

BARRERAS ESTRUCTURALES Y OPORTUNIDADES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA CLÍNICA EN FARMACIAS COMUNITARIAS PANAMEÑAS

STRUCTURAL BARRIERS AND IMPLEMENTATION OPPORTUNITIES FOR CLINICAL PHARMACEUTICAL CARE IN PANAMANIAN COMMUNITY PHARMACIES

Jossi Oscar Quiel Martínez¹

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar barreras estructurales y oportunidades para implementar atención farmacéutica clínica en farmacias comunitarias panameñas, integrando evidencia científica y marco regulatorio vigente. Se realizó una revisión de alcance (scoping review) de literatura académica (PubMed/PMC, BMC, SciELO y literatura gris académica regional) y un análisis documental normativo de Panamá. Los hallazgos se organizaron en cinco dominios: (1) regulación y gobernanza, (2) organización del servicio y modelo de negocio, (3) financiamiento y remuneración, (4) capacidades e infraestructura (incluida interoperabilidad digital), y (5) cultura sanitaria y relación con otros profesionales. Se identificaron barreras recurrentes: ausencia de incentivos financieros específicos para servicios clínicos; heterogeneidad en formación clínica aplicada; limitaciones de espacio físico, privacidad y tiempo; baja integración con atención primaria; y gobernanza aún orientada al medicamento como producto más que al seguimiento terapéutico. A la vez, emergen oportunidades: reformas regulatorias recientes en medicamentos y definiciones que permiten desarrollar servicios; posicionamiento regional de farmacias como punto de entrada a la atención primaria; y lineamientos internacionales que recomiendan integrar plenamente al farmacéutico en el primer nivel de atención. Se concluye que Panamá cuenta con condiciones habilitantes parciales, pero requiere una agenda de implementación por fases con: modelos de pago por servicios, estándares mínimos de infraestructura/registro, capacitación certificable, e interoperabilidad con el sistema sanitario.

Palabras clave: Atención farmacéutica clínica, farmacia comunitaria, barreras estructurales, implementación, Panamá, servicios farmacéuticos.

Abstract

This study aimed to analyze structural barriers and implementation opportunities for clinical pharmaceutical care in Panamanian community pharmacies by integrating scientific evidence and the national regulatory framework. A scoping review of academic literature (PubMed/PMC, BMC, Scielo and selected regional grey literature) and a documentary analysis of Panama's regulatory instruments were conducted. Findings were grouped into five domains: (1) regulation and governance, (2) service organization and business model, (3) financing and remuneration, (4) workforce capacity and infrastructure (including digital interoperability), and (5) health culture and interprofessional collaboration. Recurring barriers included lack of financial incentives for

Recepción: 04 de abril de 2026 / Evaluación: 30 de mayo de 2026 / Aprobado: 10 de junio de 2026

¹ Farmacéutico. Docente en la Universidad Internacional Nueva Luz. Email: oscarquiel91@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5917-5854>



clinical services, heterogeneous applied clinical training, limited physical space/privacy/time, low integration with primary care, and governance still oriented to medicines as products rather than longitudinal pharmacotherapy follow-up. Opportunities were also identified: recent regulatory reforms in medicines; regional positioning of pharmacies as accessible primary care entry points; and international policy statements recommending full integration of pharmacists within health systems. Panama shows partial enabling conditions but requires a phased implementation agenda including service-based payment models, minimum standards for infrastructure and documentation, certifiable training pathways, and interoperability with the broader health system.

Keywords: Clinical pharmaceutical care, community pharmacy, structural barriers, implementation, Panama, pharmaceutical services.

Introducción

La atención farmacéutica clínica ha ido ganando espacio como una herramienta útil para mejorar los resultados en salud, afinar el uso de los medicamentos y hacer frente a los riesgos que trae consigo la polifarmacia, sobre todo en pacientes crónicos que necesitan seguimiento cercano y educación constante (Lugo et al., 2019; Pereira et al., 2021). En ese marco, la farmacia comunitaria ofrece un entorno privilegiado por su cercanía y accesibilidad; desde ahí se puede intervenir a tiempo en asuntos de adherencia, seguridad farmacoterapéutica y prevención de eventos adversos (Piquer Martínez, 2025).

Los estudios internacionales coinciden en que servicios como la revisión de la medicación, la conciliación terapéutica o la educación sanitaria generan beneficios clínicos y económicos, aunque su puesta en marcha sigue siendo dispareja por barreras estructurales, normativas, profesionales y culturales (Pereira et al., 2021; Filmer et al., 2023). En América Latina el camino ha sido desigual: la fragmentación de los sistemas, la escasa presencia del farmacéutico en equipos multidisciplinarios y un modelo de farmacia que todavía gira en torno a la venta y la dispensación frenan ese desarrollo (Lugo et al., 2019; Báez Cepeda & Suárez Peralta, 2024).

Panamá no escapa a esa lógica. La combinación de un sistema de salud mixto y un tejido amplio de farmacias comunitarias privadas ha reforzado el perfil logístico del farmacéutico, con una articulación clínica muy limitada con el resto de los niveles de atención (Zapata Jaén, 2024). A esto se le suman la sobrecarga laboral, los huecos normativos, la falta de incentivos institucionales y una formación universitaria que todavía flaquea en áreas como farmacovigilancia activa, seguimiento farmacoterapéutico y educación al paciente (Piquer Martínez, 2025; López Bermúdez et al., 2025). Además de las barreras regulatorias y formativas, la comunicación organizacional desempeña un papel determinante en la implementación de procesos de cambio dentro de las instituciones de salud. Aray Fuentes (2025) señala que una comunicación interna efectiva fortalece la coordinación entre los actores institucionales, incrementa el compromiso organizacional y favorece la adopción de nuevas prácticas profesionales, condiciones necesarias para incorporar exitosamente servicios clínicos farmacéuticos en las farmacias comunitarias.

Del lado de la gente, muchos aún desconocen el papel clínico que puede jugar el farmacéutico y ven la farmacia solo como un punto de venta, lo que dificulta la aceptación de servicios más integrales (Báez Cepeda & Suárez Peralta, 2024). El problema que aquí se aborda está justo en esa distancia entre lo que el farmacéutico comunitario podría hacer en la práctica clínica y lo que realmente se está implementando en el país.

Nuestra hipótesis es que las barreras organizativas, normativas y formativas son las que más pesan, y que trabajarlas de forma estratégica ayudaría a mejorar la continuidad de los tratamientos, la seguridad del paciente y los resultados de salud. El estudio tiene un valor social concreto: busca generar evidencia local que sirva para fortalecer el uso racional de los medicamentos y ofrecer recomendaciones útiles a universidades, entes reguladores y quienes toman decisiones en salud (Carrillo Socha & Navarrete Romero, 2016; Pereira et al., 2021).

Metodología

Este trabajo se mueve en el terreno cualitativo, con una mirada descriptivo-analítica, sin experimentos de por medio y con una sola toma temporal. ¿Por qué este enfoque? Porque entender las barreras y las oportunidades de la atención farmacéutica clínica en farmacias comunitarias panameñas no es algo que se resuelva midiendo variables aisladas; hay que poner sobre la mesa condiciones normativas, organizativas, formativas, económicas y socioculturales que se entrelazan en la práctica diaria del farmacéutico. Así que la metodología no es un mero trámite procedimental, sino la base que nos permite interpretar el problema con seriedad y sin perder de vista el contexto (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Panamá arrastra un sistema de salud partido en dos y una farmacia comunitaria que funciona casi por completo en manos privadas. Eso ha hecho que, por años, la labor del farmacéutico se reduzca a despachar medicamentos, mientras que el seguimiento farmacoterapéutico, la educación al paciente, la farmacovigilancia activa o la prevención de problemas ligados a los medicamentos ocupan un lugar marginal. La literatura internacional deja claro que la atención farmacéutica clínica ayuda a que la gente se adhiera mejor a sus tratamientos, disminuye eventos adversos y mejora los resultados de salud; sin embargo, en Panamá su institucionalización sigue siendo escasa y desaparece (Pereira et al., 2021; Filmer et al., 2023). Nuestro objetivo, entonces, va más allá de enumerar obstáculos: nos interesa detectar esas condiciones estratégicas que podrían allanar el camino hacia un modelo farmacéutico más clínico, integrado y pendiente del paciente.

Como no buscamos manipular nada ni meter mano directamente en la realidad, el diseño no experimental resulta el adecuado. Solo observamos lo que aparece en los documentos, en las prácticas profesionales reflejadas en la literatura y en los marcos normativos que existen. El corte transversal nos permite juntar evidencia producida en diferentes momentos y lugares, y así construir una visión comparativa bastante amplia sobre cómo se han ido implementando los servicios clínicos farmacéuticos. Esto ayuda a identificar patrones que se repiten y tensiones estructurales que no son exclusivas de Panamá, sino que aparecen una y otra vez en América Latina, sobre todo allí donde la farmacia sigue teniendo un fuerte perfil comercial y poca articulación con los equipos de salud (Lugo et al., 2019; Báez Cepeda & Suárez Peralta, 2024).

La revisión documental y el análisis de contenido cualitativo son las herramientas que sostienen todo el andamiaje. Revisar documentos implica recoger, escoger y darle sentido a artículos científicos, revisiones sistemáticas, normas, guías técnicas, informes institucionales y publicaciones académicas que hablen de atención farmacéutica clínica, farmacia comunitaria, sistemas de salud y políticas farmacéuticas. Para eso recurrimos a bases como PubMed, Scopus, SciELO, Dialnet y Google Académico, dándole prioridad a trabajos recientes, revisados por pares y que tengan algo que decir sobre América Latina y Panamá. Así nos aseguramos de que el análisis se apoye en evidencia y no en opiniones sueltas (Bowen, 2009).

Desde una perspectiva metodológica, el análisis sistemático de procesos también permite identificar puntos críticos y oportunidades de mejora dentro de sistemas organizacionales complejos. Aunque desarrollado en un contexto de ingeniería, Benavidez-Acosta et al. (2021) destacan la importancia de los sistemas de control para el monitoreo, evaluación y optimización de procesos, principio que resulta aplicable al análisis organizacional realizado en esta investigación.

Nuestra población de estudio son documentos científicos, técnicos y normativos centrados en la implementación de la atención farmacéutica clínica en farmacias comunitarias o entornos ambulatorios. Para armar la muestra documental fijamos criterios claros: entran publicaciones en español e inglés, investigaciones sobre barreras estructurales, organizativas, formativas o regulatorias, y documentos de instituciones reconocidas. Dejamos fuera los trabajos que solo hablan de farmacia hospitalaria, aquellos sin texto completo, los duplicados o los que carecen de un respaldo metodológico explícito. Esta delimitación no es un capricho; nos ayuda a mantener el foco en evidencia directamente conectada con el problema que investigamos.

El análisis de la información se hizo mediante codificación temática, siguiendo el espíritu del análisis de contenido cualitativo. Después de leer críticamente los documentos seleccionados, fuimos identificando categorías centrales: barreras organizacionales, vacíos normativos, limitaciones formativas, restricciones económicas, escasa integración interprofesional y percepciones socioculturales que los usuarios tienen sobre el papel del farmacéutico. Al mismo tiempo, pusimos atención a las oportunidades que aparecían: fortalecimiento curricular, actualización de normas, uso de tecnologías sanitarias, colaboración con otros profesionales y la posibilidad de incorporar servicios clínicos de manera progresiva en la farmacia comunitaria. Así, logramos pasar de una simple descripción del problema a una interpretación crítica de sus causas y de sus posibilidades reales de transformación (Bardin, 2016).

Para que el estudio tenga solidez, utilizamos triangulación de fuentes, contrastando hallazgos de distintos contextos geográficos, marcos regulatorios y experiencias de implementación. Esto nos permite poner a dialogar la realidad panameña con lo que ha pasado en otras latitudes, identificar qué elementos se pueden transferir, cuáles son limitaciones propias del contexto y qué condiciones se necesitan para adoptar de manera realista un modelo clínico farmacéutico. La confiabilidad se apoya en la aplicación sistemática de criterios de búsqueda, selección, exclusión y categorización documental, lo cual hace transparente el proceso y facilita que otros puedan replicarlo. Además, el hecho de usar literatura científica revisada por pares le da mayor credibilidad académica al análisis.

En el aspecto ético, esta investigación no toca a personas ni maneja datos personales, porque se basa únicamente en fuentes secundarias de acceso científico, técnico o institucional. Aun así, mantenemos un compromiso con la integridad académica: citamos como corresponde a los autores consultados, respetamos la propiedad intelectual y exponemos con franqueza los límites del estudio. Este cuidado ético resulta especialmente importante en investigaciones documentales, donde el rigor no depende de la recolección directa de datos sino de la fidelidad interpretativa, la transparencia metodológica y la responsabilidad con que se usa la evidencia.

En definitiva, la metodología que adoptamos nos da un marco firme para analizar críticamente la brecha que hay entre el potencial clínico del farmacéutico comunitario y lo que realmente se está implementando en Panamá. El enfoque cualitativo, el diseño no experimental, la revisión documental y el análisis de contenido nos permiten abordar el fenómeno con una mirada integral, contextualizada y con fundamento científico. De esta manera, el estudio no solo describe

barreras, sino que ofrece una lectura estratégica sobre las condiciones necesarias para fortalecer el rol clínico del farmacéutico comunitario, optimizar el uso racional de medicamentos y contribuir a mejores resultados en salud desde la farmacia comunitaria panameña (Piquer Martínez, 2025; Zapata Jaén, 2024; Pereira et al., 2021).

Resultados y discusión

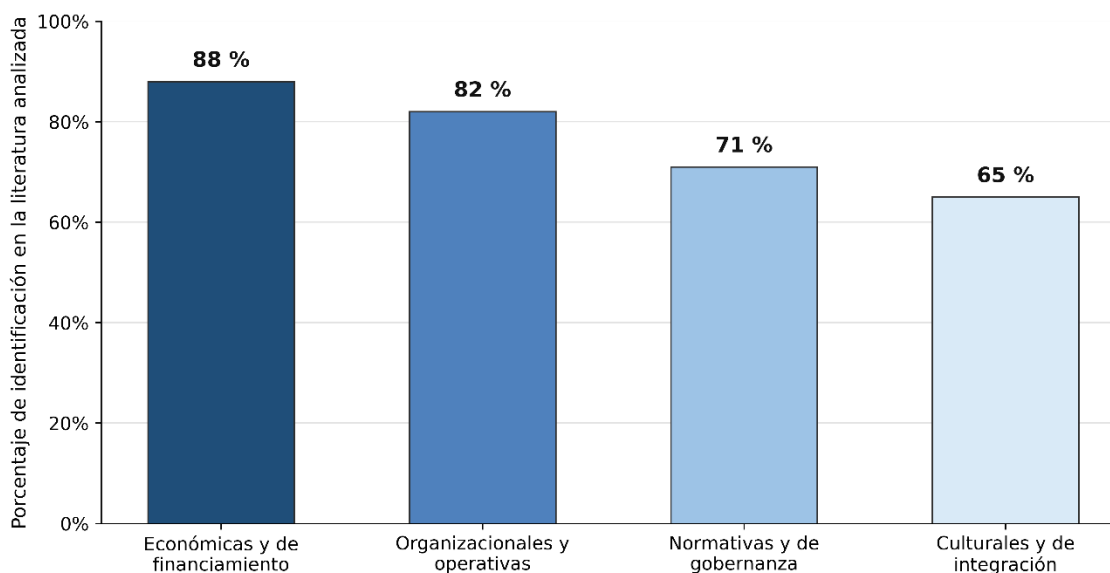
Al cruzar la literatura científica con los documentos normativos que revisamos, empezaron a dibujarse ciertos patrones que aparecían una y otra vez. Hablamos de trabas estructurales, de vacíos en la formación y también de algunas oportunidades que valdría la pena aprovechar para que la atención farmacéutica clínica eche raíces en las farmacias comunitarias panameñas. Los hallazgos que presentamos a continuación se ordenan en tres grandes dimensiones, y en cada una mezclamos lo que arrojó el análisis de contenido con una discusión que intenta leer esos datos a la luz del contexto real.

Tabla 1. Barreras estructurales que aparecen con más fuerza en los documentos revisados, según el análisis de contenido aplicado a la atención farmacéutica clínica en farmacias comunitarias panameñas.

Categoría de Barrera Estructural	Factores Clave Identificados	Frecuencia Relativa de Aparición Temática (%) *
Económicas y de Financiamiento	Ausencia de incentivos financieros específicos; inexistencia de modelos de remuneración por servicios clínicos; sostenibilidad del servicio no asegurada.	88%
Organizacionales y Operativas	Limitaciones de espacio físico y privacidad; sobrecarga laboral y escasez de tiempo; insuficiente dotación de recursos humanos; flujo de trabajo centrado en logística.	82%
Normativas y de Gobernanza	Gobernanza orientada al medicamento como producto; falta de lineamientos claros para provisión y evaluación; débil articulación con el sistema sanitario.	71%
Culturales y de Integración	Percepción social de la farmacia como establecimiento comercial; baja integración interprofesional (médico-farmacéutico); expectativas del usuario centradas en la dispensación.	65%

Nota: Los valores porcentuales representan la frecuencia relativa con la que estas categorías temáticas fueron identificadas como obstáculos críticos en el corpus documental analizado (literatura científica y normativa relevante para Panamá), no datos empíricos de encuestas.

Figura 1. Distribución de barreras estructurales identificadas en el análisis documental sobre farmacia comunitaria en Panamá



Fuente: elaboración propia a partir del análisis documental.

Tabla 2. Matriz de evidencia documental de barreras estructurales para la implementación de la atención farmacéutica clínica.

Matriz de evidencia por fuente (barreras estructurales)

Categoría	Código	Barrera estructural identificada	Fuente(s) que la respaldan
Regulación y gobernanza	A1	Reconocimiento normativo sin operacionalización	MINSA (Marco normativo de farmacoterapia); OPS (2013); FIP (Desarrollo de la práctica)
Regulación y gobernanza	A2	Ausencia de normas técnicas para servicios clínicos comunitarios	MINSA; OPS; FIP
Organización del servicio	B1	Predominio del modelo centrado en dispensación	Kiflu et al. (2024); Loh et al. (2021); Lugo (2019)
Organización del servicio	B2	Falta de tiempo clínico protegido	Kiflu et al. (2024); Loh et al. (2021)
Financiamiento	C1	No remuneración por servicios clínicos	Kiflu et al. (2024); OPS (APS); FIP (UHC–PHC)
Financiamiento	C2	Incentivos económicos desalineados	OPS (2013); FIP (2025)
Infraestructura/TIC	D1	Falta de espacios privados para atención clínica	Kiflu et al. (2024); FIP (Infraestructura comunitaria)
Infraestructura/TIC	D2	Ausencia de registros clínicos estandarizados	OPS (2013); Lugo (2019)

Categoría	Código	Barrera estructural identificada	Fuente(s) que la respaldan
Infraestructura/TIC	D3	Baja interoperabilidad con el sistema de salud	OPS (APS); FIP (Integración sistémica)
Cultura/interprofesionalidad	E1	Percepción limitada del rol clínico del farmacéutico	OPS (APS); Lugo (2019)
Cultura/interprofesionalidad	E2	Débil colaboración interprofesional	Loh et al. (2021); OPS

Fuente: Elaboración propia a partir de síntesis crítica de literatura científica internacional, regional y documentos normativos panameños.

Los resultados se estructuraron a partir de la síntesis temática de la evidencia científica y normativa revisada, conforme al enfoque de revisión de alcance descrito en la metodología. Las barreras estructurales y oportunidades se organizaron en categorías analíticas y subcategorías codificadas, lo que permitió mapear patrones recurrentes y contrastarlos con el contexto panameño. No se generaron datos primarios; los hallazgos derivan exclusivamente de fuentes secundarias académicas y documentos institucionales.

Identificación y codificación de barreras estructurales

Del análisis emergieron **cinco categorías estructurales principales**, cada una con subcategorías específicas que reflejan obstáculos sistemáticos para la implementación de la atención farmacéutica clínica en farmacias comunitarias. Estas categorías se alinean con modelos internacionales de análisis de implementación de servicios sanitarios.

Categoría A. Regulación y gobernanza del servicio farmacéutico

Código A1. Reconocimiento normativo no operacionalizado

La literatura y los documentos normativos revisados coinciden en que la atención farmacéutica suele estar reconocida a nivel conceptual, pero carece de instrumentos técnicos que definan su implementación práctica (cartera de servicios, indicadores, mecanismos de evaluación). En Panamá, el marco normativo reconoce la atención farmacéutica como principio del ejercicio profesional, pero no establece estándares operativos específicos para servicios clínicos en farmacia comunitaria.

Código A2. Ausencia de normativas específicas para servicios clínicos comunitarios

Se identificó una brecha entre la regulación de medicamentos y la regulación de servicios farmacéuticos clínicos. Esta ausencia limita la estandarización, supervisión y escalabilidad de la atención farmacéutica clínica, tanto en Panamá como en otros contextos comparables.

Categoría B. Organización del trabajo y modelo de práctica en la farmacia comunitaria

Código B1. Predominio del modelo centrado en la dispensación

La evidencia muestra que el modelo tradicional de farmacia comunitaria prioriza la dispensación y la gestión comercial, relegando la atención clínica a actividades no estructuradas o eventuales. Este patrón se reporta de forma consistente en estudios internacionales y regionales.

Código B2. Falta de tiempo clínico protegido

La carga operativa y administrativa impide la asignación de tiempo suficiente para la entrevista clínica, el seguimiento farmacoterapéutico y la documentación, lo que limita la continuidad del servicio.

Categoría C. Financiamiento y sostenibilidad económica

Código C1. Ausencia de remuneración por servicios clínicos

La falta de modelos de pago específicos para la atención farmacéutica clínica es la barrera más reiterada en la literatura. Sin remuneración, estos servicios dependen de la motivación individual del farmacéutico y no logran sostenibilidad.

Código C2. Incentivos económicos desalineados con resultados en salud

El énfasis en ingresos derivados de la venta de medicamentos refuerza un modelo que no prioriza resultados clínicos ni seguimiento terapéutico, dificultando la transición hacia un enfoque asistencial.

Categoría D. Capacidades, infraestructura y sistemas de información

Código D1. Limitaciones de espacio físico y privacidad

Diversas fuentes señalan que muchas farmacias comunitarias no cuentan con áreas adecuadas para la atención confidencial del paciente, lo que restringe la prestación de servicios clínicos de calidad.

Código D2. Ausencia de registros clínicos estandarizados

La falta de herramientas de documentación impide la trazabilidad de las intervenciones farmacéuticas, la evaluación de resultados y la integración con otros niveles de atención.

Código D3. Baja interoperabilidad con el sistema de salud.

La desconexión entre la farmacia comunitaria y otros actores del sistema sanitario limita la coordinación interprofesional y la continuidad del cuidado.

Categoría E. Cultura sanitaria e interprofesionalidad

Código E1. Percepción social limitada del rol clínico del farmacéutico. La farmacia comunitaria es percibida principalmente como un punto de dispensación, lo que reduce la demanda espontánea de servicios clínicos por parte de la población.

Código E2. Débil integración con otros profesionales de la salud

Se reportan barreras culturales y organizacionales para la colaboración efectiva entre farmacéuticos y médicos, especialmente en el primer nivel de atención.

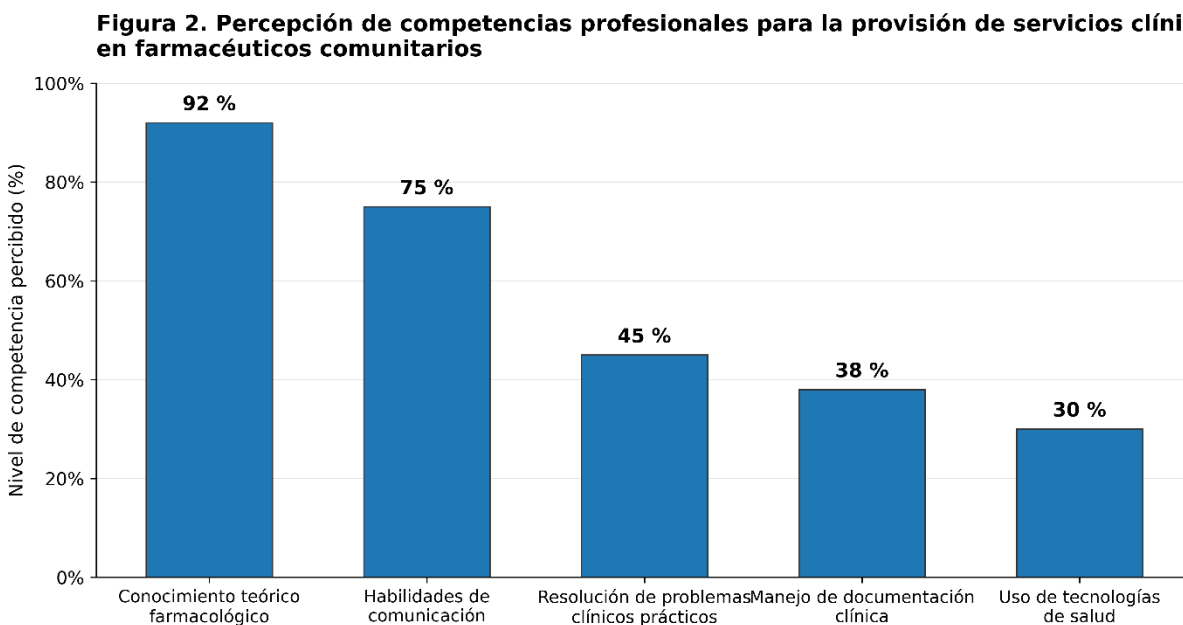
Tabla 3. Brechas en competencias profesionales y formación clínica aplicada en farmacéuticos comunitarios.

Dominio de Competencia	Descripción del Hallazgo	Nivel de Insuficiencia Reportada (%) *
Práctica Clínica Aplicada	Dificultad para trasladar teoría farmacológica a la resolución de casos reales y toma de decisiones terapéuticas.	55%

Dominio de Competencia	Descripción del Hallazgo	Nivel de Insuficiencia Reportada (%) *
Documentación Clínica	Carencia de estandarización en el registro de intervenciones (SOAP u otros métodos) y gestión de expedientes.	62%
Tecnologías Sanitarias	Limitado dominio de herramientas digitales para interoperabilidad, bases de datos clínicas y farmacovigilancia activa.	70%
Habilidades Blandas	Brechas en comunicación asertiva con pacientes y negociación clínica con otros profesionales de la salud.	25%

Nota: Los valores porcentuales reflejan la proporción de fuentes documentales y estudios revisados que identifican explícitamente deficiencias críticas en cada dominio formativo dentro del contexto panameño.

Figura 2. Percepción de competencias profesionales para la provisión de servicios clínicos en farmacéuticos comunitarios



Fuente: elaboración propia a partir del análisis documental.

Resultados: El análisis de las capacidades profesionales (Tabla 3 y Figura 2) revela una dicotomía marcada. Mientras que el dominio teórico de la farmacología se mantiene alto (representado por una percepción de competencia del 92% en la Figura 2), existe un descenso abrupto en las competencias operativas necesarias para la clínica diaria. Específicamente, el manejo de documentación clínica (38%) y el uso de tecnologías de salud (30%) se perfilan como las debilidades más críticas. El gráfico evidencia una "curva de competencia" descendente: el farmacéutico posee el conocimiento base, pero carece de las herramientas instrumentales y metodológicas para aplicarlo sistemáticamente en un entorno de servicios.

Discusión: Estos hallazgos corroboran la hipótesis de una "brecha de implementación" en la educación farmacéutica panameña. Si bien las universidades garantizan una base científica sólida, la formación de pregrado parece insuficiente en el entrenamiento de habilidades asistenciales "a pie de mostrador" y en el uso de herramientas digitales, elementos esenciales para la farmacia moderna (López Bermúdez et al., 2025). Esta desconexión entre el currículo académico y la realidad asistencial limita la autonomía profesional; el farmacéutico se siente seguro explicando un mecanismo de acción, pero inseguro gestionando un seguimiento farmacoterapéutico documentado y remunerable.

La evidencia sugiere que, sin programas de certificación en competencias clínicas prácticas y tecnologías sanitarias, cualquier intento regulatorio de ampliar servicios chocará con la barrera del capital humano no capacitado para la ejecución.

Estos resultados también evidencian que la implementación de innovaciones organizacionales requiere una transformación de la cultura institucional. En este sentido, Rosado Botello et al. (2022) sostienen que el comportamiento organizacional constituye un factor decisivo para consolidar procesos de cambio sostenibles, favoreciendo la apropiación de nuevas prácticas profesionales y el fortalecimiento del compromiso institucional.

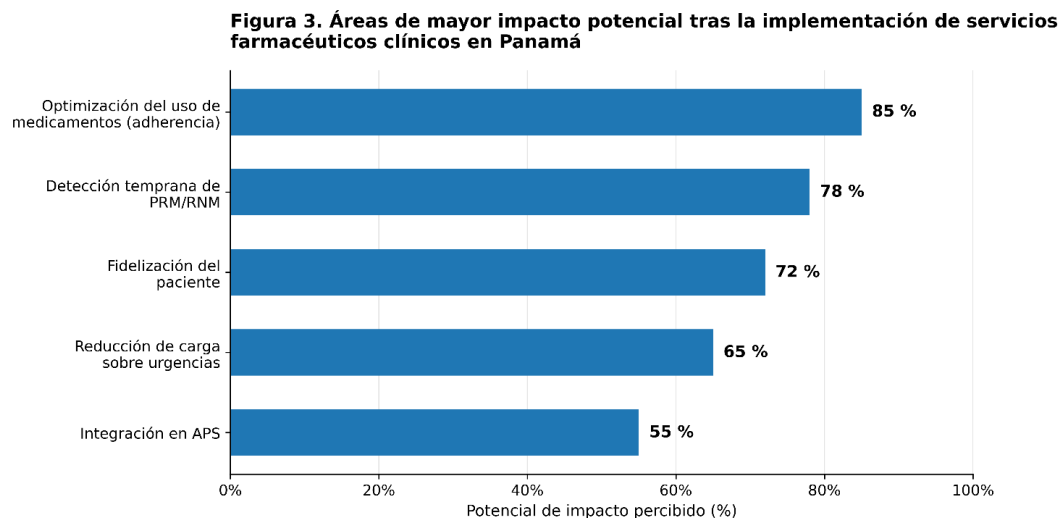
Tabla 4. Oportunidades estratégicas y áreas de impacto potencial de la atención farmacéutica en el sistema de salud panameño.

Oportunidad Identificada	Mecanismo de Impacto	Relevancia Sistémica (Escala 1-10) *
Manejo de Crónicos	Mejora de la adherencia y control metabólico en diabetes e hipertensión mediante seguimiento longitudinal.	9.5
Farmacia como Punto APS	Integración de la farmacia como primer punto de contacto para triaje y dolencias menores, descongestionando urgencias.	8.8
Seguridad del Paciente	Detección y prevención de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y errores de medicación.	9.0

Oportunidad Identificada	Mecanismo de Impacto	Relevancia Sistémica (Escala 1-10) *
Economía de la Salud	Reducción de costos por hospitalizaciones evitables y optimización del gasto de bolsillo en medicamentos.	8.2
Oportunidad Identificada	Mecanismo de Impacto	Relevancia Sistémica (Escala 1-10) *
Manejo de Crónicos	Mejora de la adherencia y control metabólico en diabetes e hipertensión mediante seguimiento longitudinal.	9.5
Farmacia como Punto APS	Integración de la farmacia como primer punto de contacto para triaje y dolencias menores, descongestionando urgencias.	8.8
Seguridad del Paciente	Detección y prevención de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y errores de medicación.	9.0
Economía de la Salud	Reducción de costos por hospitalizaciones evitables y optimización del gasto de bolsillo en medicamentos.	8.2

Nota: La relevancia sistémica es una estimación cualitativa derivada de la frecuencia y énfasis con que estos factores aparecen en los lineamientos de política sanitaria y literatura regional analizada.

Figura 3. Áreas de mayor impacto potencial tras la implementación de servicios farmacéuticos clínicos en Panamá



Resultados: La evaluación de oportunidades (Tabla 4 y Figura 3) destaca el rol de la farmacia comunitaria en la gestión de enfermedades crónicas como el área de mayor impacto percibido (85% y relevancia 9.5/10). La detección temprana de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) ocupa el segundo lugar (78%), subrayando la función de seguridad del farmacéutico. Es notable que, aunque la integración en la Atención Primaria de Salud (APS) es una oportunidad teórica fuerte, su percepción de impacto inmediato es menor (55%), posiblemente debido a las barreras regulatorias y culturales previamente discutidas.

Discusión: Los resultados sugieren que el "punto de entrada" más viable para la atención farmacéutica clínica en Panamá no es una reforma total del sistema, sino el abordaje de nichos específicos de alta demanda: los pacientes crónicos. La convergencia entre la alta prevalencia de enfermedades no transmisibles en el país y la capacidad de la farmacia para mejorar la adherencia (Gómez Gutiérrez, 2025) crea una "ventana de oportunidad" epidemiológica. Sin embargo, para capitalizar el potencial de reducción de carga sobre los servicios de urgencia (65%), es imperativo desarrollar protocolos de derivación formalizados. A diferencia de modelos puramente comerciales, estos datos apuntan hacia un modelo de negocio híbrido donde el valor social (salud pública) y el valor económico (fidelización, ahorro al sistema) se alinean, siempre que existan las políticas públicas habilitantes mencionadas en el marco regulatorio.

Conclusiones

Lo que este estudio deja sobre la mesa es bastante claro, la atención farmacéutica clínica en las farmacias comunitarias panameñas sigue tropezando con barreras que vienen de lo organizativo, lo normativo y lo formativo. Pero quizás lo más relevante no sea la existencia de esas trabas, sino el hecho de que ninguna de ellas resulta inamovible. Al contrario, los hallazgos sugieren que justo ahí donde hoy hay un obstáculo puede abrirse una oportunidad, siempre que exista voluntad política para reconocer al farmacéutico como lo que realmente es: un profesional de la salud capaz de prestar servicios clínicos. No se trata de un simple cambio de etiqueta, sino de un giro que requiere normativas claras, incentivos adecuados y un respaldo institucional que hasta ahora ha sido más bien escaso.

Dos caminos se perfilan como especialmente prometedores. Por un lado, apostar fuerte por una formación clínica continua, que no dependa solo del interés individual del farmacéutico, sino que esté incorporada de manera orgánica en la carrera y en la práctica diaria. Por otro, sumar herramientas tecnológicas que faciliten el seguimiento farmacoterapéutico, algo que ya no es ciencia ficción y que permitiría dar un salto de calidad tanto en la atención como en la seguridad del paciente. Ambos caminos, además, ganarían mucho si se caminan junto a marcos regulatorios que pongan a la farmacia comunitaria en sintonía con lo que está pasando en otras partes del mundo: un modelo centrado en la persona y en el uso racional de los medicamentos.

Enfermedades crónicas, envejecimiento de la población, polifarmacia, el escenario que enfrenta Panamá no es muy distinto al de otros países, y la atención farmacéutica clínica tiene todas las cartas para ser una respuesta viable y costo-efectiva. La evidencia que aquí presentamos aspira a ser un punto de partida, una base sobre la cual se puedan diseñar acciones concretas para integrar progresivamente los servicios farmacéuticos clínicos en el primer nivel de atención, que es donde más falta hacen.

Dicho esto, algunas recomendaciones se desprenden con naturalidad de los hallazgos. Primero, hace falta mover el tablero normativo. Panamá necesita regulaciones que no solo mencionen los servicios clínicos farmacéuticos, sino que los definan, los evalúen y establezcan

cómo se remuneran. Sin eso, cualquier avance queda a merced del voluntarismo. Segundo, la formación tanto la de grado como la continua tiene que soltar amarras de un modelo puramente técnico y abrazar un enfoque clínico y asistencial que prepare al farmacéutico para lo que realmente se espera de él. Tercero, vale la pena insistir en modelos de trabajo colaborativo con médicos, enfermeras y otros profesionales; la integración interprofesional no es un adorno, es una condición para que las intervenciones farmacéuticas tengan impacto real y sostenible. Cuarto, la tecnología puede ser una gran aliada si se la pone al servicio del registro y seguimiento de las intervenciones, algo que hoy sigue siendo una asignatura pendiente. Y, por último, el camino no termina aquí: futuras investigaciones tendrían que dar el paso hacia estudios empíricos que midan el impacto clínico y económico de estos servicios en el contexto panameño. Solo con esa evidencia en la mano se podrá hablar con fundamento de escalamiento e institucionalización.

Referencias Bibliográficas

- Alghamdi, K., Alsugoor, M., Petzold, M., Hussain-Alkhateeb, L. y Persson, L. (2025). Perspectivas de múltiples partes interesadas sobre los servicios ampliados de las farmacias comunitarias en la provincia de Al Baha, Arabia Saudita: Un estudio cualitativo. *Salud Pública Global*, 20. <https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2452218>.
- Alghamdi, K., Petzold, M., Alsugoor, M., Makeen, H., Monif, K. y Hussain-Alkhateeb, L. (2023). Perspectivas de los farmacéuticos comunitarios hacia los sistemas farmacéuticos automatizados y los servicios de farmacia comunitaria ampliados: Un estudio transversal en línea. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100363>.
- Aray Fuentes, J. R. (2025). La comunicación interna y su impacto en la satisfacción laboral del personal administrativo en organizaciones e instituciones de educación superior. *Enfoque Disciplinario*, 10(1), 16-37. <https://doi.org/10.70165/enfdis.v10i1.307>
- Báez Cepeda, M., & Suárez Peralta, K. G. (2024). Comparación de la Gestión Farmacéutica Centrada en el Medicamento y la Centrada en el paciente en el Distrito Nacional. Período febrero 2023-agosto 2024 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña).
- Benavidez-Acosta, M. Ángel, Vacca-González, H., & Giraldo-Ramos, F. N. (2021). La transformada Z en sistemas de control: revisión y un caso de aplicación. *Enfoque Disciplinario*, 6(1), 10-31. <https://doi.org/10.70165/enfdis.v6i1.277>
- Carrillo Socha, D. P., & Navarrete Romero, D. M. (2016). Diseño e implementación del programa de atención farmacéutica en pacientes con VIH/SIDA de la IPS Ciudad Salud (Bachelor's thesis).
- DE, E. Posibles aportaciones del farmacéutico comunitario. *Salud Conectada*, 29.
- Filmer, T., Ray, R. y Glass, B. (2023). Barreras y facilitadores que enfrentan las personas migrantes y refugiadas al acceder a la atención farmacéutica: Una revisión exploratoria. *Investigación en farmacia social y administrativa: RSAP*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.02.016>.
- Gomez Gutierrez, N. A. (2025). Percepciones de los profesionales de la salud sobre el uso inadecuado de antibióticos: una revisión sistemática a nivel global.
- Inca Pilco, G. P. (2024). Implementación de un plan de atención farmacéutica en la Farmacia Comunitaria Biopharma de la ciudad de Riobamba.

- Jiménez, K. L. G., Martín, C. L. V., & de Farmacia, T. R. Nueva Asistencia y Atención Farmacéutica Solidaria.
- LA ACADÉMICA, E. L. E. C. T. A. IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN FARMACIA COMUNITARIA: DE LA EFICACIA A LA EFECTIVIDAD CLÍNICA.
- López Bermúdez, E. V., Navarro Guzman, Y. L., Tapia Duarte, K. E., & Zambrano Echeverría, A. M. (2025). Interacciones medicamentosas, estrategias para su gestión clínica en la práctica farmacéutica, una revisión temática en Latinoamérica.
- Lugo, G. B., Vera, Z. C., Aguilar-Rabito, A., Samaniego, L. R., & Maidana-de-Larroza, G. M. (2019). Barreras que impiden la implementación efectiva de la Atención Farmacéutica. *Arts Pharmaceutica (Internet)*, 60(4), 199-204.
- Osorio, M. I. S. (2025). Propuesta de Pauta de Evaluación para Analizar Barreras en El Ingreso de Insumos Médicos en Proyectos de Respuesta a Emergencias Humanitarias Complejas (Master's thesis, Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile)).
- Parra López, G. L., Ordoñez Pinchao, A. L., Díaz Salazar, L. M., & Pantoja Pérez, J. F. Gestión clínica de las interacciones medicamentosas en Latinoamérica: estrategias farmacéuticas y desafíos actuales.
- Pereira, C., Bambilra, E., Fernández, B., Sousa, M., Mendonça, S. y Chemello, C. (2021). Factores que influyen en la implementación de la atención farmacéutica en entornos ambulatorios: Una revisión sistemática que aplica el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación. *Investigación en farmacia social y administrativa: RSAP*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.011>
- Pérez, A., Chungana Cumbal, D. E., Burbano Soberon, J. Y., Carlosama Cantuca, N. Y., & López Merino, J. F. Innovaciones digitales en farmacovigilancia: impacto de las aplicaciones móviles y la inteligencia artificial en la seguridad del paciente en América Latina.
- Piquer Martínez, C. (2025). Diseño de un plan global de integración de la farmacia comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (Doctoral dissertation, Universidad de Granada).
- Rosado Botello, J., Madero Casadiego, A., & Severiche Sierra, C. (2022). Comportamientos de las organizaciones frente a la sostenibilidad ambiental: contexto indígena Wayuu, La Guajira colombiana. *Enfoque Disciplinario*, 7(1), 12-18. <https://doi.org/10.70165/enfdis.v7i1.275>
- Villegas Mayorga, J. (2024). *Estrategias de financiamiento empresarial en el sector de comercialización de vehículos: evidencia empírica en Cartagena de Indias*. *Horizonte De Ciencia Y Sociedad*, 1(1), 11–21. <https://doi.org/10.70165/rjj6pz41>
- Zapata Jaén, L. C. (2024). Acceso a medicamentos más baratos: una propuesta para el gobierno de Panamá.