Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

EL FARMACÉUTICO EN EL PRIMER NIVEL ANTE LAS REFORMAS SANITARIAS EN MÉXICO

THE PHARMACIST IN PRIMARY CARE AMID HEALTH REFORMS IN MEXICO

Doraline Juárez Domínguez
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Urias Bautista Sánchez
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Elena Guadalupe Olvera Hernandez
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Erick Salomón Bautista Sánchez
Escuela de Medicina Intermedica

Alejandro Chehue Romero
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4.25331

El farmacéutico en el primer nivel ante las reformas sanitarias en México

Doraline Juárez Domínguez[1]
dom0301jua@gmail.com
https://orcid.org/0009-0007-8394-3627
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico

Urias Bautista Sánchez
urias_bautista@uaeh.edu.mx
https://orcid.org/0000-0002-1182-2179
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Elena Guadalupe Olvera Hernandez
olverae@uaeh.edu.mx
https://orcid.org/0000-0002-9704-4872
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
País Mexico

Erick Salomón Bautista Sánchez
erickbausanz@gmail.com
https://orcid.org/0009-0000-2691-3973
Escuela de Medicina Intermedica
Mexico

Alejandro Chehue Romero
chehuea@uaeh.edu.mx
https://orcid.org/0000-0003-3054-7544
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
País Mexico

RESUMEN

El fortalecimiento del primer nivel de atención en México exige que el acceso a los medicamentos se acompañe de acciones que garanticen su uso seguro, efectivo y racional. El objetivo de este artículo fue analizar la pertinencia de integrar al profesional farmacéutico en los equipos de atención primaria a partir del marco jurídico, las políticas sanitarias mexicanas vigentes y la evidencia reciente sobre seguridad de la medicación, adherencia terapéutica y servicios farmacéuticos. Se realizó una revisión documental narrativa de disposiciones oficiales, documentos de organismos internacionales y revisiones sistemáticas publicadas principalmente entre 2020 y 2026. El análisis identificó cinco ejes: reconocimiento normativo de la farmacia como profesión sanitaria; alineación con los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030; prevención de errores y problemas relacionados con medicamentos; apoyo a pacientes con enfermedades crónicas; y gestión técnica de medicamentos e insumos. Se encontró que el artículo 79 de la Ley General de Salud reconoce el ejercicio profesional de la farmacia, aunque no ordena por sí mismo la presencia obligatoria del farmacéutico en todas las unidades. Se concluye que su integración requiere definición de funciones, indicadores, coordinación interprofesional y evaluación de resultados, pero constituye una estrategia coherente con la seguridad del paciente y la capacidad resolutiva del primer nivel.

Palabras clave: servicios farmacéuticos; seguridad del paciente; atención primaria de salud; uso racional de medicamentos; política sanitaria.

[1] Autor principal.
Correspondencia: dom0301jua@gmail.com

The Pharmacist in Primary Care Amid Health Reforms in Mexico

ABSTRACT

Strengthening primary care in Mexico requires access to medicines to be accompanied by actions that ensure their safe, effective, and rational use. This article aimed to analyze the relevance of integrating pharmacists into primary care teams based on the current Mexican legal framework, health policies, and recent evidence on medication safety, therapeutic adherence, and pharmaceutical services. A narrative documentary review was conducted using official regulations, documents from international organizations, and systematic reviews published mainly between 2020 and 2026. Five analytical areas were identified: legal recognition of pharmacy as a health profession; alignment with the objectives of the 2025–2030 Health Sector Program; prevention of medication errors and drug-related problems; support for patients with chronic diseases; and technical management of medicines and health supplies. Article 79 of the General Health Law recognizes the professional practice of pharmacy, although it does not by itself mandate the presence of pharmacists in every primary care facility. It is concluded that pharmacist integration requires clearly defined functions, indicators, interprofessional coordination, and outcome evaluation; nevertheless, it represents a strategy consistent with patient safety and with strengthening the problem-solving capacity of primary care.

Keywords: pharmaceutical services; patient safety; primary health care; rational use of medicines; health policy.

1. INTRODUCCIÓN

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y el espacio donde se concentran la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico inicial, el tratamiento de padecimientos frecuentes y el seguimiento de las enfermedades crónicas. Su capacidad resolutiva depende de la disponibilidad de personal, infraestructura, información clínica, tecnologías sanitarias y medicamentos, pero también de la calidad con la que estos recursos son utilizados. Una consulta oportuna puede perder efectividad cuando la prescripción no se comprende, el medicamento no está disponible, existen duplicidades o interacciones, el paciente abandona el tratamiento o no se detectan oportunamente reacciones adversas.

En México, el Programa Sectorial de Salud 2025-2030 estableció entre sus objetivos garantizar el acceso universal a los servicios, incrementar la capacidad resolutiva y la calidad de la atención, asegurar la entrega oportuna de medicamentos e insumos, fortalecer la promoción y prevención, modernizar el Sistema Nacional de Salud y disminuir brechas de atención. Estos objetivos muestran que la política sanitaria no puede reducirse a ampliar la cobertura de consultas: también debe asegurar que los tratamientos farmacológicos produzcan beneficios clínicos y no generen daños evitables.

El medicamento es una de las tecnologías sanitarias más utilizadas en atención primaria. Su empleo atraviesa distintas etapas: selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, dispensación, administración, seguimiento y farmacovigilancia. Las fallas pueden presentarse en cualquiera de ellas. La evidencia disponible ha documentado una amplia variabilidad en la frecuencia de prescripciones potencialmente inapropiadas, eventos adversos, omisiones terapéuticas y errores en contextos ambulatorios, especialmente entre personas mayores, pacientes con polifarmacia y usuarios con enfermedades crónicas (Young et al., 2022; Naseralallah et al., 2023).

El farmacéutico posee competencias específicas para evaluar la farmacoterapia, identificar problemas relacionados con medicamentos, orientar al paciente, apoyar la adherencia, participar en farmacovigilancia y colaborar en la gestión técnica de los insumos. No obstante, en numerosos establecimientos del primer nivel su función continúa asociándose principalmente con actividades logísticas o administrativas. Esta visión limitada desaprovecha su formación clínica y dificulta la consolidación de servicios farmacéuticos centrados en las personas.

El reconocimiento jurídico de la farmacia como profesión sanitaria ofrece una base para ampliar su participación. Sin embargo, es necesario evitar interpretaciones excesivas del marco legal. El artículo 79 de la Ley General de Salud exige títulos o certificados legalmente expedidos y registrados para ejercer actividades profesionales en farmacia y otras ramas de la salud; esta disposición legitima el ejercicio profesional, pero no establece por sí sola la obligación de incorporar farmacéuticos en todas las unidades de atención primaria. La integración efectiva depende de políticas institucionales, perfiles de puesto, modelos de atención, financiamiento, regulación secundaria y mecanismos de evaluación.

Por lo anterior, el objetivo de este artículo fue analizar la importancia y viabilidad de integrar al farmacéutico en el primer nivel de atención en México, considerando el marco jurídico vigente, las prioridades de la política sanitaria 2025-2030 y la evidencia reciente sobre seguridad de la medicación, adherencia terapéutica, colaboración interprofesional y calidad de los servicios farmacéuticos.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión documental narrativa con enfoque analítico. Este diseño se eligió porque el propósito no fue estimar un efecto único mediante metaanálisis, sino integrar fuentes jurídicas, documentos de política pública, lineamientos internacionales y evidencia secundaria sobre intervenciones farmacéuticas aplicables al primer nivel de atención.

La búsqueda se efectuó entre junio y julio de 2026. Se consultaron sitios oficiales de la Cámara de Diputados, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, Consejo de Salubridad General, IMSS-BIENESTAR, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Para la literatura científica se revisó PubMed, utilizando combinaciones en español e inglés de los términos: pharmacist, primary health care, primary care, pharmaceutical services, medication safety, medication errors, medication adherence, chronic disease, community pharmacy e interprofessional collaboration.

Se priorizaron documentos publicados entre 2020 y 2026, revisiones sistemáticas, metaanálisis, documentos normativos vigentes y publicaciones institucionales directamente relacionadas con la atención primaria y los medicamentos. Se conservaron algunas fuentes anteriores cuando representaban antecedentes conceptuales relevantes para los servicios farmacéuticos basados en atención primaria. Se excluyeron publicaciones sin relación directa con las funciones del farmacéutico, notas de opinión sin respaldo documental y estudios centrados exclusivamente en atención hospitalaria especializada.

La información se organizó mediante análisis temático en cinco categorías: a) marco jurídico y reconocimiento profesional; b) alineación con las políticas sanitarias mexicanas; c) seguridad de la medicación y uso racional; d) adherencia y enfermedades crónicas; y e) gestión de medicamentos, colaboración interprofesional e implementación. Debido a la heterogeneidad de las fuentes y a la naturaleza narrativa de la revisión, no se realizó evaluación cuantitativa combinada de resultados.

3. Resultados del análisis documental

3.1 Reconocimiento jurídico y alcance real de las reformas

La Ley General de Salud reconoce a la farmacia dentro de las ramas profesionales del campo sanitario. El artículo 79 dispone que el ejercicio de actividades profesionales en medicina, odontología, enfermería, química, farmacia y otras áreas requiere títulos profesionales o certificados de especialización expedidos y registrados por las autoridades competentes. Esta formulación es relevante porque confirma que las actividades farmacéuticas profesionales deben sustentarse en formación académica reconocida y no pueden reducirse a una función comercial.

El alcance de esta disposición debe interpretarse con precisión. El reconocimiento legal no equivale automáticamente a una reforma que asigne al farmacéutico un puesto clínico obligatorio en cada centro de salud. Tampoco define con detalle sus atribuciones en conciliación, seguimiento farmacoterapéutico, prescripción colaborativa o educación sanitaria. Por tanto, el marco jurídico ofrece legitimidad, pero la incorporación operativa requiere normas, manuales, perfiles laborales y modelos de atención que delimiten responsabilidades y mecanismos de coordinación.

Esta distinción es importante para evitar que el argumento del artículo dependa de una supuesta obligación legal inexistente. La propuesta de integración se sostiene mejor al combinar tres elementos: el reconocimiento de la farmacia como profesión sanitaria, los objetivos públicos relacionados con medicamentos y calidad de la atención, y la evidencia de que los servicios farmacéuticos pueden contribuir a resolver problemas concretos del primer nivel.

3.2 Correspondencia con el Programa Sectorial de Salud 2025-2030

El Programa Sectorial de Salud 2025-2030 plantea objetivos directamente vinculados con el campo farmacéutico: garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos, incrementar la capacidad resolutiva y la calidad, mejorar la prevención y fortalecer la integración del sistema. La entrega oportuna

es indispensable, pero no suficiente. Para lograr resultados sanitarios, el acceso debe acompañarse de selección apropiada, conservación adecuada, dispensación informada, vigilancia de riesgos y seguimiento del tratamiento.

Desde esta perspectiva, la participación del farmacéutico puede contribuir a que los objetivos programáticos se traduzcan en procesos verificables. En el acceso, puede apoyar el análisis de consumos, la rotación de existencias y la prevención de pérdidas. En la calidad, puede revisar tratamientos, detectar riesgos y documentar intervenciones. En promoción y prevención, puede educar sobre automedicación, antibióticos, conservación, dispositivos de administración y signos de alarma. En integración del sistema, puede facilitar la conciliación de medicamentos entre niveles de atención.

La política pública también enfatiza la gratuidad y la atención de personas sin seguridad social. En este grupo, la continuidad farmacoterapéutica puede verse afectada por cambios de unidad, surtimiento incompleto, dificultades de comprensión, barreras geográficas y coexistencia de tratamientos prescritos en distintos servicios. La gestión centrada exclusivamente en la entrega no identifica estos problemas. Un servicio farmacéutico clínico y comunitario puede convertir el contacto con el usuario en una oportunidad de evaluación y educación.

3.3 Seguridad de la medicación y uso racional

La seguridad de la medicación es uno de los argumentos más sólidos para integrar al farmacéutico. Los errores ambulatorios pueden relacionarse con selección inadecuada, dosis incorrectas, duplicidades, interacciones, contraindicaciones, omisiones, instrucciones ambiguas, problemas de administración y falta de seguimiento. Una revisión sistemática sobre seguridad de la medicación en atención primaria encontró gran heterogeneidad en definiciones y resultados, aunque confirmó que las poblaciones de alto riesgo —en particular adultos mayores y personas con polifarmacia— concentran buena parte de los problemas estudiados (Young et al., 2022).

Una revisión posterior de entornos ambulatorios identificó factores vinculados con los pacientes, los profesionales, la comunicación, los sistemas de información y la organización del trabajo. También señaló que las intervenciones para disminuir errores son diversas y que su evaluación requiere indicadores más consistentes (Naseralallah et al., 2023). Estos hallazgos apoyan un enfoque sistémico:

el error no debe atribuirse únicamente a una persona, sino analizarse dentro del circuito completo del medicamento.

Las funciones farmacéuticas pertinentes incluyen validación técnica de la prescripción, revisión de alergias e interacciones, identificación de duplicidades, ajuste y comunicación de discrepancias, educación sobre dosis y duración, evaluación del uso de dispositivos, detección de reacciones adversas y derivación al médico cuando exista riesgo. El farmacéutico no sustituye el diagnóstico ni la prescripción médica; agrega una barrera de seguridad especializada en farmacoterapia.

La OPS publicó en 2024 una herramienta para evaluar la calidad de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria. Sus áreas incluyen atención farmacéutica, aseguramiento de la calidad, gestión, recursos humanos e investigación. La existencia de indicadores específicos confirma que los servicios farmacéuticos deben considerarse parte integral del sistema y no un componente accesorio. En México, estos indicadores podrían adaptarse para medir intervenciones, problemas detectados, aceptaciones por el equipo, adherencia, eventos adversos, satisfacción y continuidad terapéutica.

El uso racional también implica seleccionar medicamentos conforme a evidencia, necesidades prioritarias y disponibilidad institucional. El Compendio Nacional de Insumos para la Salud orienta la selección en las instituciones públicas. No obstante, la aplicación cotidiana requiere profesionales capaces de interpretar indicaciones, restricciones, presentaciones, condiciones de almacenamiento y alternativas terapéuticas. La participación farmacéutica puede articular la política de selección con la práctica clínica y la gestión local.

3.4 Enfermedades crónicas, polifarmacia y adherencia

Las enfermedades crónicas generan una demanda sostenida en el primer nivel. Diabetes, hipertensión, dislipidemia, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y padecimientos cardiovasculares suelen requerir tratamientos prolongados, múltiples medicamentos y ajustes periódicos. La adherencia no depende solamente de la voluntad: intervienen la comprensión, los efectos adversos, la complejidad de la pauta, el costo indirecto, el acceso, las creencias, el apoyo familiar y la relación con los servicios.

Las intervenciones lideradas por farmacéuticos suelen incluir educación individual, revisión de medicamentos, recordatorios, seguimiento presencial o remoto y coordinación con el prescriptor. Una revisión sistemática de ensayos controlados publicada en 2025 encontró que 18 de 26 estudios reportaron

una asociación significativa entre intervenciones farmacéuticas y mayor adherencia en enfermedades crónicas, aunque la heterogeneidad y el riesgo de sesgo obligan a interpretar los resultados con cautela (Farhana et al., 2025).

También existe evidencia de beneficio en condiciones específicas. En tratamientos hipolipemiantes, un metaanálisis observó mejor adherencia en los grupos con intervención farmacéutica, aunque el efecto sobre desenlaces clínicos permaneció menos claro (Oñatibia-Astibia et al., 2021). Esta diferencia entre mejorar conductas de uso y demostrar resultados clínicos duros es relevante: los programas mexicanos deberán evaluar no solo actividades realizadas, sino control clínico, hospitalizaciones, eventos adversos y calidad de vida.

El farmacéutico puede identificar barreras mediante entrevistas breves, simplificar la información, elaborar esquemas horarios, revisar técnicas de inhalación o aplicación, detectar medicamentos que el paciente dejó de tomar y comunicar discrepancias al equipo. En personas con polifarmacia, la revisión periódica es útil para reconocer tratamientos sin indicación vigente, duplicidades y riesgos acumulativos. Estas acciones son particularmente valiosas durante transiciones entre hospital, consulta de especialidad y centro de salud.

3.5 Gestión técnica, acceso y continuidad

El desabasto y la entrega incompleta afectan la continuidad terapéutica, pero también existen pérdidas por caducidad, almacenamiento inadecuado, errores de inventario y patrones de consumo no analizados. La formación farmacéutica permite integrar información clínica y logística para estimar necesidades, priorizar medicamentos esenciales, vigilar condiciones de conservación y proponer medidas ante variaciones de demanda.

La función logística no debe oponerse a la clínica. Ambas son complementarias. Una gestión eficiente garantiza disponibilidad; la atención farmacéutica procura que el producto disponible sea apropiado y se utilice correctamente. Separar por completo estos componentes puede producir dos extremos: almacenes organizados sin seguimiento del paciente, o intervenciones clínicas sin medicamentos suficientes. El modelo de primer nivel necesita una visión integrada.

El farmacéutico también puede contribuir a la farmacovigilancia y tecnovigilancia, al reporte de sospechas de reacciones adversas, errores de medicación, falta de efectividad y problemas de calidad.

En unidades con recursos limitados, un sistema sencillo de registro y análisis puede identificar medicamentos de alto riesgo, causas frecuentes de devolución, problemas de comprensión y grupos que requieren seguimiento prioritario.

3.6 Colaboración interprofesional

La integración del farmacéutico no debe construirse como una competencia con medicina o enfermería. La atención primaria exige complementariedad de conocimientos y comunicación efectiva. Una revisión sistemática de 2024 sobre colaboración entre farmacéuticos comunitarios y profesionales de atención primaria identificó beneficios potenciales, pero también barreras relacionadas con roles poco claros, intercambio insuficiente de información, falta de remuneración y escasa integración tecnológica (Angibaud et al., 2024).

Para evitar conflictos, las instituciones deben definir rutas de intervención: qué problemas puede resolver directamente el farmacéutico, cuáles requieren comunicación inmediata con el médico, cómo se documentan las recomendaciones, qué tiempos de respuesta existen y cómo se evalúa la aceptación. La historia clínica compartida y los canales institucionales son más seguros que la comunicación informal.

Un modelo viable puede iniciar con actividades de alto impacto y alcance delimitado: conciliación en pacientes referidos o egresados, revisión de polifarmacia, educación sobre medicamentos de alto riesgo, seguimiento de adherencia, vigilancia de antibióticos, apoyo en dispositivos y farmacovigilancia. La expansión posterior debe depender de resultados y capacidad instalada.

4. Discusión

Los resultados muestran que la pertinencia del farmacéutico en el primer nivel no deriva de una sola reforma ni de la defensa corporativa de una profesión. Surge de la convergencia entre problemas sanitarios concretos, objetivos de política pública y competencias profesionales. México busca ampliar el acceso, garantizar medicamentos, fortalecer la prevención y aumentar la capacidad resolutiva; cada uno de estos propósitos puede verse limitado por fallas en la farmacoterapia.

El principal aporte de una integración farmacéutica sería transformar la dispensación de un acto de entrega en un proceso de seguridad y acompañamiento. Esto no significa convertir cada contacto en una consulta extensa. La estratificación de riesgo permite concentrar recursos en adultos mayores, pacientes

con cinco o más medicamentos, personas con insuficiencia renal o hepática, usuarios de anticoagulantes, insulina, anticonvulsivantes u otros medicamentos de estrecho margen terapéutico, y pacientes con antecedentes de eventos adversos o baja adherencia.

La evidencia internacional es favorable, pero no uniforme. Las revisiones sistemáticas reportan mejoras en adherencia, detección de problemas y algunos indicadores clínicos, aunque persisten heterogeneidad, diferencias en intensidad de las intervenciones y limitaciones metodológicas. Por ello, no es científicamente correcto afirmar que toda intervención farmacéutica produce automáticamente reducción de hospitalizaciones o costos. El beneficio depende del diseño, población, integración con el equipo, acceso a información y seguimiento.

En el contexto mexicano, la implementación enfrenta desafíos. El primero es normativo: se necesitan atribuciones y perfiles claros. El segundo es laboral: deben existir plazas, remuneración y tiempo protegido para actividades clínicas. El tercero es formativo: no todos los profesionales han recibido el mismo entrenamiento en atención farmacéutica, comunicación, documentación y toma de decisiones basada en evidencia. El cuarto es tecnológico: sin acceso a antecedentes clínicos, resultados de laboratorio y tratamientos vigentes, la revisión queda incompleta. El quinto es cultural: pacientes y profesionales deben reconocer al farmacéutico como integrante del equipo de salud.

Una estrategia gradual puede ser más viable que una incorporación general sin evaluación. Podrían seleccionarse unidades con alta carga de enfermedad crónica, polifarmacia o transiciones frecuentes entre niveles. Los programas piloto deberían contar con protocolos, capacitación, herramientas de documentación y un conjunto mínimo de indicadores. Entre ellos: número y tipo de problemas relacionados con medicamentos; intervenciones aceptadas; discrepancias resueltas; adherencia; control de presión arterial, glucosa u otros marcadores; sospechas de reacciones adversas notificadas; surtimiento completo; pérdidas por caducidad; satisfacción; referencias evitables y utilización de urgencias.

El análisis económico también es necesario. Un servicio farmacéutico puede requerir inversión inicial en personal y sistemas. Sus beneficios potenciales incluyen prevención de daños, menor desperdicio y mejor control terapéutico, pero deben demostrarse localmente. Las evaluaciones deberían considerar

costos de implementación, ahorro por insumos, eventos evitados y resultados ajustados por riesgo. Sin esta evidencia, la expansión nacional podría depender de argumentos plausibles pero insuficientes.

Asimismo, el artículo 79 debe utilizarse como fundamento de reconocimiento profesional, no como prueba de una obligación institucional inexistente. La fortaleza argumentativa aumenta cuando se reconoce este límite y se plantea que las políticas públicas deben desarrollar el marco operativo. La propuesta no consiste en afirmar que la ley ya resolvió la integración, sino en señalar que existe una base jurídica compatible con su desarrollo.

Desde la salud pública, el farmacéutico puede participar más allá del seguimiento individual. Su cercanía con la comunidad permite apoyar campañas de vacunación, educación sobre antibióticos, detección de riesgos, orientación frente a productos sin evidencia, promoción de estilos de vida y derivación oportuna. Sin embargo, estas actividades deben articularse con programas institucionales para evitar duplicidad y asegurar calidad.

Esta revisión presenta limitaciones. Al ser narrativa, no siguió todos los pasos de una revisión sistemática ni realizó evaluación formal del riesgo de sesgo de cada fuente. Además, gran parte de la evidencia proviene de sistemas sanitarios con organización y financiamiento diferentes al mexicano. Por ello, los hallazgos respaldan la pertinencia de diseñar y evaluar modelos nacionales, pero no permiten trasladar de manera automática magnitudes de efecto o estimaciones económicas.

A pesar de estas limitaciones, la convergencia entre documentos oficiales, herramientas internacionales y revisiones científicas permite sostener una conclusión prudente: el farmacéutico puede fortalecer el primer nivel cuando sus funciones están definidas, se integra al equipo, cuenta con información clínica y sus intervenciones son evaluadas. La discusión debe avanzar de la pregunta sobre si el farmacéutico es importante hacia la definición de qué servicios debe brindar, a qué pacientes, con qué indicadores y bajo qué condiciones.

5. Propuesta de integración para el primer nivel

Con base en el análisis, se propone un modelo escalonado. En una primera fase, la institución debe realizar un diagnóstico de necesidades: perfil epidemiológico, medicamentos de mayor consumo, eventos adversos, polifarmacia, surtimiento, caducidades y capacidad del personal. La selección de unidades debe priorizar aquellas con mayor riesgo farmacoterapéutico.

En una segunda fase, se definiría una cartera mínima de servicios: validación y dispensación informada; conciliación; revisión de polifarmacia; educación en medicamentos de alto riesgo; seguimiento de adherencia; apoyo en dispositivos; farmacovigilancia; análisis de consumo y gestión de inventarios. Cada servicio debe contar con criterios de inclusión, procedimiento, formato de registro y ruta de referencia.

La tercera fase correspondería a la integración interprofesional. El farmacéutico tendría acceso a información pertinente, participaría en sesiones clínicas seleccionadas y comunicaría recomendaciones mediante canales institucionales. Los desacuerdos se resolverían con criterios clínicos, evidencia y responsabilidad compartida, manteniendo la autonomía de cada profesión dentro de su ámbito.

La cuarta fase sería la evaluación. A los seis y doce meses se compararían indicadores de proceso, resultado y seguridad. La continuidad del programa dependería de resultados, aceptación de usuarios y equipo, sostenibilidad y oportunidades de mejora. Este enfoque evita implementar plazas sin objetivos medibles y permite generar evidencia mexicana.

Finalmente, la formación debe acompañar el modelo. Se requieren competencias en farmacoterapia, atención primaria, comunicación, salud pública, epidemiología, seguridad del paciente, gestión y evaluación de servicios. Las universidades, colegios e instituciones sanitarias pueden colaborar en programas de educación continua y residencias o prácticas supervisadas.

6. CONCLUSIONES

El farmacéutico posee competencias pertinentes para responder a necesidades prioritarias del primer nivel de atención: seguridad de la medicación, uso racional, adherencia, polifarmacia, farmacovigilancia, educación sanitaria y gestión de insumos. Estas funciones se alinean con los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030 y con el enfoque de servicios farmacéuticos basados en atención primaria.

El artículo 79 de la Ley General de Salud reconoce a la farmacia como profesión del campo sanitario y exige formación legalmente acreditada para su ejercicio. Sin embargo, no establece por sí mismo la incorporación obligatoria del farmacéutico en todas las unidades. La integración requiere desarrollo institucional, perfiles de puesto, financiamiento, acceso a información y coordinación interprofesional.

La evidencia internacional sugiere que las intervenciones farmacéuticas pueden mejorar adherencia, identificar problemas y fortalecer procesos de seguridad, aunque sus efectos dependen del contexto y no todos los desenlaces son consistentes. México necesita programas piloto y evaluaciones propias antes de una expansión generalizada.

Integrar al farmacéutico no consiste únicamente en añadir un profesional, sino en diseñar un servicio con objetivos, población prioritaria, protocolos e indicadores. Bajo estas condiciones, su participación puede contribuir a un primer nivel más seguro, resolutivo, eficiente y centrado en las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angibaud, M., Jourdain, M., Girard, S., Rouxel, L., Mouhib, A., Nogueira, A., Rat, C., & Huon, J.-F. (2024). Involving community pharmacists in interprofessional collaboration in primary care: A systematic review. BMC Primary Care, 25, 103. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02326-3

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026). Ley General de Salud. Texto vigente. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Consejo de Salubridad General. (2025). Compendio Nacional de Insumos para la Salud, versión 2025. Gobierno de México.

Foot, H., Scott, I., Sturman, N., Whitty, J. A., Rixon, K., Connelly, L., Williams, I., & Freeman, C. (2022). Impact of pharmacist and physician collaborations in primary care on reducing readmission to hospital: A systematic review and meta-analysis. Research in Social and Administrative Pharmacy, 18(6), 2922–2943. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.015

Insani, W. N., Whittlesea, C., Alwafi, H., Man, K. K. C., Chapman, S., & Wei, L. (2021). Prevalence of adverse drug reactions in the primary care setting: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 16(5), e0252161. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252161

Milosavljevic, A., Aspden, T., & Harrison, J. (2018). Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: A systematic review. International Journal of Pharmacy Practice, 26(5), 387–397. https://doi.org/10.1111/ijpp.12462

Mumbi, A., Mugo, P., Barasa, E., Abiiro, G. A., & Nzinga, J. (2024). Factors influencing the uptake of public health interventions delivery by community pharmacists: A systematic review of global evidence. PLOS ONE, 19(8), e0298713. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298713

Naseralallah, L., Stewart, D., Price, M., & Paudyal, V. (2023). Prevalence, contributing factors, and interventions to reduce medication errors in outpatient and ambulatory settings: A systematic review. International Journal of Clinical Pharmacy, 45(6), 1359–1377. https://doi.org/10.1007/s11096-023-01626-5

Oñatibia-Astibia, A., Malet-Larrea, A., Gastelurrutia, M. A., Calvo, B., & Goyenechea, E. (2021). Community pharmacist interventions to improve adherence to lipid lowering medication and their influence on clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27(2), 451–463. https://doi.org/10.1111/jep.13451

Organización Mundial de la Salud. (2017). Medication without harm: WHO global patient safety challenge. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Medication safety in primary care. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Model list of essential medicines: 23rd list. World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: Documento de posición de la OPS/OMS. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: Herramienta para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios farmacéuticos. OPS.

Secretaría de Salud. (2025). Programa Sectorial de Salud 2025-2030. Diario Oficial de la Federación, 4 de septiembre de 2025.

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. (2025). Programa Institucional IMSS-BIENESTAR 2025-2030. Diario Oficial de la Federación.

Farhana, L., Rahayu, F. P., Sholihah, S., Sweileh, W., Abdulah, R., & Alfian, S. D. (2025). Effectiveness of pharmacist-led intervention on medication adherence in chronic diseases: A systematic review of randomized controlled trials. Patient Preference and Adherence, 19, 2161–2178. https://doi.org/10.2147/PPA.S530503

Vogt, C. J., Moecker, R., Jacke, C. O., Haefeli, W. E., & Seidling, H. M. (2024). Exploring the heterogeneity in community pharmacist-led medication review studies: A systematic review. Research in Social and Administrative Pharmacy, 20(8), 679–688. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.03.012

White, A., Fulda, K. G., Blythe, R., Chui, M. A., Reeve, E., Young, R., Espinoza, A., Hendrix, N., & Xiao, Y. (2022). Defining and enhancing collaboration between community pharmacists and primary care providers to improve medication safety. Expert Opinion on Drug Safety, 21(11), 1357–1364. https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2147923

Young, R. A., Fulda, K. G., Espinoza, A., Gurses, A. P., Hendrix, Z. N., Kenny, T., & Xiao, Y. (2022). Ambulatory medication safety in primary care: A systematic review. Journal of the American Board of Family Medicine, 35(3), 610–628. https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.03.210334