueden haber condicionado la interpretación de los resultados. Asimismo, la correspondencia establecida entre los componentes del modelo temporal de integración y las dimensiones de los cuestionarios, si bien se basó en criterios teóricos y consensos de expertos, no ha sido validada formalmente. Esta limitación metodológica plantea la necesidad de desarrollar, en el futuro, instrumentos específicos que permitan evaluar de manera estandarizada y reproducible tanto el grado como

la intensidad de la integración, así como sus componentes individuales.

En el estudio piloto, la imposibilidad de emparejar las respuestas pre y posintervención obligó a tratar los datos como muestras independientes, lo cual reduce la precisión de la estimación del cambio individual. Asimismo, la baja participación en la fase posintervención (n = 19) limitó la potencia estadística del análisis y la generalización de los resultados. Esta limitación debe entenderse en el contexto operativo del piloto: un entorno de alta carga asistencial y con dificultades externas, como la DANA en la Comunidad Valenciana, que condicionaron la disponibilidad de profesionales para completar los cuestionarios finales.

Entre las fortalezas del estudio, cabe destacar la combinación de metodología cualitativa y cuantitativa, así como el enfoque participativo, que permitió codiseñar las intervenciones con los actores implicados y adaptar el modelo al contexto real. La aplicación progresiva y estructurada del plan permitió validar su viabilidad operativa y sentar las bases para su futura evaluación a mayor escala. El trabajo también destaca por haber puesto en marcha, por primera vez en España, un modelo temporal de integración específicamente adaptado a la farmacia comunitaria y atención primaria.

10. Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones derivadas del desarrollo de esta tesis, en respuesta a los objetivos planteados y sobre la base de los hallazgos obtenidos en cada fase del estudio. Estas conclusiones integran la evidencia teórica, la perspectiva de los profesionales implicados y los resultados del piloto, con el fin de aportar orientaciones útiles para avanzar hacia una integración efectiva de la farmacia comunitaria en la atención primaria.

1. Avanzar hacia la integración de la farmacia comunitaria en atención primaria requiere construir confianza entre niveles, mejorar la comunicación directa, alcanzar consensos sobre objetivos comunes y contar con herramientas que permitan compartir información. Estos cuatro constructos fueron identificados como condiciones básicas para que la integración pueda desarrollarse en la práctica asistencial.

2. La revisión de teorías, modelos y marcos utilizados en la integración de sistemas de salud permitió identificar once componentes que se repiten con distintos matices en enfoques internacionales. Estos elementos ofrecen una base conceptual sólida para diseñar estrategias estructuradas según las características del sistema de salud.

3. Los profesionales involucrados en el proceso consideran que la integración de la farmacia comunitaria en la atención primaria es un objetivo alcanzable, aunque complejo, que requiere planificación y un enfoque gradual. Las principales barreras señaladas fueron el desconocimiento de roles, las limitaciones administrativas y la falta de recursos y apoyo institucional a la integración.

4. Las intervenciones priorizadas por los propios profesionales —como el uso de canales directos de comunicación, protocolos comunes y espacios conjuntos de trabajo— fueron consideradas viables y adecuadas para el momento actual. Estas propuestas, junto con los componentes de integración, sirvieron de base para unir teoría y práctica en el desarrollo del primer modelo temporal adaptado al contexto de la Comunidad Valenciana.

5. El plan de integración, articulado en torno al modelo temporal, proporciona una hoja de ruta basada en la evidencia para iniciar la

integración entre farmacia comunitaria y atención primaria. Su aplicación inicial mediante un estudio piloto permitió evaluar su viabilidad y detectar avances significativos.

6. La implementación del piloto puso de manifiesto ciertas limitaciones estructurales y organizativas que afectaron la participación de los profesionales. La adopción simultánea de múltiples intervenciones en un periodo corto, sin tiempos protegidos ni apoyos institucionales suficientes, dificultó su aplicación en la práctica.

7. La sostenibilidad y expansión del plan de integración requerirán continuar con su evaluación en fases posteriores del estudio, aplicando este o futuros modelos temporales, y con un mayor número de farmacias comunitarias y centros de salud implicados. Esta ampliación permitirá valorar su impacto, reforzar los componentes menos desarrollados y responder de forma más eficaz a las necesidades detectadas. Su continuidad estará también condicionada por la existencia de un entorno político y cultural que favorezca el avance hacia modelos más integrados de atención.

Conclusions

The following conclusions summarise the main findings of this thesis, addressing the research objectives and drawing upon evidence gathered across all phases of the study. These conclusions integrate theoretical frameworks, the perspectives of involved professionals, and the results of the pilot study, aiming to provide useful guidance to support the integration of community pharmacy into primary care.

1. Advancing the integration of community pharmacy into primary care requires building trust across levels of care, improving direct communication, reaching consensus on shared goals, and implementing tools to enable information exchange. These four constructs were identified as essential conditions for integration to take place in clinical practice.

2. The review of theories, models, and frameworks applied in the integration of health systems identified eleven components that consistently appear, with varying emphasis, across international approaches. These elements provide a robust conceptual foundation for designing structured strategies aligned with the characteristics of the health system.

3. Professionals involved in the process view the integration of community pharmacy into primary care as an achievable yet complex goal that requires careful planning and a gradual implementation strategy. The main barriers identified included lack of role clarity, administrative constraints, and limited institutional support and resources for integration.

4. The interventions prioritised by professionals themselves—such as direct communication channels, shared protocols, and joint working spaces—were considered feasible and appropriate for the current context. These proposals, together with the integration components, served as a basis to bridge theory and practice in the development of the first temporal model tailored to the context of the Valencian Community.

5. The integration plan, structured around the temporal model, offers an evidence-based roadmap to initiate the integration between community pharmacy and primary care. Its initial application through

a pilot study allowed for an assessment of its feasibility and revealed significant improvements.

6. The pilot implementation exposed structural and organisational constraints that hindered professional participation. The simultaneous adoption of multiple interventions within a short period, without protected time or sufficient institutional support, made implementation challenging.

7. The sustainability and expansion of the integration plan will require continued evaluation in subsequent phases of the study, involving a larger number of community pharmacies and health centres, and applying this or future temporal models across diverse settings. This scale-up will help assess the plan's impact, strengthen less-developed components, and better respond to emerging needs. Its continuity will also depend on the presence of a political and cultural environment conducive to advancing towards more integrated models of care.

11. Bibliografía

1. Vogel M, Malcore S, Illes R, Kirkpatrick H. Integrated primary care: Why you should care and how to get started. *J Ment Health Couns.* 2014;36(2):130–44.
2. Ratnapalan S, Lang D. Health care organizations as complex adaptive systems. *Health Care Manager.* 2020;39(1):18–23.
3. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26:94–101.
4. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. An overview of integrated care in the NHS: What is integrated care? Nuffield Trust. 2011.
6. Evans JM, Baker RG, Berta W. The Evolution Of Integrated Health Care Strategies. In: Goes J, Savage GT, Friedman L, editors. *Advances in Health Care Management.* Emerald Group Publishing Limited; 2013. p. 125–61.
7. Miller RH. Health system integration: A means to an end. *Health Aff.* 1996;15(2):82–106.
8. Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems: Promise and performance. *Front Health Serv Manage.* 1996;13(1).
9. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Aff.* 1994;13(5):46–64.
10. Urionagüena A, Piquer-Martinez C, Gastelurrutia MÁ, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V, Fernandez-Llamos F, et al. Community pharmacy and primary health care - Types of integration and their applicability: A narrative review. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2023;19(3):414–31.
11. Lake JD, Rosenberg-Yunger ZRS, Dainty KN, Rolf von den Baumen T, Overall AC, Guilcher SJT. Understanding perceptions of involving community pharmacy within an integrated care model: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):396.
12. Goiana-da-Silva F, Sá J, Cabral M, Guedes R, Vasconcelos R, Sarmento J, et al. The Portuguese NHS 2024 reform: transformation through vertical integration. *Front Public Health.* 2024;12:1389057.
13. Piquer-Martinez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, Calvo B, Martinez-Martinez F, Fernandez-Llamos F, et al. Integration of community pharmacy in primary health care: The challenge. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2022 Aug;18(8):3444–7.
14. WHO. How Well Do Health Systems Perform. *The World Health Report 2000.* 2000;1–206.
15. Murray CJL, Frenk J. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 2000;(3):49–162.
16. World Health Organization. Health system performance assessment. A framework for policy analysis. *Health Policy Series, No. 57.* 2020. 151–162 p.
17. Martin L, Knowles EE. Model for an integrated health system. *Journal of Integrated Care.* 2020;28(2):161–70.
18. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. *Marco estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria.* Vol. 1. 2019.
19. Stacey R, Mowles C. Strategic management and organisational dynamics: The challenge of complexity to ways of thinking about organisations. 2015. 446 p.
20. Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and complex systems: What would successful reform of medicare look like? *Comission on the Future Health Care in Canada.* 2002;1–37.
21. Edgren L, Barnard K. Complex adaptive systems for management of integrated care. *Leadership in Health Services.* 2012;25(1):39–51.
22. Jordon M, Lanham HJ, Anderson RA, McDaniel RR, McDaniel Jr RR. Implications of complex adaptive systems theory for interpreting research about health care organizations. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(1):228–31.

23. Tsasis P, Evans JM, Owen S. Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. *Int J Integr Care*. 2012;12(5).
24. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;
25. Krawczyk M, Sawatzky R, Schick-Makaroff K, Stajduhar K, Öhlen J, Reimer-Kirkham S, et al. Micro-meso-macro practice tensions in using patient-reported outcome and experience measures in hospital palliative care. *Qual Health Res*. 2019;29(4):510–21.
26. Sutherland HJ, Till JE. Quality of life assessments and levels of decision making: differentiating objectives. *Quality of Life Research*. 1993;2(4):297–303.
27. Yip WCM, Hsiao W, Meng Q, Chen W, Sun X. Realignment of incentives for health-care providers in China. *The Lancet*. 2010;375(9720):1120–30.
28. van Hoorn ES, Ye L, van Leeuwen N, Raat H, Lingsma HF. Value-based integrated care: A systematic literature review. *Int J Health Policy Manag*. 2024;13(1).
29. Urionagüena A, Piquer-Martinez C, Benrimoj SI, Calvo B, Garcia-Cardenas V, Martinez-Martinez F, et al. Community pharmacy & primary care integration: qualitative study on stakeholders' opinions and interventions. *J Pharm Policy Pract*. 2024;17(1):1–16.
30. Sawatzky R, Kwon JY, Barclay R, Chauhan C, Frank L, van den Hout WB, et al. Implications of response shift for micro-, meso-, and macro-level healthcare decision-making using results of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2021 Dec;30(12):3343–57.
31. Durrani H. Healthcare and healthcare systems: Inspiring progress and future prospects. *Mhealth*. 2016;2(January):3.
32. Sims S, Fletcher S, Brearley S, Ross F, Manthorpe J, Harris R. What does success look like for leaders of integrated health and social care systems? A realist review. *Int J Integr Care*. 2021;21(4):26.
33. Tsasis P, Evans, Forrest, Jones. Outcome mapping for health system integration. *J Multidiscip Healthc*. 2013;99.
34. Department of Health and Social Care of United Kingdom. Integration and Innovation: working together to improve health and social care for all [Internet]. 2021. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-improve-health-and-social-care-for-all/integration-and-innovation-working-together-to-improve-health-and-social-care-for-all-html-version>
35. Anderson C, Sharma R. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in England. *Pharm Pract (Granada)*. 2020;18(1):1870.
36. Reynolds HW, Sutherland EG. A systematic approach to the planning, implementation, monitoring, and evaluation of integrated health services. *BMC Health Serv Res*. 2013 Apr 24;13(1):168.
37. Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, Rosenthal MB, Leape L, Schneider E. Defining and measuring integrated patient care: Promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*. 2011 Apr 24;68(1):112–27.
38. Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU). PGEU annual report 2020. The role of community pharmacists in the fight against COVID-19. 2020.
39. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities. Primary health care policy paper series. 2023.
40. Walsh PP, Banerjee A, Murphy E. The UN 2030 agenda for sustainable development. Sustainable Development Goals Series. 2022;Part F2740:1–12.
41. Roger WA, Mitzner TL. Envisioning the future for older adults: Autonomy, health, well-being, and social connectedness with technology support. *Futures*. 2017;87(1):133–9.
42. González L, Poveda JJ, Ramón López J, Lewin L, De Palacio L. La farmacia en el sistema sanitario actual: Aportación a los retos demográficos y asistenciales. 2019.
43. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, Sanchez Martinez FI, Repullo JR, Pena-Longobardo LM, et al. Spain: Health system review. *Health Syst Transit*. 2024;26(3):1–216.
44. Consejo Económico y Social de España. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro: sesión ordinaria del Pleno de 28 de febrero de 2024. 2024.

45. Bowen KJ, Murphy N, Dickin S, Dzebo A, Ebikeme C. Health Synergies across International Sustainability and Development Agendas: Pathways to Strengthen National Action. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb;18(4).
46. Mendoza-Núñez VM. Is aging a disease? A critical review within the framework of ageism. *Cureus*. 2024;16(2).
47. Sarkar NDPP, Baingana F, Criel B. Integration of perinatal mental health care into district health services in Uganda: Why is it not happening? The Four Domain Integrated Health (4DIH) explanatory framework. *Soc Sci Med*. 2022 Apr 24;296(October 2020):113464.
48. Benham-Hutchins M, Clancy TR. Social Networks as Embedded Complex Adaptive Systems. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [Internet]. 2010 Apr 24;40(9):352–6. Available from: <https://journals.lww.com/00005110-201009000-00003>
49. Burrows KE, Abelson J, Miller PA, Levine M, Vanstone M. Understanding health professional role integration in complex adaptive systems: a multiple-case study of physician assistants in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Apr 24;20(1):365. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05087-8>
50. Schünemann HJ, Reinap M, Piggott T, Laidmäe E, Köhler K, Pöld M, et al. The ecosystem of health decision making: from fragmentation to synergy. *Lancet Public Health*. 2022 Apr;7(4):e378–90.
51. Blanken M, Mathijssen J, van Nieuwenhuizen C, Raab J, van Oers H. Cross-sectoral collaboration: comparing complex child service delivery systems. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2022 Apr 24;36(9):79–94. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-07-2021-0281/full/html>
52. Bernal-Delgado E, Armesto-Delgado S, Juan O, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al. Spain: Health system review. [Internet]. Vol. 20. 2018. p. 1–179. Available from: www.healthobservatory.eu
53. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage*. 2006 Apr 24;21(1):75–88.
54. García-Prado A, González P. Dual practice in the Spanish health system: problem or solution? *SESPAS Report 2024*. *Gac Sanit* [Internet]. 2024;38:102379. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102379>
55. Bader L, Kusynová Z, Duggan C. FIP Perspectives: Realising global patient safety goals requires an integrated approach with pharmacy at the core. *Res Social Adm Pharm*. 2019 Jul;15(7):815–7.
56. Ta'An W. Medical Error Prevalence, Nursing Power, and Structural Empowerment: A Serial Mediation Analysis. *Scientific World Journal*. 2024;2024.
57. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines. *IMS Institute for Healthcare Informatics*. 2012;1–218.
58. Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2016;131:128.
59. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025 [Internet]. 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf>
60. Rey del Castillo J, Gálvez Zaloña R, Martín Martín JJ, Palomo Cobos L, Ponte Mittelbrum C, Rodríguez Escudero C, et al. Una nueva ley de orientación federal para la sanidad española tras la pandemia. 2022. 1–202 p.
61. Ministry of Health Social Services and Equality. Annual report on the national health system of Spain 2022 [Internet]. 2023. p. 90. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/ExecutiveSummary_2022.pdf
62. 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):1–7.
63. Claire Fuller. Next steps for integrating primary care: Fuller Stocktake report [Internet]. NHS UK. 2022 [cited 2023 Apr 4]. p. 38. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/next-steps-for-integrating-primary-care-fuller-stocktake-report.pdf>

64. Sandhu S, Sharma A, Cholera R, Bettger JP. Integrated health and social care in the united states: A decade of policy progress. *Int J Integr Care*. 2021;21(S2):1–15.
65. Lai S, Lu L, Zhou Z, Shen C, Yang X, Zhao Y, et al. The effects of family physician-contracted service on health-related quality of life and equity in health in China. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):1–10.
66. Trankle SA, Usherwood T, Abbott P, Roberts M, Crampton M, Girgis CM, et al. Integrating health care in Australia: a qualitative evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec 11;19(1):954.
67. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). España: Perfil sanitario nacional 2023. European Comission. 2023.
68. Jefatura de Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1986;1855:16–7. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499> <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
69. Gobierno de España. Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del SNS. Boletín Oficial del Estado N°128. 2003;(128):20567–88.
70. Ministerio de Sanidad. Orden SND/606/2024. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2024; Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2024/06/18/pdfs/BOE-A-2024-12290.pdf>
71. Ministerio de Sanidad. Informe del SNS 2023: Aspectos relevantes. Gobierno de España. 2022;1–9.
72. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CC.AA. 2024.
73. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA). Memoria social del seguro [Internet]. 2023. Available from: <https://www.unespa.es/que-hacemos/publicaciones/informes/>
74. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Ministerio de Sanidad. Glosario de términos-definiciones y aclaraciones área de salud. p. 3.
75. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2015;177:1–95.
76. España M de SG de. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. S G de Información Sanitaria y Evaluación. 2020;39.
77. Ministerio de Sanidad. Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España,. 2024.
78. Ministerio de Sanidad. Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma [Internet]. 2024. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>
79. Instituto de Información Sanitaria. Atención a la Urgencia Extrahospitalaria. Ministerio de Sanidad. 2007;
80. Benavides FG, Utzet M, Serra C, Delano P, García-Gómez M, Ayala A, et al. Health and well-being of healthcare workers: employment and working conditions beyond the pandemic. *Gac Sanit*. 2024;38.
81. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) 2016. 15 retos para el presente y el futuro de la farmacia comunitaria [Internet]. 2016. p. 136. Available from: <https://www.sefac.org/sites/default/files/2019-02/quinceretos.pdf>
82. Rodríguez de Castro F, Carrillo Díaz T, Gual i Sala A, Palés Argullós J. Human resources in the National Health System. Medical education. SESPAS Report 2024. *Gac Sanit*. 2024;38:102380.
83. BOE. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Boletín Oficial del Estado. 1997;100(Artículo 2.4):13450–2.
84. BOE. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2003;280:1–32. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
85. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2023 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 22]. Available from:

- <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Estadísticas-Colegiados-Farmacias-Comunitarias-2014.pdf>
86. Gastelurrutia MA, Benrimoj S (Charlie) I, Goyenechea E, Martínez-Martínez F. Exploración de las opiniones de agentes implicados sobre la integración entre la farmacia comunitaria y los equipos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2021;53(6):102049.
 87. Foro de Atención Farmacéutica Farmacia Comunitaria. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria [Internet]. 2024. Available from: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/>
 88. Soria HD de. «La farmacia debe aprovecharse para aumentar la capacidad asistencial del sistema sanitario» [Internet]. 2024. Available from: <https://www.heraldodiariodesoria.es/soria/250203/197077/farmacia-debe-aprovecharse-aumentar-capacidad-asistencial-sistema-sanitario.html>
 89. International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of policy - pharmacy: Gateway to care. 2017;1–6. Available from: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=384&table_id=
 90. Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF). El nuevo rol de la oficina de farmacia en la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud. 2021.
 91. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview [Internet]. Health Services Delivery Programme. 2016. p. 31. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
 92. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La integración de los servicios farmacéuticos asistenciales mejora la experiencia del paciente. 2022.
 93. Rodríguez M, Calle JL, Baixauli VJ, Comunitarios F. PROYECTO REFCOM: LA FARMACIA COMUNITARIA VISTA POR LOS FARMACÉUTICOS Metodología [Internet]. [cited 2020 Nov 11]. Available from: www.sefyp.es/refcom
 94. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Pay for performance in public directly managed healthcare centers. Part 2: The Spanish National Health System. *SESPAS Report* 2024. *Gac Sanit* [Internet]. 2024;38:102368. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102368>
 95. Negrín MA, Ortún V. Human resource management in health. Consensual paths forward. *SESPAS Report* 2024. *Gac Sanit* [Internet]. 2024;38:102394. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102394>
 96. Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Agreements and disagreements between community health and the Spanish health system. *SESPAS Report* 2018. Vol. 32, *Gaceta Sanitaria*. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 17–21.
 97. Bienassis K de, Esmail L, Lopert R, Klazinga N. The economics of medication safety: Improving medication safety through collective, real-time learning. *OECD Health Working Papers* [Internet]. 2022;(147):88. Available from: <https://dx.doi.org/10.1787/9a933261-en>
 98. CGCOF. La integración de los Servicios Farmacéuticos Asistenciales mejora la experiencia del paciente. 2024.
 99. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos. Declaración de Córdoba [Internet]. 2014. Available from: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba.pdf>
 100. Martínez-Martínez F, García-Cárdenas V, Gastelurrutia M, Benrimoj S. Barómetro de la Farmacia Comunitaria Española, 2016. 2017.
 101. Urionagüena A, Piquer-Martinez C, Benrimoj SI, Calvo B, Garcia-Cardenas V, Gastelurrutia MA, et al. Mapping the concept of health care integration: A lexicographic analysis of scientific literature. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2024;(May 2023).
 102. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101–17.

103. Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Hassell K, Kendall J, Sibbald B, et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2008 Aug;22(4):387–98.
104. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [Internet]. 2012;8(1):36–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741110001725>
105. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;
106. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *Int J Integr Care*. 2005;5(3):1–9.
107. Leutz WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999 Mar 1;77(1):77–110.
108. Lawrence PR, Lorsch JW. Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Adm Sci Q*. 1967 Apr 1;12(1):1–47.
109. Armitage GD, Systems H, Health A, Calgary S, Suter E, Oelke ND, et al. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009 Apr 24;9(2).
110. Ryan K, Patel N, Lau WM, Abu-Elmagd H, Stretch G, Pinney H. Pharmacists in general practice: a qualitative interview case study of stakeholders' experiences in a West London GP federation. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Apr 24;18(1):234. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3056-3>
111. Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Community pharmacy integration within the primary care pathway for people with long-term conditions: a focus group study of patients', pharmacists' and GPs' experiences and expectations. *BMC Fam Pract*. 2019 Feb;20(1):26.
112. Trybou J, Gemmel P, Annemans L. The ties that bind: an integrative framework of physician-hospital alignment. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 Apr 24;11(1):36. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-36>
113. Rolf von den Baumen T, Lake J, Everall AC, Dainty K, Rosenberg-Yunger Z, Guilcher SJT. "Clearly they are in the circle of care, but . . .": A qualitative study exploring perceptions of personal health information sharing with community pharmacists in an integrated care model. *Canadian Pharmacists Journal*. 2020 Sep 25;153(6):378–98.
114. Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential Characteristics of Physician/Pharmacist Collaborative Relationships. *Annals of Pharmacotherapy*. 2004;38(5):764–70.
115. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy Plan* [Internet]. 2010 Apr 24;25(2):104–11. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czp055>
116. Dombrowski SK, Bacci JL, Klatt PM, Osborne M, Castelli G, Burns A, et al. Key factors for sustainable integration of pharmacists in team-based primary care physician practices. *Journal of the American Pharmacists Association* [Internet]. 2019 Apr 24;59(3):439–448.e1. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1544319119300755>
117. Jesson JK, Wilson KA. One-stop health centres: what co-location means for pharmacy. *Health Place*. 2003 Sep;9(3):253–61.
118. Piquer-Martinez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, Calvo B, Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, et al. Theories, models and frameworks for health systems integration. A scoping review. *Health Policy*. 2024 Jan;141(May 2023):104997.
119. Pollock D, Davies EL, Peters MDJ, Tricco AC, Alexander L, McInerney P, et al. Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *J Adv Nurs*. 2021;77(4):2102–13.
120. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Apr 24;169(7):467–73.

121. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science* [Internet]. 2015 Apr 24;10(1):53. Available from: ???
122. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: The barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm*. 1993;38(4):447–66.
123. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* [Internet]. 2010 Apr 24;5(1):69. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69>
124. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005 Apr 24;8(1):19–32.
125. Edgren L. The meaning of integrated care: A systems approach. *Int J Integr Care*. 2008;8(4).
126. Begun JW, Zimmerman B, Dooley K. Health care organizations as complex adaptive systems. *Advances in Health Care Organization Theory*. 2003;253–88.
127. Harnett PJ. Improvement attributes in healthcare: implications for integrated care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018 Apr 24;31(3):214–27.
128. McDaniel RR, Driebe DJ, Lanham HJ. Health care organizations as complex systems: New perspectives on design and management. Goes J, Savage GT, Friedman L, editors. *Adv Health Care Manag*. 2013 Apr 24;15:3–26.
129. McVicar KL, Ivanitskaya L V., Bradley DW, Montero JT. Primary care and public health collaboration reports: A qualitative review of integration aims, participants, and success determinants. *Popul Health Manag*. 2019 Apr 24;22(5):422–32.
130. Tschudy MM, Toomey SL, Cheng TL. Merging systems: Integrating home visitation and the family-centered medical home. *Pediatrics*. 2013 Apr 24;132(Supplement_2):S74–81.
131. Nguyen AM, Wood SJ, Johnson CE, Dowling WL. A conceptual model for physician-system integration: A scoping review. *J Hosp Adm*. 2019;8(5):34.
132. Nguyen AM, Johnson CE, Wood SJ, Dowling WL. Organizational factors affecting successful physician-system integration: A qualitative study of Washington State health executives. *Health Care Manage Rev*. 2021 Apr 24;46(1):35–43.
133. Lachance LL, Friedman Milanovich AR, Garrity AN. Clinic and Community: The Road to Integration. *Am J Prev Med*. 2016;51(6):1072–8.
134. Swartz CH, Bentley S. Developing Governance Structures in Health Care System Consolidation: A Framework for Nurse Leaders. *Nurs Adm Q*. 2016 Apr 24;40(4):292–8.
135. Waterman RH, Peters TJ, Phillips JR. Structure is not organization. *Bus Horiz*. 1980;23(3):14–26.
136. Singer SJ, Kerrissey M, Friedberg M, Phillips R. A Comprehensive Theory of Integration. *Medical Care Research and Review*. 2020;77(2):196–207.
137. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 Apr 24;19(11):e588–653. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204518304157>
138. De Jong I, Jackson C. An evaluation approach for a new paradigm - Health care integration. *J Eval Clin Pract*. 2001 Apr 24;7(1):71–9.
139. Calciolari S, Ilinca S. Comparing (and learning from) integrated care initiatives: An analytical framework. *Journal of Integrated Care*. 2011;19(6):4–13.
140. Reed S, Evans EJ, Hooyman N. Social work: Leading the move upstream to improve the Nation's Health. *Health Soc Work*. 2021;45(2):77–9.
141. Berglund H, Blomberg S, Dunér A, Kjellgren K. Organizing integrated care for older persons: strategies in Sweden during the past decade. *J Health Organ Manag*. 2015 Apr 24;29(1):128–51.
142. VanDeusen Lukas C, Meterko M, Lowcock S, Donaldson-Parlier R, Blakely M, Davies M, et al. Monitoring the Progress of System Integration. *Qual Manag Health Care*. 2002;10(2):1–11.
143. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL, Stephen M, et al. Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm*. 1993;38(4):467–90.
144. World Health Organization. Integrating Health Services [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>

145. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*. 2012;106(1):37–49.
146. Heider AK, Mang H. Effects of non-monetary incentives in physician groups—A systematic review. *Am J Health Behav*. 2023;47(3):458–70.
147. Janus K, Brown LD. Physician integration revisited—An exploratory study of monetary and professional incentives in three countries. *Health Policy (New York)*. 2014;118(1):14–23.
148. Lukas CVD, Meterko M, Lowcock S, Donaldson-Parlier R, Blakely M, Davies MM, et al. Monitoring the progress of system integration. *Qual Manag Health Care*. 2002;10(2):1–11.
149. Bodolica V, Spraggon M, Tofan G. A structuration framework for bridging the macro-micro divide in health-care governance. *Health expectations*. 2016 Aug;19(4):790–804.
150. Piquer-Martinez 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 Dec;14(12):e086285.
151. Halliday M, Mill D, Johnson J, Lee K. Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Res Social Adm Pharm*. 2021 Dec;17(12):2145–50.
152. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code saturation versus meaning saturation: How many interviews are enough? *Qual Health Res*. 2017 Mar;27(4):591–608.
153. Varga-Atkins T, McIsaac J, Willis I. Focus group meets nominal group technique: An effective combination for student evaluation? *Innovations in Education and Teaching International*. 2017;54(4):289–300.
154. Eddings SK, Brown LL, Godin S. Qualitative findings of a nominal group process to identify critical factors in new LIC implementation. *J Med Educ Curric Dev*. 2023;10:23821205231217896.
155. Generalitat Valenciana. Organigrama publicado en el portal de Transparencia [Internet]. Available from: <https://www.san.gva.es/es/web/organizacion/organigrama>
156. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;42(5):533–44.
157. Barney, Glaser; Strauss A. *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. 1st ed. New York: Routledge; 1999. 282 p.
158. Khurshid F, O'Connor E, Thompson R, Hegazi I. Twelve tips for adopting the virtual Nominal Group Technique (vNGT) in medical education research [version 1; peer review: 2 approved, 1 approved with reservations]. *MedEdPublish*. 2023;13(18).
159. Riley-Bennett F, Russell L, Fisher R. An example of the adaptation of the Nominal Group Technique (NGT) to a virtual format (vNGT) within healthcare research. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2024;24(1):240. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12874-024-02362-8>
160. Allsop DB, Chelladurai JM, Kimball ER, Marks LD, Hendricks JJ. Qualitative methods with Nvivo software: A practical guide for analyzing qualitative data. *Psych*. 2022;4(2):142–59.
161. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
162. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349–57.
163. Dickinson A, Joos S. Barriers to integration of primary care into emergency care: Experiences in Germany. *Int J Integr Care*. 2021;21(2):1–12.
164. Minderhout RN, Baksteen MC, Numans ME, Bruijnzeels MA, Vos HMMM. Effect of COVID-19 on health system integration in the Netherlands: a mixed-methods study. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021 Apr 24;2(3):1–10.
165. Khan AI, Harris JK, Barnsley J, Wodchis W. Exploring intra and interorganizational integration efforts involving the primary care sector – A case study from Ontario. *Int J Integr Care*. 2022;22(3):1–17.

166. Goundrey-Smith S. The connected community pharmacy: Benefits for healthcare and implications for health policy. *Front Pharmacol*. 2018;9:1352.
167. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care* [Internet]. 2018;32(1):1–3. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
168. Ahgren B, Axelsson SB, Axelsson R. Evaluating intersectoral collaboration: a model for assessment by service users. *Int J Integr Care*. 2009;
169. Tan R, Kawaja A, Ooi SP, Ng CJ. Communication barriers faced by pharmacists when managing patients with hypertension in a primary care team: a qualitative study. *BMC Primary Care*. 2024;25(1):1–12.
170. Thabane L, Lancaster G. A guide to the reporting of protocols of pilot and feasibility trials. *Pilot Feasibility Stud*. 2019;5(1):5–7.
171. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348(March):1–12.
172. Levante-EMV. Departamentos de salud de la Comunitat Valenciana y municipios a los que dan servicio [Internet]. 2020. Available from: <https://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2020/05/13/departamentos-salud-comunitat-valenciana-municipios-11472112.html>
173. Sanchez RP, Gomez-Escolar CA, Saavedra FADT, Martin NFDC, Uthurry NS. Clasificación de derivaciones fármaco-terapéuticas. 2008. 98 p.
174. Nuño-Solinís R, Berraondo Zabalegui I, Sauto Arce R, Martín Rodríguez LS, Toro Polanco N. Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *Int J Integr Care*. 2013;13:1–12.
175. Osakidetza / Basque Health Service. Plan de Atención Integrada en Euskadi [Internet]. 2013. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/eu_def/adjuntos/Plan_de_atencion_integrada_en_Euskadi.pdf
176. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:1–14.
177. Zillich AJ, Doucette WR, Carter BL, Kreiter CD. Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. *Value in Health*. 2005;8(1):59–66.
178. Zillich AJ, Milchak JL, Carter BL, Doucette WR. Utility of a questionnaire to measure physician-pharmacist collaborative relationships. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2006;46(4):453–8.
179. Wang C, Li M, Huang Y, Xi X. Factors influencing clinical pharmacists' integration into the clinical multidisciplinary care team. *Front Pharmacol*. 2023;14.
180. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 2005;8(2):94–104.
181. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences, Rev. ed. Statistical power analysis for the behavioral sciences, Rev. ed. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1977. 474 p.
182. Rogers EM. Diffusion of Innovations, 5th edition, Free Press, New York. Vol. 14, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2003. 551 p.
183. Fleming GF, McElroy JC, Hughes CM. Development of a community pharmacy-based model to identify and treat OTC drug abuse/misuse: A pilot study. *Pharmacy World and Science*. 2004;26(5):282–8.
184. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* [Internet]. 2009;4(1):50. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
185. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. 2012;44(6):358–65.

186. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated consolidated framework for Implementation research based on user feedback. *Implementation Science*. 2022;17(1):1–16.
187. Backes C, Godot C, Gujer CY, Obegi N, Perez A, Gervais A, et al. Digital healthcare services in community pharmacies in Switzerland: Pharmacist and patient acceptability, and pharmacist readiness—the Pneumoscope™ pilot study. *Digit Health*. 2025;11.
188. Angelica MD, Fong Y. Older patients and physician and pharmacist perspective about pharmacist's role. October. 2008;141(4):520–9.
189. Roll A, Pattison D, Baumgartner R, Sublett L, Brown B. The design and evaluation of a pilot covisit model: Integration of a pharmacist into a primary care team. *Journal of the American Pharmacists Association* [Internet]. 2020;60(3):491–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.11.017>
190. Duncan P, Ridd MJ, McCahon D, Cabral C, Guthrie B. Barriers and enablers to collaborative working between GPs and pharmacists: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*. 2020;70(692):E155–63.
191. Harris S, Mills E, Venables RH, Bradley F, White S. Developing consensus on the principles and key actions for collaborative working between general practices and community pharmacies: A modified eDelphi study. *BMJ Open*. 2023;13(9):1–10.
192. Marco Ibáñez A, Aguilar Palacio I, Aibar Remón C. Evaluation of virtual consultation by primary care professionals: quality dimensions and opportunities for improvement. *Aten Primaria*. 2024;56(4).
193. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581–629.
194. Leon AC, Davis LL, Kraemer HC. The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *J Psychiatr Res*. 2011;45(5):626–9.

11. ANEXOS

Anexo I. Publicaciones científicas derivadas del proyecto de investigación.

1. ARTÍCULO CONCEPTUAL

Research in Social and Administrative Pharmacy 18 (2022) 3444–3447



Contents lists available at ScienceDirect

Research in Social and Administrative Pharmacy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/rsap



Integration of community pharmacy in primary health care: The challenge

Celia Piquer-Martinez^{a,*}, Amaia Urionagüena^b, Shalom I. Benrimoj^a, Begoña Calvo^b,
Fernando Martinez-Martinez^a, Fernando Fernandez-Llimos^c, Victoria Garcia-Cardenas^d,
Miguel Angel Gastelurrutia^{a,b}

^a Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada, Granada, Spain

^b Pharmacy Practice Research Group, Faculty of Pharmacy, University of the Basque Country, UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz, Spain

^c Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Laboratory of Pharmacology, Department of Drug Sciences, Faculty of Pharmacy, University of Porto, Porto, Portugal

^d Graduate School of Health, University of Technology Sydney, Sydney, Australia

ARTICLE INFO

Keywords

Community pharmacy
Pharmacists
Integration
Systems integration
Primary care

ABSTRACT

Community pharmacies and pharmacists predominantly operate in a retail environment independently of other health care providers, and they are not often viewed as an integral member of the healthcare team. Thus, they remain overlooked or excluded during integration processes of health care systems. At the same time, there are calls by the profession at national and international levels for community pharmacy to be integrated within primary care systems. The COVID-19 pandemic appears to have further stimulated this desire. When pressing for integration, various terms, such as integration, integrated care, or interprofessional collaboration, are used in an interchangeable manner leading to lack of clarity, ambiguity and confusion for health care policy makers, planners, and other healthcare professionals. The literature was reviewed to identify critical components for community pharmacy to consider for integration. From the five selected articles describing integration of community pharmacies, four different constructs were identified: consensus, connectivity, communication and trust. The integration of community pharmacy into the health system may translate into better access for patients to primary care services, contribute to cost effectiveness, and promulgate the sustainability of the system. However significant political, economic, social, and practice change would be required by all stakeholders. Further research is needed to underpin a consensus for a definition, the type of integration, and the model optimally suited to integrate community pharmacy into primary care. These models, specific and adaptable to each national health care system and political environment, would need to be consensus-based by principal stakeholders to overcome a variety of barriers, including government resistance. Mere calls or demands by the pharmaceutical profession, although laudable, will not be sufficient to overcome the historical, cultural, and economic challenges.

Health systems around the world are undergoing major policy and organizational changes in an attempt to reduce fragmentation of care, increase efficiency, be sustainable, and improve health outcomes.^{1,2} The integration of primary, secondary, and tertiary health care is being promulgated in an attempt to coordinate services, promote efficient use of limited health resources, and improve continuity of care (i.e., a systems approach in conjunction with an integrated care approach).³

Systems integration has been extensively studied over the last 20 years with various types identified in the literature⁴ (e.g., horizontal,

vertical, clinical, and functional integration). Due to its multifactorial nature, the evaluation, implementation, and evidence generated for integrated systems has been challenging. As the integration of health systems and services evolve at an international level,⁵ it is concerning that policy makers and stakeholders, apart from exceptional cases, do not appear to be giving much consideration to community pharmacy during these processes.^{6,7}

* Corresponding author. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada Facultad de Farmacia, Campus de Cartuja s/n, Granada, 18071, Spain.

E-mail addresses: celiapiquer@correo.ugr.es (C. Piquer-Martinez), amaia.urionaguena@ehu.es (A. Urionagüena), Shalom.Benrimoj@gmail.com (S.I. Benrimoj), b.calvo@ehu.es (B. Calvo), femartin@ugr.es (F. Martinez-Martinez), flimos@ff.up.pt (F. Fernandez-Llimos), Victoria.GarciaCardenas@uts.edu.au (V. Garcia-Cardenas), magastelu@farmanorte.org (M.A. Gastelurrutia).

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.12.005>

Received 6 December 2021; Received in revised form 19 December 2021; Accepted 27 December 2021

Available online 29 December 2021

1551-7411/© 2022 Elsevier Inc. All rights reserved.



Contents lists available at ScienceDirect

Health policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol

Theories, models and frameworks for health systems integration. A scoping review

Celia Piquer-Martinez^{a,*}, Amaia Urionagüena^b, Shalom I. Benrimoj^a, Begoña Calvo^b, Sarah Dineen-Griffin^c, Victoria Garcia-Cardenas^a, Fernando Fernandez-Llmos^d, Fernando Martinez-Martinez^a, Miguel Angel Gastelurrutia^{a,b}

^a Pharmaceutical Care Research Group, Faculty of Pharmacy, University of Granada, Campus de Cartuja s/n, Granada 18071, Spain

^b Pharmacy Practice Research Group, Faculty of Pharmacy, University of the Basque Country, UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz, Spain

^c College of Health, Medicine and Wellbeing, School of Biomedical Sciences and Pharmacy, The University of Newcastle, Newcastle, Australia

^d Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Laboratory of Pharmacology, Department of Drug Sciences, Faculty of Pharmacy, University of Porto, Porto, Portugal

1. Introduction

1.1. Current landscape

Health systems are facing increasing pressures due to several factors such as the COVID-19 pandemic and rising health and social care demands. Policy makers, researchers, health managers, and practitioners are developing a range of solutions to address these increasing pressures on health system sustainability, with the aim of avoiding fragmentation or duplication of services, and maintaining a focus on quality, value-based care [1,2].

It has been suggested that health systems must evolve faster and efficiently to better meet existing and emerging needs [3]. Health systems are complex organizations characterized as "...a set of functions that generally include leadership and governance, financing, planning, commodities, workforce, service delivery and information systems with the ultimate goal to improve health outcomes" [4], with "a collection of interacting parts that function to achieve a shared aim" [5] and "encompass multiple sectors, organizations, and professionals involved in the delivery of health care services" [6].

1.2. Understanding health system integration: international challenges

Internationally, health system integration is being utilized as one of the main strategies to increase health system efficiency [7]. Integration of systems aims to develop common visions, focus resources, services and avoidance of working in silos [7,8]. Health systems in countries such as the United Kingdom [9], United States [7] and Australia [10] are increasingly becoming integrated. Interestingly, in these countries, particular emphasis is being given to the integration of primary health

care [11,12], innovation of new models of care [13], and remuneration structures [14]. Despite this trend, many of the attempts to integrate health systems, services, and programs have been challenging, highlighting the complexity of integration processes to policy makers, researchers, health managers and practitioners [15,16].

This complexity may be due to the lack of a clear and consistent definition, and associated implementation strategies for health system integration, despite the concept of integration gaining popularity since the 1990s [17]. The term "integration" has been used interchangeably with "integrated care" and other terms such as "integrated delivery systems", "systems integration", "interdisciplinary communication" and "patient care teams" [18]. While integration is primarily directed to integrating healthcare systems, integrated care predominantly focusses on patient care [19,20].

Some authors suggest that the lack of agreement on defining integration, combined with a paucity of literature on integrated health systems, has made it difficult to make progress in developing integration science [19,21,22]. However, a common definition of health system integration is "the coordination of health services and the collaboration amongst provider organizations to establish an effective health system" [21,23]. As suggested by Shortell et al. [24], integration may not be viewed as an end goal, but rather a process to achieve other outcomes, such as integrated care or improved market performance of the system and ultimately, a way to enhance health outcomes.

Since 2013, there's been a noticeable gap in literature regarding theories, models, and frameworks of health system integration [6]. While the Evans study [6] offered a broad overview of integration strategies, with an emphasis on the evolution from institutional to community-focused care, this study not only updates their findings but also analyzes the theories, models and frameworks to identify their

* Corresponding author.

E-mail address: celiapiquer@correo.ugr.es (C. Piquer-Martinez).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104997>

Received 29 May 2023; Received in revised form 23 December 2023; Accepted 15 January 2024

Available online 17 January 2024

0168-8510/© 2024 The Author(s). Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

BMJ Open Strategic interventions and a novel model for the integration of community pharmacy and primary care in Spain: qualitative insights

Celia Piquer-Martinez ¹, Amaia Urionagüena ², Shalom I. Benrimoj¹, Begoña Calvo², Victoria García-Cárdenas^{1,3}, Noelia Amador-Fernandez ⁴, Miguel A Gastelurrutia ^{1,2}, Fernando Martinez Martinez ¹

To cite: Piquer-Martinez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, *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**:e086285. doi:10.1136/bmjopen-2024-086285

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086285>).

Received 10 March 2024
Accepted 27 November 2024



© Author(s) (or their employer(s)) 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ Group.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Celia Piquer-Martinez;
celiapiquer@correo.ugr.es

ABSTRACT

Objectives To explore the opinions and perceptions of key stakeholders on the integration between community pharmacy and primary care, within the Valencian Autonomous Community. Specific objectives include identifying strategic interventions to facilitate this integration. Additionally, the manuscript discusses the formulation of a novel model for the integration of community pharmacy and primary care.

Design Qualitative, with data from five virtual focus groups (FG) and 12 semistructured interviews analysed thematically using NVivo and interventions prioritised through a virtual nominal group technique.

Setting Valencian Autonomous Community (Spain).

Participants FG involved community pharmacists (CP) and primary care stakeholders including general practitioners, primary care nurses, general practitioner pharmacists, social services managers and administrators. Interviewees were government representatives and professionals from organisations. Selection was through snowball sampling and invitations by Official Colleges of Pharmacists.

Results Five themes emerged, revealing the multifaceted nature of integrating community pharmacies and primary care. 'Integration' was identified as an ambitious target, anchored in collaboration and communication efforts. The role of CP was particularly noted for their direct patient interaction and trust, vital in fostering medication adherence. Barriers like role ambiguity and regulatory environment were highlighted. Seven interventions were identified to enable integration, with three of them prioritised: 'bidirectional communication', 'protocol standardisation' and 'multidisciplinary team strengthening'. These interventions, linked with prior components of health system integration, led to a pioneer integration model.

Conclusions Recognising stakeholder insights is essential in shaping workable, practical and adaptable models for integration. Tailoring these temporal models to stakeholders' immediate needs and strategic priorities may serve as effective starting points for integration. Support from professional bodies and proactive stakeholders' engagement will optimise the integration success and its acceptance across healthcare levels.

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

- ⇒ Used a participatory approach with stakeholders from primary care and community pharmacy, ensuring diverse insights and comprehensive representation.
- ⇒ The study's data collection was conducted exclusively online, which, while increasing accessibility, may have limited the depth of engagement in discussions.
- ⇒ The findings are specific to the Valencian Autonomous Community, which may limit their generalizability to other health systems.
- ⇒ The purposive and snowball sampling strategies, while effective in engaging relevant stakeholders, might not have captured the complete spectrum of perspectives within the broader community.
- ⇒ The virtual nominal group technique, while valuable for building consensus, was constrained by the relatively small number of participants involved.

INTRODUCTION

In the evolving landscape of global healthcare, the concept of health system integration has become increasingly important.^{1,2} Integration refers to unifying efforts across different areas of the health system, ensuring optimal resource and service allocation.^{3,4} Integration is increasingly recognised as a pivotal response to the complex challenges facing contemporary health systems: intensified care demands, equity gaps, growing waiting lists and escalating healthcare costs, compounded by the growing prevalence of chronic, multimorbid and polypharmacy patients.^{5–8} These systemic issues, particularly impacting primary care and hospital settings, underscore the urgency of exploring innovative solutions beyond short-term strategies, like increasing medical staff or expanding hospital infrastructures.^{9,10}

In Spain, the decentralisation of healthcare systems to regional authorities permits

Anexo II. Hoja de información y consentimiento informado - Estudio cualitativo.

HOJA DE INFORMACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: Integración de la Farmacia Comunitaria y Atención Primaria en la Comunidad Valenciana.

Investigador principal: Fernando Martínez Martínez, investigador responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Investigadores colaboradores; Miguel Ángel Gastelurrutia, Shalom I. Benrimoj, Victoria García Cárdenas y Celia Piquer Martínez, miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Muy Sr./Sra. nuestro:

Le proponemos participar en el estudio de investigación promovido por investigadores/as de la Universidad de Granada, junto al Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Valencia y la Fundación Hefame. Asimismo, y siguiendo los principios éticos reconocidos y la normativa legal vigente en España sobre investigación, este estudio cumple todas las exigencias legales y ha sido aprobado por el Comité de ética de Investigación de la Universidad de Granada. Antes de que decida si va a participar o no, es importante que lea detenidamente la siguiente información y que, si así lo considera, realice todas las preguntas y aclare todas las cuestiones que crea conveniente.

¿Tengo que participar?

La participación en el estudio es completamente voluntaria. Rechazarla no acarreará ningún perjuicio y podrá retirarse en cualquier momento del estudio, sin tener que dar explicaciones.

¿Cuál es el Objetivo del estudio?

El presente estudio tiene diferentes objetivos:

- Explorar la opinión de los participantes sobre la actividad que desarrollan los farmacéuticos comunitarios, sus competencias y su posible integración con los centros de salud.
- Explorar el funcionamiento de los centros de salud, su organización interna, actividades que se desarrollan y objetivos en salud que persiguen.
- Explorar las opiniones sobre barreras, beneficios, etc. de los participantes sobre el posible proceso de integración de la farmacia comunitaria y los centros de salud.
- Explorar y describir los elementos fundamentales que debe contener el protocolo de investigación, con sus objetivos, alcance de la integración,

posibles intervenciones a realizar e indicadores de resultado tanto de integración como resultados en salud.

- Identificar y priorizar los agentes implicados (*stakeholders*) que deben participar en el codiseño y validación del protocolo de investigación.

¿En qué consiste el estudio y cómo se va a llevar a cabo?

- El estudio consistirá en la realización de grupos focales o entrevistas semiestructuradas con diferentes informantes clave de los que podamos recabar información sobre sus opiniones acerca de la posible integración de la farmacia comunitaria y los centros de salud.
- La duración aproximada de ambos tipos de reuniones se estima en una hora, con las diferencias lógicas de la dinámica grupal que se genere, no superando en ningún caso la hora y media.
- Todas las reuniones serán grabadas, anonimizadas y se transcribirán en su totalidad para su posterior análisis temático.

¿Cómo van a ser tratados mis datos?

- Toda la información obtenida durante la investigación estará restringida al equipo investigador y para aumentar la anonimización se codificará a los informantes separando sus nombres de la información que ofrezcan.
- El estudio cumple lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Se le solicita también su consentimiento para la realización de este proyecto de investigación conforme a las exigencias del Reglamento Europeo 2016/679 de Protección de Datos y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales que deroga la Ley Orgánica 15/1999, de 5 de diciembre, de protección de datos personales. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Se le informa de que tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento.

Con base en las explicaciones previas se solicita su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para los fines anteriormente indicados. En todo momento se mantendrá el anonimato de los participantes/informantes y para ello, en ninguno de los documentos del estudio aparecerá su nombre, sino que le será asignado un código que será el que se utilice en todos ellos. En todos los informes escritos y publicaciones, no se le podrá identificar. Sólo los investigadores responsables del estudio guardarán en condiciones de seguridad, la lista que relaciona los nombres de los participantes con los códigos de referencia asignados a cada uno.

Los resultados del estudio siempre serán presentados de manera global y nunca de forma individualizada.

¿Mi participación me supondrá algún coste o compensación económica?

Su participación en este estudio no supondrá para usted ningún coste económico, así como tampoco será recompensado económicamente por ello. Si usted tiene alguna duda o quiere más información, no dude en consultar con el investigador responsable que le está solicitando este consentimiento.

Nombre Investigador que solicita el consentimiento informado y su contacto: Fernando Martínez Martínez (femartin@ugr.es) e investigadora colaboradora Celia Piquer Martínez (e.celiapiquer@go.ugr.es)

GRACIAS POR LEER ESTA INFORMACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: *Integración de la farmacia comunitaria en atención primaria en la Comunidad Valenciana. Etapa de investigación cualitativa.*

Investigador principal, servicio y centro: **FERNANDO MARTÍNEZ MARTÍNEZ**, Responsable Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Yo, (nombre y apellidos), con D.N.I. n°.....

He hablado con el profesional responsable del estudio Fernando Martínez Martínez.

- **He leído la hoja de información que se me ha entregado.**
- **He podido hacer preguntas sobre el estudio.**
- **He recibido suficiente información sobre el estudio.**
- **Comprendo que mi participación es voluntaria.**

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1. Cuando quiera.**
 - 2. Sin tener que dar explicaciones.**
- **Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.**
 - **Las muestras obtenidas en este estudio sólo serán utilizadas para los fines específicos del mismo.**

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO DE INVESTIGACION.

Fecha

Firma del participante

Firma del profesional responsable del estudio.

Fernando Martínez Martínez.



Anexo III. Guiones investigación cualitativa: grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

GUION GRUPOS FOCALES

1. Actitud y organización

- Desde tu punto de vista, ¿podrías describir el funcionamiento de tu centro de salud?
- ¿Cómo está organizado?
- ¿Cuáles son sus objetivos en salud? Si los hay, ¿quién los define?
- ¿Cuáles son las prioridades del centro de salud?
- ¿Existen actividades internas que se desarrollan en el centro?
- ¿Cómo ves la farmacia comunitaria? Opinión sobre el establecimiento, la actividad que desarrolla y su imagen exterior.
- ¿Tienes actualmente algún contacto con la farmacia? (o, para los farmacéuticos comunitarios, algún contacto con el centro de salud).

2. Integración

- El paciente se encuentra en medio, entre los centros de salud y las farmacias comunitarias; de hecho, compartimos los mismos pacientes. ¿Te parece que sería interesante que hubiera un mayor acercamiento/comunicación entre los profesionales de las farmacias comunitarias y los integrantes de los centros de salud?
- En este sentido, ¿sería posible una integración de la farmacia comunitaria con los centros de salud del Sistema de Salud de la Comunidad Valenciana?
- ¿Qué entiendes por el concepto de integración de las farmacias comunitarias con los centros de salud?

3. Intervenciones y estrategias

- Si al final optamos por trabajar en acercar ambos colectivos (integración/cooperación/colaboración), ¿en qué consistiría, de una manera general, dicho protocolo?
- ¿Qué actividades podrían desarrollarse de manera conjunta, como campañas sanitarias, participación en sesiones clínicas, etc.?
- ¿Cómo podríamos conseguir un mayor conocimiento mutuo, una mayor confianza interprofesional y unas actividades más coordinadas?

4. Resultados esperados

- ¿Qué se puede esperar de las intervenciones y/o actividades que se implanten?
- ¿Cuáles podrían ser las barreras y sus causas?
- ¿Qué líneas rojas no se deberían traspasar y qué objetivos básicos se deberían alcanzar?

5. Agentes implicados

- ¿Quiénes crees que deberían participar fundamentalmente en la elaboración de un protocolo de integración si se lleva a cabo?
- Si hay un listado, ¿cuáles serían los más relevantes de todos ellos?

GUION ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Farmacia comunitaria y su rol en el sistema sanitario

- Como (cargo profesional), ¿cuál es su actividad en su día a día?
- Desde su puesto, ¿Tiene alguna relación con la farmacia comunitaria? ¿De qué tipo?
- ¿Qué opinión tiene sobre los farmacéuticos comunitarios y sobre la farmacia comunitaria?
- Los farmacéuticos dicen que son asistenciales, sociales y digitales. Al margen de la dispensación de medicamentos, ¿Cuál cree que es el papel/rol que juega la farmacia comunitaria? y, ¿cuál le parece que debería ser su rol profesional?
- ¿Cree que a los farmacéuticos comunitarios se les considera, en la práctica, parte del sistema de salud valenciano?
- ¿Por qué cree que la farmacia comunitaria tiene la sensación de que, por ejemplo, durante la pandemia, no se ha contado con ellos o al menos, no como ellos afirman que les habría gustado?
- Los farmacéuticos comunitarios defienden la realización de servicios asistenciales como adherencia terapéutica, indicación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico... Desde su perspectiva, ¿cuál es su opinión sobre todo este movimiento de búsqueda de nuevos roles profesionales?

2. Integración de la farmacia comunitaria en atención primaria

- Como sabe, estamos realizando un proyecto de integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario valenciano, enfocándonos más concretamente en atención primaria. Desde su punto de vista:
 - ¿Le parece que sería bueno un mayor acercamiento entre la organización farmacéutica y el Sistema Valenciano de Salud?
 - ¿Cree que es mejor mantener la situación actual, que podríamos denominar de separación y autonomía absoluta de ambos colectivos (fragmentación)? ¿Por qué?
 - ¿En qué sentido sería bueno ese acercamiento? ¿Para qué?
 - ¿En qué ámbito cree podría ser útil ese acercamiento? (objetivo de ese acercamiento o mayor colaboración)
 - ¿Qué ventajas tendría un acercamiento en aspectos estructurales (me refiero al acceso a historia clínica; herramientas de comunicación bidireccionales, etc.) o profesionales (actividades conjuntas como, por ejemplo, asistencia a sesiones clínicas, u objetivos consensuados / compartidos, etc.)?

3. Intervenciones y estrategias

- Si se planteara un acercamiento entre la farmacia comunitaria y la atención primaria:
 - ¿Qué actividades conjuntas habría que contemplar?
 - ¿Qué agentes implicados deberían formar parte del diseño de un protocolo de actuación/investigación?
- Durante la revisión de la literatura que se ha realizado han surgido temas que parecen necesarios reconsiderar/evaluar, como:
 - El desarrollo de una herramienta de comunicación electrónica entre farmacia comunitaria y los centros de salud, que fuera bidireccional, a través de, por ejemplo, la receta electrónica.
 - La posibilidad de que el farmacéutico comunitario pudiera cambiar formas farmacéuticas (cápsulas por comprimidos, etc.).
 - La posibilidad de que el farmacéutico comunitario pudiera acceder a la historia clínica o historial farmacoterapéutico para poder enfocar la indicación farmacéutica de la manera más correcta.
 - La posibilidad de que el farmacéutico comunitario pudiera registrar las pruebas que hiciera en la farmacia en el historial del paciente.
 - La necesidad de remunerar de alguna manera los servicios sanitarios que se ofrecieran desde la farmacia comunitaria (problema público-privado).
- Como (cargo profesional), ¿Qué piensa de todo esto? ¿Cree que serían cambios interesantes para realizar? ¿Cómo se podrían abordar este tipo de cambios? ¿Qué acciones cree que harían falta?

Anexo IV. Informes favorables de los comités de ética: estudio cualitativo y piloto

INFORME ÉTICA 1. ESTUDIO CUALITATIVO

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a. ANTONIO SALMERON GARCIA como secretario/a del CEIM/CEI Provincial de Granada

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ETAPA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. (Integración de la farmacia comunitaria en atención primaria)
Protocolo, Versión:	001
HIP, Versión:	001
CI, Versión:	001

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Granada a 30/06/2023



D/D^a. ANTONIO SALMERON GARCIA, como Secretario/a del CEIM/CEI Provincial de Granada

SALMERON
GARCIA
ANTONIO -
74666844N

Firmado digitalmente
por SALMERON GARCIA
ANTONIO - 74666844N
Fecha: 2023.06.30
11:33:42 +02'00'



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, visto el informe preceptivo emitido por la Presidenta del Comité en Investigación Humana, tras la valoración colegiada del Comité en sesión plenaria, en el que se hace constar que la investigación propuesta respeta los principios establecidos en la legislación internacional y nacional en el ámbito de la biomedicina, la biotecnología y la bioética, así como los derechos derivados de la protección de datos de carácter personal,

Emite un Informe Favorable en relación a la investigación titulada: 'INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ETAPA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. 4 MESES.' que dirige FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ, con NIF 25.914.146-T, quedando registrada con el nº: 3652/CEIH/2023.

Granada, a 05 de Febrero de 2024.

EL PRESIDENTE
Fdo: Enrique Herrera Viedma

EL SECRETARIO
Fdo: Francisco Javier O'Valle Ravassa



Consejería de Salud y Consumo

CERTIFICADO ACUERDO COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

D/Dña. ANTONIO SALMERON GARCIA, secretario/a del CEIm Provincial de Granada, CEIm acreditado y constituido conforme a los requisitos recogidos en el Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía (BOJA núm. 24, de 5/2/2020),

CERTIFICA:

que dicho comité, en su sesión número 3/24, celebrada el día 03/04/2024, con la asistencia de los miembros recogidos en el anexo II, ha ponderado los aspectos metodológicos, éticos y legales y el balance de riesgos y beneficios anticipados dimanantes del proyecto de investigación cuyos datos identificativos son referidos a continuación, conforme a lo dispuesto en los artículos 12, de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE núm. 159, de 4/7/2007), y/o 60, del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE núm. 177, de 25/7/2015), y/o en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE núm. 294, de 6/12/2018), y acordado la emisión de su **INFORME FAVORABLE**, con las consideraciones recogidas en el anexo I, según consta todo reflejado en el acta de la sesión. Y para que conste y surta los efectos oportunos, expide el presente certificado, con la indicación de hacerlo con anterioridad a la aprobación de la correspondiente acta.

Código de la comunicación/solicitud: SICEIA-2024-000797
Tipo de comunicación/solicitud: Inicio de investigación en Andalucía
Título de la investigación: INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA
Código del estudio: INT_VAL23
Promotor:
CRO:
Investigador coordinador o principal: FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ
Versión y fecha de protocolo: 001 de 14/03/2024
Versión y fecha de la adenda al protocolo: de
Versión y fecha del consentimiento informado: de
Versión y fecha de la lista de investigadores: de

Código seguro de verificación: 5abyZa1TU0			
Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/			
PÁGINA	1 / 3	FIRMADO POR	ANTONIO SALMERON GARCIA
FECHA FIRMA	05/04/2024	ORGANISMO:	CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
ID FIRMA	5abyZa1TU0		
FECHA REGISTRO ARIES	05/04/2024 15:02	CODIGO DE REGISTRO	202499903486964
			



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, visto el informe preceptivo emitido por la Presidenta del Comité en Investigación Humana, tras la valoración colegiada del Comité en sesión plenaria, en el que se hace constar que la investigación propuesta respeta los principios establecidos en la legislación internacional y nacional en el ámbito de la biomedicina, la biotecnología y la bioética, así como los derechos derivados de la protección de datos de carácter personal,

Emite un Informe Favorable en relación a la investigación titulada: 'INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ETAPA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. 4 MESES.' que dirige FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ, con NIF 25.914.146-T, quedando registrada con el nº: 3652/CEIH/2023.

Granada, a 05 de Febrero de 2024.

EL PRESIDENTE
Fdo: Enrique Herrera Viedma

EL SECRETARIO
Fdo: Francisco Javier O'Valle Ravassa

Anexo V. Descripción intervenciones piloto según checklist TIDieR

Ítem TIDieR	Intervención 1: Canal de comunicación	Intervención 2: Protocolo común	Intervención 3: Interacción profesional
1. Nombre de la intervención	Canal de comunicación bidireccional entre farmacia comunitaria y centro de salud.	Protocolo consensuado en común.	Sesiones conjuntas entre profesionales de farmacia y atención primaria.
2. Justificación o teoría subyacente	Mejorar la coordinación y la respuesta ante incidencias entre niveles asistenciales. Justificada por la necesidad de comunicación señalada en los estudios cualitativos previos.	Fomentar una actuación clínica coordinada y basada en la evidencia. Identificado como prioritario por los profesionales en los estudios cualitativos previos.	Favorecer la confianza, conocimiento mutuo y trabajo en equipo. Identificada como intervención prioritaria en los estudios cualitativos previos.
3. Materiales utilizados	Teléfono fijo del centro de salud asignado, hojas de registro de incidencias para cada farmacia con código identificativo, y listado de farmacias participantes.	Protocolo clínico consensuado, hoja de registro de derivaciones y seguimiento.	Sesiones clínicas y de codiseño, invitación formal a los farmacéuticos, hojas de asistencia, planificación compartida.
4. Procedimientos	Notificación telefónica de incidencias urgentes; registro del motivo, tiempo de respuesta, profesional que resolvió.	Aplicación del protocolo en los casos indicados como mal control o signos de alarma, registro de actuación y comunicación con el centros de salud si procede.	Sesiones presenciales en el centro de salud con participación de farmacéuticos, revisión de casos clínicos e intercambio de experiencias del piloto.
5. Quién proporcionó la intervención	Farmacéuticos comunitarios, médicos y enfermería del centro de salud.		
6. Cómo se entregó	Interacción directa mediante llamada telefónica o correo entre profesionales.	Intervención presencial en la farmacia, y posible derivación al centro de salud.	Sesiones presenciales grupales. Reuniones estructuradas con agenda compartida.
7. Dónde se llevó a cabo	Centros de salud participantes y farmacias comunitarias de sus zonas básicas de salud.		
8. Cuándo y durante cuánto	Cinco semanas. Del 4 de noviembre al 6 de diciembre de 2024.		

tiempo			
9. Personalización	Definidas mediante codiseño entre todos los participantes.		
10. Modificaciones durante el estudio	En uno de los centros (Valencia), el canal inicialmente previsto (correo electrónico) se sustituyó por contacto telefónico directo	No se registraron modificaciones durante el piloto.	En Valencia, se planificaron dos sesiones mensuales, pero finalmente solo se realizó una por limitaciones de tiempo y disponibilidad.
11. Cómo se planificó la fidelidad	Formación previa mediante guías, infografía y vídeos explicativos.		
12. Cómo se evaluó la fidelidad	Evaluación mediante indicadores de proceso registrados por los farmacéuticos comunitarios, cuestionarios pre y posintervención cumplimentados por profesionales de farmacia y atención primaria, y entrevistas posintervención para explorar la experiencia y propuestas de mejora.		

Anexo VI. Circulares presentación oficial y reuniones de codiseño

PRESENTACIÓN OFICIAL CONSEJO DE COLEGIOS OFICIALES FARMACÉUTICOS DE
VALENCIA



07 de mayo de 2024

Estudio Piloto “Integración de la Farmacia Comunitaria en Atención Primaria”

Estimados compañeros:

El Consell Valencià de Col·legis de Farmacèutics, va a iniciar próximamente un Estudio Piloto de tres meses de duración en colaboración con la Universidad de Granada, cuyo objetivo es mejorar la Integración de la Farmacia Comunitaria en Atención Primaria, cuya presentación se realizó ayer.

Este estudio piloto se integra dentro del Proyecto de “Integración del Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud” que inició el Consell junto con la Universidad de Granada hace 2 años. El Proyecto comenzó con una primera fase en la que se realizó una investigación cualitativa para explorar el concepto de integración, la imagen de la farmacia comunitaria, barreras, intervenciones e impacto de la integración. Para ello, se han llevado a cabo; cuatro revisiones bibliográficas publicadas en revistas de alto impacto, cinco entrevistas a grupos de profesionales de Centros de Salud y Farmacias Comunitarias de las tres provincias y 12 entrevistas semiestructuradas a directores, presidentes y administración valenciana.

El resultado de esta primera fase ha sido la priorización y selección de las siguientes intervenciones, en función de su importancia y factibilidad:

- Puesta en marcha de un canal de comunicación bidireccional.
- Estandarización de protocolos.
- Interacción de los profesionales de salud para el fortalecimiento del equipo multidisciplinar.

La segunda fase del Proyecto es el inicio de este Estudio Piloto, en el que se van a trabajar las tres intervenciones mencionadas en cuatro Centros de Salud seleccionados entre las tres provincias y las Farmacias Comunitarias de la Zona Básica de Salud correspondiente durante un periodo de tres meses.

El Estudio está enmarcado en una fase inicial pre-intervención (cuantitativa y cualitativa) y una fase final pos-intervención (cuantitativa y cualitativa):

- En la fase cuantitativa se realizará un cuestionario de 15 ítems a los participantes para medir una serie de componentes de la integración previamente definidos (ej. confianza, conocimiento de los roles, etc.) Este cuestionario se realizará al inicio y al finalizar la intervención para comprobar si han mejorado los componentes de la integración.

14 may 2024, 16:20:30 amardin
Nº Registro Salida: SS2024-1150 / (2 de 29)



- La fase cualitativa preintervención consistirá en una reunión, antes de la intervención, entre los integrantes del Centro de Salud y las Farmacias Comunitarias de la Zona Básica de Salud para adaptar las tres intervenciones seleccionadas a la realidad de cada Centro de Salud.
- La fase cualitativa postintervención consistirá en realizar entrevistas a los participantes para analizar las tres intervenciones desarrolladas y determinar áreas de mejora.

Os invitamos a participar a las Farmacias Comunitarias de la ZBS. Para ello, podéis inscribiros a través del siguiente [enlace](#). Os adjuntamos en esta nota la presentación del estudio y el [vídeo explicativo](#) de dicha presentación.

Os animamos a participar en este piloto con el que se pretende mejorar la comunicación y fortalecer las relaciones de las Farmacias Comunitarias de la Zona con los profesionales del Centro de Salud.

Jaime Giner

Presidente del Consejo Valenciano de Colegios Oficiales Farmacéuticos

CIRCULAR COLEGIO OFICIAL FARMACÉUTICOS ALICANTE



Colegio Oficial de Farmacéuticos
de la Provincia de Alicante

Alicante 14 de mayo de 2024

Estimada/o compañera/o:

Como Colegio llevamos tiempo reivindicando la integración de la cadena asistencial a través de una comunicación bidireccional fluida entre los Centros de Salud y las Farmacias Comunitarias. **Por ello me alegra comunicarte que hemos alcanzado un acuerdo, dentro del marco del Consejo Autonómico, para iniciar un pilotaje en tu zona básica de salud (Guardamar y San Fulgencio)** entre el Centro de Salud y tu Farmacia Comunitaria.

El objetivo es empezar a trabajar en una comunicación bidireccional entre farmacia y centro de salud, que redunde en un beneficio tanto para el paciente en particular como para la integración de la cadena sanitaria general.

Esperamos que sea el principio para establecer las bases para la extrapolación a otras zonas de la provincia y para la futura integración de los sistemas de información entre Consellería, Centros de Salud y Farmacias (te amplio información en los anexos).

Recibe un cordial saludo, y cualquier duda que tengas estoy a tu disposición en cofalicante@cofalicante.com.

Fdo. Isabel Arrebola Pascual
Vicesecretaria

14 may 2024 16:20:30 amartin
Nº Registro Salud: 52624-1150 / 1 de 20
COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE ALICANTE



15 de mayo de 2024

Estudio Piloto "Integración de la Farmacia Comunitaria en Atención Primaria"

Estimados compañeros:

Os informamos de que el MICOV, como parte integrante del Consell Valencià de Col·legis de Farmacèutics, va a iniciar próximamente un Estudio Piloto de tres meses de duración en colaboración con la Universidad de Granada, cuyo objetivo es mejorar la Integración de la Farmacia Comunitaria en Atención Primaria.

Este estudio piloto se integra dentro del Proyecto de "Integración del Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud" que inició el Consell junto con la Universidad de Granada hace 2 años. El Proyecto comenzó con una primera fase en la que se realizó una investigación cualitativa para explorar el **concepto de integración, la imagen de la farmacia comunitaria, barreras, intervenciones e impacto de la integración**. Para ello, se han llevado a cabo; cuatro revisiones bibliográficas publicadas en revistas de alto impacto, cinco entrevistas a grupos de profesionales de Centros de Salud y Farmacias Comunitarias de las tres provincias y 12 entrevistas semiestructuradas a directores, presidentes y administración valenciana.

El resultado de esta primera fase ha sido la priorización y selección de las siguientes intervenciones, en función de su importancia y factibilidad:

1. Puesta en marcha de un canal de comunicación bidireccional.
2. Estandarización de protocolos.
3. Interacción de los profesionales de salud para el fortalecimiento del equipo multidisciplinar.

La segunda fase del Proyecto es el inicio de este Estudio Piloto, en el que se van a trabajar las tres intervenciones mencionadas en cuatro Centros de Salud seleccionados entre las tres provincias y las Farmacias Comunitarias de la Zona Básica de Salud correspondiente durante un periodo de tres meses.

El Estudio está enmarcado en una fase inicial pre-intervención (cuantitativa y cualitativa) y una fase final pos-intervención (cuantitativa y cualitativa):

- En la **fase cuantitativa** se realizará un cuestionario de 15 ítems a los participantes para medir una serie de componentes de la integración previamente definidos (ej. confianza, conocimiento de los roles, etc.) Este cuestionario se realizará al inicio y al finalizar la intervención para comprobar si han mejorado los componentes de la integración.
- La **fase cualitativa pre-intervención** consistirá en una reunión, antes de la intervención, entre los integrantes del Centro de Salud y las Farmacias Comunitarias de la Zona Básica de Salud para adaptar las tres intervenciones seleccionadas a la realidad de cada Centro de Salud.

CIRCULAR COLEGIO OFICIAL FARMACÉUTICOS CASTELLÓN



ICOFCS SALIDA N° 683

09 de mayo de 2024

CIRCULAR N° 95/2024

Estimado/a compañero/a,

Sabes tan bien como yo que la comunicación entre profesionales sanitarios sigue siendo una asignatura pendiente de nuestro sistema de salud. Es un tema del que llevamos hablando desde hace mucho tiempo, y aunque se hacen esfuerzos a nivel institucional entre los Colegios de Farmacéuticos y la Administración todavía no hemos conseguido consensuar un modelo válido, eficaz y, por encima de todo, que se pueda poner en práctica.

Por todo esto nos gustaría pedir tu colaboración para participar en el estudio piloto **“Integración de la Farmacia Comunitaria en Atención Primaria”** en la Comunidad Valenciana.

Dicho estudio está promovido por la Universidad de Granada y cuenta con la colaboración del Consell Valencià de Col·legis de Farmacèutics y la Fundación Hefame.

En este estudio, para el cual pedimos tu colaboración, trataremos de consensuar, aplicar y evaluar un protocolo de comunicación válido y efectivo entre las farmacias comunitarias que están dentro del área de cobertura del Centro de Salud Rafalafena y los médicos y personal de enfermería de dicho centro.

En una fecha todavía por concretar, pero que estará comprendida entre los días 20 y 22 de mayo, tendrá lugar una reunión informativa en el Centro de Salud a cargo de los investigadores principales del estudio (de la Universidad de Granada) y a la que asistiremos farmacéuticos, médicos y personal de enfermería.

Si deseas participar o necesitas cualquier aclaración, por favor, ponte en contacto conmigo a través del mail vicesecretario@cofcastellon.org

Un saludo,

Fdo. Daniel Dols Alonso
Vicesecretario del ICOFCS

C/ Ebanista Hervás, 51.
12004 Castellón de la Plana.
Tel: 964 23 64 70.
cofcastellon@cofcastellon.org
www.cofcastellon.org



Anexo VII. Guion para las reuniones de codiseño del piloto de integración

Introducción al Grupo Focal: Bienvenida y presentación de los participantes. Hoy nos reunimos para discutir y adaptar tres intervenciones que se implementarán en colaboración entre centros de salud y farmacias comunitarias de alrededor que han aceptado participar en el estudio, con el fin de conseguir una mayor integración entre atención primaria y farmacia comunitaria.

1) Canal de Comunicación Bidireccional: Para comenzar, nos gustaría discutir la puesta en marcha de un canal de comunicación bidireccional entre farmacéuticos comunitarios y profesionales de atención primaria, con el que se pretende establecer métodos de comunicación efectivos, para facilitar el intercambio de información, *feedback* y resolución de incidencias entre farmacéuticos comunitarios y profesionales de atención primaria.

a. ¿Cuál consideran que sería el canal de comunicación más adecuado para el intercambio entre farmacias comunitarias y el centro de salud?

- Ejemplos: Llamadas telefónicas, sistema de llamadas filtradas por administración, correo institucional, WhatsApp, etc.

b. ¿Qué situaciones creen que deberían ser consideradas urgentes o incidencias que requieran una comunicación inmediata entre los profesionales?

- Ejemplos: Falta de adherencia, duplicidad de tratamiento, efectos secundarios o contraindicaciones, uso de medicación sin receta, etc.

c. ¿Quién debería ser el responsable de recibir las incidencias en el centro de salud y cómo se gestionaría su resolución?

- Considerar la asignación de un administrativo o coordinador que canalice las incidencias hacia el profesional adecuado (médico o enfermero).

2) Estandarización de Protocolos: Ahora, hablemos sobre la estandarización de protocolos para la colaboración en el control y seguimiento de pacientes.

a. ¿Qué algoritmo de decisión común, adaptable a la realidad del centro de salud y las farmacias consideran que se debería de establecer?

b. ¿Qué aspectos consideran esenciales para incluir en este algoritmo, teniendo en cuenta las necesidades del centro de salud y de la farmacia comunitaria en el momento presente?

3) Interacción Profesional: Finalmente, queremos abordar la interacción entre profesionales de la salud para fortalecer el trabajo en equipo multidisciplinar.

a. ¿Cuál es la frecuencia y formato de las reuniones clínicas en su centro de salud? ¿Consideran que podrían incluir a farmacéuticos comunitarios en estas sesiones?

b. ¿Qué actividades conjuntas podrían ser útiles para fomentar la integración y mejorar el conocimiento mutuo entre los profesionales de salud y los farmacéuticos?

- Ejemplos: Reuniones periódicas, sesiones clínicas conjuntas, sesiones de trabajo colaborativo para discutir casos de integración, sesiones de intercambio de conocimientos, etc.

c. ¿Cuál creen que sería la mejor manera de organizar estas actividades para asegurar una participación activa de todos los implicados?

- Consideración de alternativas virtuales o presenciales, frecuencia de las actividades, temáticas relevantes para todos los implicados.

Cierre: Recapitulación de los puntos discutidos y agradecimientos por la participación. Información sobre los próximos pasos y cómo se utilizará la información recogida.

Anexo VIII. Clasificación de incidencias reportadas en el canal de comunicación

- 1.** Desabastecimiento o medicamento no comercializado: Medicamento no disponible en el mercado retirado. En este caso, el médico debe valorar un cambio de tratamiento. El farmacéutico informa al paciente que el médico revisará la situación y podrá proporcionar una respuesta al día siguiente.
 - Ejemplo: Un paciente tiene una receta para parches de plata, pero estos están en desabastecimiento.
- 2.** Problemas relacionados con dosis, posología o forma farmacéutica: Discrepancia entre la dosis, posología o forma farmacéutica indicada en la receta y las necesidades del paciente. El médico debe revisar y ajustar la receta según sea necesario.
 - Ejemplo: Un paciente que tiene dificultades para manipular comprimidos debido a problemas manuales podría necesitar un cambio a una forma farmacéutica más adecuada, como comprimidos efervescentes.
- 3.** Duplicidad de medicamentos: Uso simultáneo de dos medicamentos con la misma función, con riesgo de sobredosificación o efectos adversos. El médico evalúa si eliminar uno de los tratamientos o coordinar con el farmacéutico para evitar duplicidades.
 - Ejemplo: Un paciente que toma un analgésico prescrito y otro de venta libre por iniciativa propia.
- 4.** Problemas en el uso de dispositivos de administración: El paciente presenta dificultad para utilizar correctamente un dispositivo médico por desconocimiento o limitaciones físicas. El médico decide si proporcionar orientación adicional o cambiar a un dispositivo más adecuado.
 - Ejemplo: Un paciente que no puede coordinar la pulsación con la inhalación podría beneficiarse de un inhalador con cámara de inhalación.
- 5.** Reacciones adversas a medicamentos (RAM): Identificación de efectos adversos graves o inesperados, requiriendo intervención médica. El médico evalúa el caso y contacta al paciente para realizar ajustes en el tratamiento si es necesario.
 - Ejemplo: Un aumento de peso asociado al uso de un antidepresivo.
- 6.** Pacientes con patologías crónicas no controladas: Situaciones en las que el tratamiento farmacológico no logra mantener la enfermedad bajo control. El

farmacéutico informa al centro de salud para que el médico ajuste el tratamiento.

- Ejemplo: Un paciente insulín dependiente con niveles de glucosa elevados de manera persistente.

7. Deterioro cognitivo, cambios conductuales o información social relevante: Situaciones en las que desde la farmacia detecta signos de deterioro en el paciente. Estas incidencias también pueden incluir factores sociales relevantes, como la falta de apoyo familiar. En estos casos, el médico valora la situación y toma las medidas oportunas.

- Ejemplo: Un paciente que vive solo y presenta signos de abandono personal, como pérdida de peso significativa o mala higiene.

8. Tratamientos crónicos prescritos como agudos: Medicamentos que deberían estar indicados de manera crónica, pero han sido prescritos de forma temporal. El médico revisa y ajusta la duración del tratamiento según sea necesario.

- Ejemplo: Un medicamento para la HTA prescrito solo por un mes en lugar de forma continuada.

9. Otros motivos relevantes: Cualquier incidencia no contemplada en las categorías anteriores que requiera intervención médica.

Anexo IX. Hojas de registro de las intervenciones del piloto

HOJA DE REGISTRO COMUNICACIÓN

CÓDIGO FARMACIA:
Nº FARMACÉUTICOS:



UNIVERSIDAD DE GRANADA



Consejo Interregional de Colegios de Farmacéuticos



MICOE



ICOP CS

FECHA:	MOTIVOS DE INCIDENCIA*
FC:	☐ 1. DESABASTECIMIENTO/MED. NO DISPONIBLE ☐ 2. DOSIS/POSOLÓGIA/FORMA FARMACÉUTICA ☐ 3. DUPLICIDAD ☐ 4. PROBLEMA DISPOSITIVO ADMINISTRACIÓN ☐ 5. RAM ☐ 6. PATOLOGÍA CRÓNICA NO CONTROLADA ☐ 7. DETERIORO COGNITIVO ☐ 8. TRATAMIENTO CRÓNICO PRESCRITO AGUDO ☐ 9. OTROS: _____
ORIGEN INCIDENCIA: ☐ CS ☐ HOSPITAL ☐ NO APLICA ☐ OTROS	
Nº COMUNICACIONES**: MAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 EAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 FAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 ADM: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3	
TIEMPO RESPUESTA: ☐ <24 horas ☐ 24-48 horas ☐ 48-72 horas ☐ >72 horas	
RESOLUCIÓN: ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SABE	
QUIÉN RESUELVE**: ☐ MAP ☐ EAP ☐ FAP ☐ ADM <i>** (pueden seleccionar más de uno)</i>	COMENTARIOS:

FECHA:	MOTIVOS DE INCIDENCIA*
FC:	☐ 1. DESABASTECIMIENTO/MED. NO DISPONIBLE ☐ 2. DOSIS/POSOLÓGIA/FORMA FARMACÉUTICA ☐ 3. DUPLICIDAD ☐ 4. PROBLEMA DISPOSITIVO ADMINISTRACIÓN ☐ 5. RAM ☐ 6. PATOLOGÍA CRÓNICA NO CONTROLADA ☐ 7. DETERIORO COGNITIVO ☐ 8. TRATAMIENTO CRÓNICO PRESCRITO AGUDO ☐ 9. OTROS: _____
ORIGEN INCIDENCIA: ☐ CS ☐ HOSPITAL ☐ NO APLICA ☐ OTROS	
Nº COMUNICACIONES**: MAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 EAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 FAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 ADM: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3	
TIEMPO RESPUESTA: ☐ <24 horas ☐ 24-48 horas ☐ 48-72 horas ☐ >72 horas	
RESOLUCIÓN: ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SABE	
QUIÉN RESUELVE**: ☐ MAP ☐ EAP ☐ FAP ☐ ADM <i>** (pueden seleccionar más de uno)</i>	COMENTARIOS:

FECHA:	MOTIVOS DE INCIDENCIA*
FC:	☐ 1. DESABASTECIMIENTO/MED. NO DISPONIBLE ☐ 2. DOSIS/POSOLÓGIA/FORMA FARMACÉUTICA ☐ 3. DUPLICIDAD ☐ 4. PROBLEMA DISPOSITIVO ADMINISTRACIÓN ☐ 5. RAM ☐ 6. PATOLOGÍA CRÓNICA NO CONTROLADA ☐ 7. DETERIORO COGNITIVO ☐ 8. TRATAMIENTO CRÓNICO PRESCRITO AGUDO ☐ 9. OTROS: _____
ORIGEN INCIDENCIA: ☐ CS ☐ HOSPITAL ☐ NO APLICA ☐ OTROS	
Nº COMUNICACIONES**: MAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 EAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 FAP: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 ADM: ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3	
TIEMPO RESPUESTA: ☐ <24 horas ☐ 24-48 horas ☐ 48-72 horas ☐ >72 horas	
RESOLUCIÓN: ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SABE	
QUIÉN RESUELVE**: ☐ MAP ☐ EAP ☐ FAP ☐ ADM <i>** (pueden seleccionar más de uno)</i>	COMENTARIOS:

*1. El medicamento no está disponible o ha sido retirado; 2. Discrepancia entre la dosis/posología/forma farm. verbal y la receta electrónica; 3. El paciente toma dos medicamentos con la misma función; 4. Dificultad del paciente para usar un dispositivo (ej. inhalador); 5. Posible reacción adversa; 6. Paciente con enfermedad crónica no controlada (ej. HTA o diabetes); 7. Cambio reciente en conducta o deterioro cognitivo; 8. Tratamiento crónico prescrito por error como agudo; 9. Incidencias no recogidas específicamente que requieren comunicación con el centro de salud / Abrev.: FC: Farmacéutico Comunitario que comunica; CS: Centro de salud; MAP: Médico Atención Primaria; EAP: Enfermería Atención Primaria; FAP: Farmacéutico Atención Primaria; ADM: Administrativo Atención Primaria

HOJA DE REGISTRO PROTOCOLO

CÓDIGO FARMACIA:
Nº FARMACÉUTICOS:



UNIVERSIDAD
DE GRANADA



fundaciónHEFAME



REGISTRO PROTOCOLO COMÚN EN HTA

SEMANA PILOTO	Nº PACIENTES*	COMENTARIOS
SEMANA 1 (4 -10 nov)		
SEMANA 2 (11 -17 nov)		
SEMANA 3 (18 - 24 nov)		
SEMANA 4 (25 nov – 1 dic)		
SEMANA 5 (2 dic – 6 dic)		

EN EL CASO DE DERIVACIÓN DEL FARMACÉUTICO AL MÉDICO **

N.	FECHA	FC	COMUNICACIONES	COMENTARIOS
1			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
2			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
3			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
4			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
5			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
6			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
7			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
8			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
9			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	
10			☐ 0 ☐ 1 ☐ ≥2	

*Documentar el número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo cada semana durante la duración del piloto; **En los casos en que se haya derivado al paciente al médico según los criterios del protocolo, registrar la fecha, el FC que deriva, el número de contactos necesarios (0, 1, o 2 o más) y cualquier comentario o particularidad relevante.

HOJA DE REGISTRO DE REUNIONES

RESPONSABLE ACTA:
PROVINCIA:

UNIVERSIDAD
DE GRANADA fundaciónHEFAME

MICOP



1
5

Registro de Reunión – FC-CS

- **Fecha de la reunión y duración aproximada:**
- **Número farmacéuticos asistentes:**
- **Número asistentes CS (Médicos, Enfermeros, Administrativos):**
- **Temas tratados:**
- **Aportaciones de farmacéuticos (casos clínicos, propuestas):**
- **Decisiones/Acuerdos alcanzados:**
- **Seguimiento de decisiones (progreso o resultados):**
- **Comentarios adicionales:**

Anexo X. Cuestionarios de evaluación de la integración para farmacéuticos y equipo de atención primaria. Piloto.

CUESTIONARIO PARA EL PROYECTO PILOTO: INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la situación previa a la realización del estudio piloto de integración entre la farmacia comunitaria y atención primaria (FC-AP). Agradecemos su participación y le recordamos que sus respuestas serán anónimas y confidenciales. Por favor, responda con sinceridad.

Edad: _____

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no responder

Lugar de trabajo: ☐ Alicante ☐ Valencia ☐ Castellón

Cargo profesional: ☐ Farmacéutico titular ☐ Farmacéutico adjunto

Número de años trabajados en farmacia comunitaria: _____

Para cada uno de estos ítems, necesitamos que valore en una escala del 1 al 5 la situación en su organización, es decir, la farmacia comunitaria. Por favor, marca con una cruz la puntuación de cada ítem.

1. OBJETIVOS COMUNES. La existencia de objetivos comunes explícitos facilita la colaboración y coordinación entre atención primaria y farmacia comunitaria. Marca la situación de este aspecto en tu organización con respecto al centro de salud:

- ☐ Ausencia de objetivos comunes.
- ☐ Existencia de escasos objetivos comunes.
- ☐ Existencia de algunos objetivos comunes.
- ☐ Existencia de bastantes objetivos comunes.
- ☐ Objetivos comunes y consensuados que abarcan de forma amplia todos los aspectos asistenciales.

2. ORIENTACIÓN AL PACIENTE. Una consideración prioritaria y explícita de los intereses y preferencias de los pacientes en las interrelaciones entre las organizaciones asistenciales, favorece la colaboración y coordinación entre los profesionales de dichas organizaciones. Marca la situación en este aspecto:

- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes no se tienen en cuenta en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta poco en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta a veces en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta a menudo en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.

- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta siempre en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.

3. CONOCIMIENTO MUTUO. El conocimiento profesional mutuo acerca del enfoque asistencial, de los valores y las competencias específicas, así como del medio en el que cada profesional desarrolla su trabajo influye a la hora de poder desarrollar un espíritu de equipo y un trabajo colaborativo. El conocimiento personal también resulta de ayuda. Marca la situación de este aspecto en tu organización con respecto al centro de salud:

- ☐ Ausencia de conocimiento del equipo del centro de salud.
☐ Escaso conocimiento del equipo del centro de salud.
☐ Algún conocimiento del equipo del centro de salud.
☐ Buen conocimiento del equipo del centro de salud.
☐ Excelente conocimiento del equipo del centro de salud.

4. CONFIANZA. La confianza mutua permite la colaboración interprofesional, reduce la incertidumbre y contribuye a la generación de redes de profesionales multidisciplinares orientadas a las necesidades del paciente. Marca la situación de este aspecto en tu organización con respecto al centro de salud:

- ☐ Ausencia de confianza.
☐ El nivel de confianza es bajo.
☐ El nivel de confianza es medio.
☐ El nivel de confianza es alto.
☐ El nivel de confianza es muy alto.

5. DIRECTRICES ESTRATÉGICAS. En el ámbito de la coordinación y colaboración entre profesionales de una y otra organización influye el que desde la Autoridad Sanitaria correspondiente se transmitan directrices que fomenten el trabajo colaborativo entre los profesionales de los dos colectivos. Marca la situación en este aspecto:

- ☐ Ausencia de directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
☐ Escasas directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
☐ Algunas directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
☐ Bastantes directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
☐ Directrices y estrategias explícitas favorecedoras de la colaboración en todos los ámbitos.

6. LIDERAZGO COMPARTIDO. El liderazgo compartido a nivel local permite desarrollar la colaboración interprofesional y entre organizaciones. Marca la situación de este aspecto con el centro de salud:

- ☐ Ausencia de liderazgo compartido.
☐ Escasos ámbitos de liderazgo compartido.
☐ Algunos ámbitos de liderazgo compartido.
☐ Bastantes ámbitos de liderazgo compartido.
☐ Liderazgo compartido y que impulsa la colaboración en todos los ámbitos.

7. APOYO A LA INNOVACIÓN. La colaboración supone cambios en la práctica clínica y en el reparto de responsabilidades tanto para los profesionales de atención primaria como los de farmacia comunitaria. Estos cambios implican innovaciones que pueden ser o no apoyadas por tu colegio oficial de farmacéuticos. Marca la situación de este aspecto en tu organización:

- ☐ Nulo apoyo a la innovación.
☐ Poco apoyo a la innovación.
☐ Existe algo de apoyo a la innovación.

- ☐ Existe bastante apoyo a la innovación.
- ☐ Existe mucho apoyo a la innovación.

8. ESPACIOS DE ENCUENTRO. Para que los profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria puedan colaborar, se necesitan espacios, canales y actuaciones que permitan el contacto, el debate y el establecimiento de vínculos y compromisos entre ellos. Marca la situación en este aspecto:

- ☐ Profesionales aislados sin espacios de encuentro.
- ☐ Escasos espacios para el encuentro.
- ☐ Algunos espacios para el encuentro.
- ☐ Bastantes espacios para el encuentro.
- ☐ Muchos espacios para el encuentro.

9. PROTOCOLIZACIÓN. La protocolización permite clarificar las responsabilidades de cada profesional y negociar el reparto de dichas responsabilidades. Existen muchos mecanismos para formalizar los acuerdos y pactos entre los profesionales de una y otra organización: protocolos, rutas asistenciales, sistemas de información, acuerdos entre organizaciones o entre unidades, etc. Marca si existen estos mecanismos entre la farmacia comunitaria y el centro de salud:

- ☐ Ausencia de mecanismos.
- ☐ Pocos mecanismos.
- ☐ Algunos mecanismos.
- ☐ Bastantes mecanismos.
- ☐ Existencia de una sistemática de generación de acuerdos.

10. SISTEMA DE INFORMACIÓN. El intercambio efectivo de información de calidad entre profesionales es un elemento que facilita la colaboración y permite una mejor atención. Marca la situación de este aspecto entre la farmacia comunitaria y el centro de salud:

- ☐ No se dispone de la información relevante procedente del centro de salud.
- ☐ Se dispone de escasa información relevante del centro de salud.
- ☐ Se dispone de alguna información relevante del centro de salud.
- ☐ Se dispone de bastante información relevante del centro de salud.
- ☐ Se dispone de toda la información relevante del centro de salud.

Por último, considere su relación laboral con algún profesional del centro de salud. Piense, en general, en las interacciones que ha tenido con este profesional de atención primaria a lo largo del tiempo. Marque qué profesional e indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones utilizando la escala que se muestra a continuación.

☐ Médico ☐ Enfermería ☐ FAP

ESCALA: 1-Totalmente en desacuerdo; 2-Muy en desacuerdo; 3-En desacuerdo; 4-Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5-De acuerdo; 6-Muy de acuerdo; 7-Totalmente de acuerdo

El profesional de atención primaria es creíble.	1	2	3	4	5	6	7
Confío en este profesional de atención primaria.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo contar con este profesional de atención primaria para hacer lo que dice.	1	2	3	4	5	6	7
La comunicación entre este profesional de atención primaria y	1	2	3	4	5	6	7

yo es bidireccional.	
Tengo la intención de seguir trabajando junto a este profesional de atención primaria.	1 2 3 4 5 6 7
Mis interacciones con este profesional de atención primaria se caracterizan por una comunicación abierta de ambas partes.	1 2 3 4 5 6 7
El profesional de atención primaria y yo negociamos para llegar a un acuerdo sobre nuestras actividades en la gestión de la terapia farmacológica.	1 2 3 4 5 6 7
Este profesional de atención primaria y yo dependemos mutuamente en el cuidado de los pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
Este profesional de atención primaria trabajará conmigo para superar los desacuerdos sobre mi papel en el manejo de la terapia con medicamentos.	1 2 3 4 5 6 7
En nuestra práctica, necesito a este profesional de atención primaria tanto como él/ella me necesita a mí.	1 2 3 4 5 6 7
Este profesional de atención primaria depende de mí tanto como yo dependo de él/ella.	1 2 3 4 5 6 7
Dedico tiempo a intentar aprender cómo puedo ayudar a este profesional de atención primaria a brindar una mejor atención.	1 2 3 4 5 6 7
Intento comprender las necesidades de la práctica de este profesional de atención primaria.	1 2 3 4 5 6 7
Proporciono información a este profesional de atención primaria sobre pacientes específicos.	1 2 3 4 5 6 7

CUESTIONARIO PARA EL PROYECTO PILOTO: INTEGRACIÓN DE LA FARMACIA
COMUNITARIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA
PROFESIONALES CENTRO DE SALUD

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la situación previa a la realización del estudio piloto de integración entre la farmacia comunitaria y atención primaria (FC-AP). Agradecemos su participación y le recordamos que sus respuestas serán anónimas y confidenciales. Por favor, responda con sinceridad.

Edad: _____

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no responder

Lugar de trabajo: ☐ Alicante ☐ Valencia ☐ Castellón

Cargo profesional: ☐ Médico/a AP ☐ Enfermero/a AP ☐ Farmacéutico/a AP

Número de años trabajados en centro de salud: _____

Para cada uno de estos ítems, necesitamos que valore en una escala del 1 al 5 la situación en su organización. Por favor, marca con una cruz la puntuación de cada ítem.

1. OBJETIVOS COMUNES. La existencia de objetivos comunes explícitos facilita la colaboración y coordinación entre atención primaria y farmacia comunitaria. Marca la situación de este aspecto en tu organización con respecto a la farmacia comunitaria:

- ☐ Ausencia de objetivos comunes.
- ☐ Existencia de escasos objetivos comunes.
- ☐ Existencia de algunos objetivos comunes.
- ☐ Existencia de bastantes objetivos comunes.
- ☐ Objetivos comunes y consensuados que abarcan de forma amplia todos los aspectos asistenciales.

2. ORIENTACIÓN AL PACIENTE. Una consideración prioritaria y explícita de los intereses y preferencias de los pacientes en las interrelaciones entre las organizaciones asistenciales, favorece la colaboración y coordinación entre los profesionales de dichas organizaciones. Marca la situación en este aspecto:

- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes no se tienen en cuenta en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta poco en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta a veces en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta a menudo en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.
- ☐ Los intereses y preferencias de los pacientes se tienen en cuenta siempre en las interrelaciones entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.

3. CONOCIMIENTO MUTUO. El conocimiento profesional mutuo acerca del enfoque asistencial, de los valores y las competencias específicas, así como del medio en el que cada profesional desarrolla su trabajo influye a la hora de poder desarrollar un espíritu de equipo y un trabajo colaborativo. El conocimiento personal también resulta de ayuda. Marca la situación de este aspecto en tu organización con respecto a la farmacia comunitaria:

- ☐ Ausencia de conocimiento de la farmacia comunitaria.
- ☐ Escaso conocimiento de la farmacia comunitaria.
- ☐ Algún conocimiento de la farmacia comunitaria.
- ☐ Buen conocimiento de la farmacia comunitaria.
- ☐ Excelente conocimiento de la farmacia comunitaria.

4. CONFIANZA. La confianza mutua permite la colaboración interprofesional, reduce la incertidumbre y contribuye a la generación de redes de profesionales multidisciplinares orientadas a las necesidades del paciente. Marca la situación de este aspecto en tu organización con respecto a la farmacia comunitaria:

- ☐ Ausencia de confianza.
- ☐ El nivel de confianza es bajo.
- ☐ El nivel de confianza es medio.
- ☐ El nivel de confianza es alto.
- ☐ El nivel de confianza es muy alto.

5. DIRECTRICES ESTRATÉGICAS. En el ámbito de la coordinación y colaboración entre profesionales de una y otra organización influye el que desde la Autoridad Sanitaria correspondiente se transmitan directrices que fomenten el trabajo colaborativo entre los profesionales de los dos colectivos. Marca la situación en este aspecto:

- ☐ Ausencia de directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
- ☐ Escasas directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
- ☐ Algunas directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
- ☐ Bastantes directrices orientadas a la colaboración entre organizaciones.
- ☐ Directrices y estrategias explícitas favorecedoras de la colaboración en todos los ámbitos.

6. LIDERAZGO COMPARTIDO. El liderazgo compartido a nivel local permite desarrollar la colaboración interprofesional y entre organizaciones. Marca la situación de este aspecto con la farmacia comunitaria:

- ☐ Ausencia de liderazgo compartido.
- ☐ Escasos ámbitos de liderazgo compartido.
- ☐ Algunos ámbitos de liderazgo compartido.
- ☐ Bastantes ámbitos de liderazgo compartido.
- ☐ Liderazgo compartido y que impulsa la colaboración en todos los ámbitos.

7. APOYO A LA INNOVACIÓN. La colaboración supone cambios en la práctica clínica y en el reparto de responsabilidades tanto para los profesionales de atención primaria como los de farmacia comunitaria. Estos cambios implican innovaciones que pueden ser o no apoyadas por tu colegio oficial de farmacéuticos. Marca la situación de este aspecto en tu organización:

- ☐ Nulo apoyo a la innovación.
- ☐ Poco apoyo a la innovación.
- ☐ Existe algo de apoyo a la innovación.
- ☐ Existe bastante apoyo a la innovación.
- ☐ Existe mucho apoyo a la innovación.

8. ESPACIOS DE ENCUENTRO. Para que los profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria puedan colaborar, se necesitan espacios, canales y actuaciones que permitan el contacto, el debate y el establecimiento de vínculos y compromisos entre ellos. Marca la situación en este aspecto:

- ☐ Profesionales aislados sin espacios de encuentro.

- ☐ Escasos espacios para el encuentro.
- ☐ Algunos espacios para el encuentro.
- ☐ Bastantes espacios para el encuentro.
- ☐ Muchos espacios para el encuentro.

9. PROTOCOLIZACIÓN. La protocolización permite clarificar las responsabilidades de cada profesional y negociar el reparto de dichas responsabilidades. Existen muchos mecanismos para formalizar los acuerdos y pactos entre los profesionales de una y otra organización: protocolos, rutas asistenciales, sistemas de información, acuerdos entre organizaciones o entre unidades, etc. Marca si existen estos mecanismos entre la farmacia comunitaria y el centro de salud:

- ☐ Ausencia de mecanismos.
- ☐ Pocos mecanismos.
- ☐ Algunos mecanismos.
- ☐ Bastantes mecanismos.
- ☐ Existencia de una sistemática de generación de acuerdos.

10. SISTEMA DE INFORMACIÓN. El intercambio efectivo de información de calidad entre profesionales es un elemento que facilita la colaboración y permite una mejor atención. Marca la situación de este aspecto entre la farmacia comunitaria y el centro de salud:

- ☐ No se dispone de la información relevante procedente de la farmacia comunitaria.
- ☐ Se dispone de escasa información relevante de la farmacia comunitaria.
- ☐ Se dispone de alguna información relevante de la farmacia comunitaria.
- ☐ Se dispone de bastante información relevante de la farmacia comunitaria.
- ☐ Se dispone de toda la información relevante de la farmacia comunitaria.

Por último, considere su relación laboral con el/los farmacéuticos comunitarios. Piense, en general, en las interacciones que ha tenido con este/estos farmacéuticos comunitarios a lo largo del tiempo. Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones utilizando la escala que se muestra a continuación.

ESCALA: 1-Totalmente en desacuerdo; 2-Muy en desacuerdo; 3-En desacuerdo; 4-Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5-De acuerdo; 6-Muy de acuerdo; 7-Totalmente de acuerdo

El/la farmacéutico/a comunitario/a es creíble.	1	2	3	4	5	6	7
Confío en la experiencia de este/a farmacéutico/a en medicamentos.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo confiar en este/a farmacéutico/a para que cumpla con lo que dice.	1	2	3	4	5	6	7
La comunicación entre este/a farmacéutico/a y yo es bidireccional.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo la intención de seguir trabajando junto a este/a farmacéutico/a.	1	2	3	4	5	6	7
Mis interacciones con este/a farmacéutico/a se caracterizan por una comunicación abierta de ambas partes.	1	2	3	4	5	6	7
Este/a farmacéutico/a y yo negociamos para llegar a un acuerdo sobre nuestras actividades en la gestión de la terapia farmacológica.	1	2	3	4	5	6	7
Este/a farmacéutico/a y yo dependemos mutuamente en el	1	2	3	4	5	6	7

cuidado de los pacientes.							
Trabajaré con este/a farmacéutico/a para superar desacuerdos sobre su papel en el manejo de la terapia con medicamentos.	1	2	3	4	5	6	7
En la atención al paciente, yo necesito a este/a farmacéutico/a tanto como él/ella me necesita a mí.	1	2	3	4	5	6	7
Este/a farmacéutico/a depende de mí tanto como yo dependo de él/ella.	1	2	3	4	5	6	7
Este/a farmacéutico/a ha dedicado tiempo a intentar aprender cómo puede ayudarme a brindar una mejor atención.	1	2	3	4	5	6	7
Este/a farmacéutico/a ha mostrado interés en ayudarme a mejorar mi práctica.	1	2	3	4	5	6	7
Este/a farmacéutico/a me ha proporcionado información sobre un paciente específico.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo XI. Guion de entrevistas semiestructuradas posintervención – estudio piloto.

1) Evaluar el Impacto de las Intervenciones

¿Podría compartir cómo las intervenciones implementadas (comunicación, protocolo común con el centro de salud y reuniones) han influido en su práctica diaria? Buscamos ejemplos concretos de cambios o ajustes que hayan notado.

Desde la implementación de estas intervenciones, ¿han observado algún cambio en los resultados de los pacientes o en la eficiencia del trabajo? ¿Podrían detallar esos cambios?

2) Identificar Aspectos de Mejora

A partir de su experiencia, ¿qué aspectos de las intervenciones creen que necesitan mejora o ajustes? Estamos particularmente interesados en escuchar dificultades o desafíos que hayan enfrentado.

Durante el piloto, ¿han surgido elementos inesperados? ¿Cómo creen que estos podrían ser abordados o incorporados en el protocolo del estudio principal para mejorar su efectividad?

3) Comprender la Experiencia de Integración

En relación con la colaboración entre distintos profesionales, ¿cómo han vivido esta integración? ¿Han encontrado beneficios o desafíos significativos?

