

Hoja de ruta para el avance de la farmacia comunitaria en América Latina

Una visión regional para la evolución sanitaria hacia 2030

2026



FIP Development Goals



International
Pharmaceutical
Federation

Colofón

Copyright 2026 Federación Farmacéutica Internacional (FIP)

Federación Farmacéutica Internacional (FIP)
Andries Bickerweg 5
2517 JP La Haya
Países Bajos
www.fip.org

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser almacenada en ningún sistema de recuperación ni transcrita por ninguna forma o medio electrónico, mecánico, grabación u otro, sin citar la fuente. FIP no se hace responsable de los daños y perjuicios derivados del uso de los datos y la información de este informe. Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar la exactitud de los datos y la información presentados en este informe.

Autores:

Dr. Magaly Rodríguez de Bittner – Presidente, Foro Farmacéutico de las Américas 2022-2025.
Farm. Ricardo Pesenti – Presidente, Foro Farmacéutico de las Américas 2026 - 2029.
Farm. Jorge Schlottke - Sección Farmacia Comunitaria FIP
Farm. Gabriel Molina – Becario, Foro Farmacéutico de las Américas.

Revisado por:

Prof. Ian Bates – Director, Observatorio Farmacéutico Global, FIP
Dr. Lars-Åke Söderlund - Vicepresidente de FIP, 2021-2025.

Cita recomendada:

Federación Internacional Farmacéutica (FIP) - Foro Farmacéutico de las Américas. Hoja de ruta para el avance de la farmacia comunitaria en América Latina. La Haya: Federación Internacional Farmacéutica (FIP); 2026.

Imagen de portada:

Sanjeri, Eduardo Garlant, SDI Productions | iStockphoto

Índice

Resumen Ejecutivo	2
1 Introducción.....	4
1.1 Objetivos	5
1.2 Objetivos de desarrollo de FIP	5
2 Metodología	7
3 Diagnóstico regional	10
3.1 Dominio 1: Educación y fuerza laboral	10
3.1.1 Formación y educación de profesionales farmacêuticos	11
3.1.2 Desarrollo Profesional Continuo (DPC) farmacêutico y marco regulatorio	12
3.1.3 Técnicos/auxiliares en farmácia	13
3.2 Dominio 2: Práctica farmacêutica	14
3.2.1 Plan nacional de salud	14
3.2.2 Servicios farmacêuticos	15
3.2.3 Remuneración de las farmacias y los servicios profesionales	20
3.2.4 Categorías de contratación	21
3.2.5 Salarios	22
3.2.6 Clasificación, modelos de dispensación y canales de distribución de los medicamentos farmacia digital	24
Cadena legal del medicamento	25
3.2.7 Farmacia digital	26
3.3 DOMINIO 3: MARCO normativo y reglamentario de la farmacia comunitaria	27
3.3.1 Propiedad de la farmácia	27
3.3.2 Normativas de apertura	28
3.3.3 Dirección técnica de las farmacias	31
3.3.4 Precio de los medicamentos	32
3.3.5 Sobre la prescripción y la dispensación	33
3.3.6 Requisitos de personal y garantía de calidad	34
4 Recomendaciones generales para los países miembros.....	36
5 Conclusiones	39
6 Referencias	41

Agradecimientos

El contenido de este informe ha sido elaborado de manera independiente por la FIP.

Este trabajo fue redactado y recopilado por los siguientes miembros del equipo:

Sr. Gonçalo Sousa Pinto – Jefe de afiliación y participación regional, FIP.

Sra. Nisa Masyitah – Responsable de inteligencia laboral, Observatorio Farmacéutico Global, FIP

Sra. Grace Adebayo – Coordinadora de gestión de proyectos y datos, FIP

Y fue aprobado por

Dra. Catherine Duggan – Directora ejecutiva, FIP

Resumen Ejecutivo

En marzo de 2024, el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) impulsó la elaboración de una Hoja de Ruta para orientar el desarrollo de la práctica y la educación farmacéutica en América Latina hacia 2030. Como primer paso, se realizó una evaluación regional del estado actual de la práctica, la educación y el marco legislativo y regulatorio farmacéutico para identificar los desafíos estructurales que limitan el pleno desempeño del farmacéutico como profesión sanitaria estratégica.

Se evidenciaron problemas comunes en la región, entre ellos el limitado reconocimiento del rol sanitario del farmacéutico, el escaso conocimiento de sus competencias por parte de autoridades sanitarias y políticas, marcos legislativos y regulatorios insuficientes que no garantizan su presencia permanente en farmacias comunitarias, y una débil integración en los equipos de salud y en las políticas públicas. Estas brechas resultan especialmente relevantes en un contexto de sistemas de salud tensionados por el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, restricciones presupuestarias y persistentes desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

Este documento propone transformar este diagnóstico en evidencia útil para orientar decisiones políticas, diseñar políticas públicas y promover modelos sostenibles de servicios farmacéuticos profesionales integrados a los sistemas de salud y centrados en el paciente. Para ello, plantea una estrategia regional que articule reformas regulatorias, educativas y profesionales en cada país.

El [Plan Estratégico de la FIP 2025-2030](#)¹ orienta la dirección estratégica de toda la federación hasta el año 2030 a través de seis resultados estratégicos. Las recomendaciones contenidas en este documento están alineadas con el plan estratégico de la FIP y diseñadas para apoyar su implementación. Esta hoja de ruta contribuye directamente a tres resultados estratégicos:

Objetivo 1 - Asegurando que toda persona independientemente de su localización o estado socioeconómico tenga acceso a medicamentos y los servicios de un farmacéutico

Objetivo 2 - Elevando el rol del farmacéutico en el cuidado del paciente para lograr una mejor salud para todos

Objetivo 4 - Asegurando que la fuerza laboral farmacéutica esté equipada, empoderada y tenga los recursos para proveer un cuidado de salud excelente, satisfaciendo las necesidades de salud de los pacientes para lograr una mejor salud a nivel global. Las acciones del FFA se centran en apoyar el plan estratégico de FIP y sus objetivos. Esta hoja de ruta refleja este compromiso.

El Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) apoya la implementación de estas prioridades estratégicas de la FIP al traducirlas en acciones prácticas a nivel regional y nacional en todas las Américas. Como organismo regional de la FIP para las Américas, el FFA respalda plenamente la aplicación del plan estratégico de la FIP y desempeña un papel importante en la traducción de estas prioridades estratégicas globales en acciones a nivel regional y nacional. Esta hoja de ruta refleja este compromiso al proporcionar un marco para la acción regional coordinada con el fin de impulsar los objetivos del Plan Estratégico de la FIP.

Las recomendaciones clave de este informe responden a los resultados estratégicos 1, 2 y 4 de la FIP e incluyen: garantizar la presencia obligatoria de un farmacéutico durante todo el horario de atención de la farmacia; consolidar la farmacia comunitaria como centro de atención primaria mediante la implantación de un Paquete Mínimo de Servicios Farmacéuticos; reformar la educación farmacéutica para fortalecer las habilidades de colaboración clínica e interprofesional; establecer el desarrollo profesional continuo como requisito para la recertificación; mejorar el registro digital de las intervenciones farmacéuticas para generar evidencia; e integrar formalmente a los farmacéuticos en los equipos de salud.

La hoja de ruta concluye que el fortalecimiento de los farmacéuticos comunitarios y las farmacias comunitarias requiere un plan integral y el compromiso de la profesión farmacéutica para avanzar hacia sistemas de salud más eficientes y accesibles, centrados en las necesidades de la población de América Latina.

1 Introducción

El [Plan Estratégico de la FIP 2025-2030](#)¹ establece la visión, la misión y los seis resultados estratégicos que guían la labor de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y sus organismos miembros hasta 2030. En marzo de 2024, el Foro Farmacéutico de las Américas (PFA) de la FIP propuso la elaboración de una Hoja de ruta para el avance de la profesión farmacéutica en la Región de las Américas, con el objetivo de crear una visión para la práctica y la formación farmacéuticas en América Latina de aquí a 2030. Es en este marco global donde el PFA, como organismo regional de la FIP para las Américas, ha elaborado la presente Hoja de ruta.

Como etapa inicial se desarrolló un diagnóstico del estado actual del ejercicio de la farmacia y la educación farmacéutica en la región. Esta evaluación inicial permitió poner de relieve los retos comunes a los que se enfrentan un gran número de países miembros de la FIP (y de la FFA) en las Américas. Entre estas realidades, se detectaron elementos clave como la falta de reconocimiento efectivo del rol sanitario del farmacéutico, el escaso conocimiento por parte de las autoridades políticas y sanitarias sobre las competencias profesionales del farmacéutico y un marco legislativo y regulatorio que no garantiza la presencia del farmacéutico durante todas las horas que una farmacia comunitaria esté abierta. Además, se observó una débil integración del farmacéutico en los equipos de salud y en las políticas públicas.

Conocer la situación actual nos permitirá identificar y trabajar en medidas efectivas para poder revertir las situaciones identificadas o emprender otras con el fin de poder cambiarlas.

Los sistemas sanitarios de los países latinoamericanos se enfrentan actualmente a retos estructurales que ya no permiten respuestas parciales o específicas de cada sector, sino que exigen análisis más exhaustivos y medidas decididas. El envejecimiento poblacional, el aumento de las tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, las restricciones presupuestarias y la persistente inequidad en el acceso a los servicios sanitarios obligan a repensar, con una mirada política y estratégica, cómo se organizan, financian y gestionan los modelos de atención. En este escenario, resulta cada vez más evidente que muchos recursos sanitarios existentes no están siendo plenamente utilizados, entre ellos uno de los más extendidos, accesibles y cercanos a la población: el farmacéutico y la farmacia comunitaria.

Sin embargo, este trabajo no se detiene en el diagnóstico como su objetivo final. Su objetivo primordial es claramente propositivo y político: acompañar y estimular a los países para que adopten políticas concretas enfocadas en sus realidades locales que permitan avanzar hacia la implementación de modelos de servicios farmacéuticos profesionales, integrados a los sistemas de salud, orientados a resultados sanitarios y centrados en las personas. Modelos que aprovechan al máximo los conocimientos, la formación y las competencias del farmacéutico en beneficio de la salud de la población.

Uno de los grandes desafíos que se identificaron en este proceso fue cómo utilizar de manera eficaz e inteligente la abundancia de los datos recopilados ya que contar con información no es suficiente si no se la transforma en inteligencia que guíe las recomendaciones, acciones y resultados esperados. La información debe servir para la toma de decisiones, el desarrollo de argumentos sólidos para el diálogo con los gobiernos, financiadores y otros actores del sistema, y en herramientas para diseñar políticas públicas y guías de la práctica de farmacia sostenibles. Se busca contribuir a ese proceso, ofreciendo un marco común que permita ordenar la información, medir resultados, identificar brechas, priorizar intervenciones y ofrecer recomendaciones para el avance de la farmacia en América Latina.

Es fundamental reconocer que ningún cambio estructural será posible sin la participación activa y comprometida del propio colectivo farmacéutico en cada país y la región.

Los Estados, los organismos internacionales y las organizaciones profesionales pueden, y deben, generar marcos normativos, incentivos y espacios de integración, pero la transformación real exige que los propios farmacéuticos en cada país asuman un rol protagónico. Esto implica una autoevaluación, reflexión, mayor compromiso, generación de evidencia y promoción de la misma ante el paciente y la sociedad. Para alcanzar

la transformación esperada y necesaria se necesita la participación activa de cada profesional farmacéutico en la región.

El Plan [Plan Estratégico de la FIP](#)¹ ha servido de guía y referencia para la elaboración de las recomendaciones recogidas en este documento, basadas principalmente en los siguientes objetivos:

Objetivo 1 - Asegurando que toda persona independientemente de su localización o estado socioeconómico tenga acceso a medicamentos y los servicios de un farmacéutico

Objetivo 2 - Elevando el rol del farmacéutico en el cuidado del paciente para lograr una mejor salud para todos

Objetivo 4 - Asegurando que la fuerza laboral farmacéutica esté equipada, empoderada y tenga los recursos para proveer un cuidado de salud excelente, satisfaciendo las necesidades de salud de los pacientes para lograr una mejor salud a nivel global. Las acciones del FFA se centran en apoyar el plan estratégico de FIP y sus objetivos. Esta hoja de ruta refleja este compromiso.

El FFA, como estructura regional de la FIP, tiene la oportunidad y la responsabilidad de liderar este proceso de transformación a nivel regional y apoyar los cambios en cada país. Este documento pretende ser una herramienta de apoyo para ese liderazgo: un punto de partida para el debate político, un insumo para el diseño de políticas públicas y una invitación explícita a pasar de la declaración de intenciones a la acción concreta.

Integrar plenamente al farmacéutico y a la farmacia comunitaria en los modelos de salud es un paso vital y estratégico de gran necesidad e importancia para crear sistemas sanitarios más eficientes, más cercanos a las personas y que llenen las necesidades de la población en la región. Se invita a los países miembros a asumir esta responsabilidad y desafío con decisión de implementar sus recomendaciones y elaborar una hoja de ruta con prioridades nacionales que logren el avance de la práctica y educación farmacéutica en América Latina.

1.1 Objetivos

1. Elaborar un documento estratégico (una hoja de ruta) con un horizonte de mediano plazo y un calendario hasta 2030 alineado con el Plan Estratégico de la FIP, en el que se establezca una visión consensuada por los miembros de la FIP y la PFA para el desarrollo de la profesión en la región, con el objetivo de transformar la práctica y la educación farmacéuticas de acuerdo con dicha visión.
2. Recomendar los cambios necesarios en el marco legislativo de la farmacia comunitaria y de la profesión farmacéutica.
3. Defender políticas y modelos de financiación que potencien y apoyen adecuadamente el papel de los farmacéuticos comunitarios en la prestación de servicios de atención primaria de forma sostenible, incluidos modelos adecuados de remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos.
4. Recomendar modelos de regulación profesional adecuados para garantizar la calidad de la práctica.
5. Proponer reformas de la educación farmacéutica, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, para alinearla con la evolución de las funciones profesionales de los farmacéuticos y las necesidades de los sistemas sanitarios y de los pacientes.

1.2 Objetivos de desarrollo de FIP

Este proyecto se ha enmarcado principalmente en el Objetivo de Desarrollo de FIP N° 13: Desarrollo de políticas y de manera secundaria en los Objetivos de Desarrollo de FIP:

- DG 2: Estrategia de formación profesional temprana.
- DG 7: Promoción de servicios integrados.
- DG 21: Sustentabilidad en farmacia.



2 Metodología

El proyecto hoja de ruta 2030 se presentó durante la reunión presencial celebrada en marzo de 2024 en Buenos Aires, en el marco de la Primera Cumbre de Farmacia Comunitaria organizada por la Sección de Farmacia Comunitaria de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP-CPS).

En esta instancia se presentaron los objetivos estratégicos del proyecto y se acordó el enfoque metodológico para su desarrollo. Dicho enfoque incluyó la definición de una herramienta de diagnóstico común, la conformación de un comité asesor con representación regional diversa, el establecimiento de los ejes prioritarios de análisis y el reconocimiento de la necesidad de disponer de datos de cada país. El grupo asesor de expertos, detallado en la Tabla 1, estaba compuesto por representantes de las asociaciones miembros del Foro Farmacéutico de las Américas.

Tabla 1: Grupo consultivo de expertos para el proyecto de hoja de ruta para la farmacia comunitaria en Latinoamérica

Nombre	Organización	País
Claudio Daniel Iriberry	Confederación Farmacéutica Argentina (COFA)	Argentina
Gabriel Molina	Becario Foro Farmacéutico de las Américas	Argentina
Jorge Schlottke	Sección de Farmacia Comunitaria de FIP	Argentina
Liliana Nogueras	Foro Farmacéutico de las Américas	Argentina
Marcela Ruiz	Federación Farmacéutica Sudamericana - FEFAS	Argentina
Ricardo Pesenti	Foro Farmacéutico de las Américas	Argentina
Eve Rivero	Sociedad Boliviana de Ciencias Farmacéuticas	Bolivia
Ruth Fanny Nava López	Colegio de Bioquímica y Farmacia de Bolivia	Bolivia
Josélia Frade	Consejo Federal de Farmacia (CFF)	Brasil
Walter da Silva Jorge João	Consejo Federal de Farmacia (CFF)	Brasil
Sherif Guorgui	Sección de Farmacia Comunitaria de FIP	Canadá
Jorge Cienfuegos	Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile	Chile
Ana María Morales	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	Colombia
Tatiana Orjuela	Organización Panamericana de la Salud	Colombia
Beatriz Badilla	Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica	Costa Rica
Eugenia Cordero Muñoz	Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica	Costa Rica
Adriana Páez	Colegio de Químicos, Bioquímicos y Farmacéuticos de Pichincha	Ecuador
Magaly Rodríguez de Bittner	Foro Farmacéutico de las Américas	Estados Unidos
Francisco Mixco	Colegio de Químicos y Farmacéuticos de El Salvador	El Salvador
Carolina Martínez-Berganza	FIP, Grupo consultivo de reguladores de la FIP	España
Jaime Acosta	FIP, Exsecretario profesional de CPS	España
Rosario Miranda	Asociación de Químicos Farmacéuticos de Guatemala	Guatemala
Noemi Lugo	Instituto de Profesionistas Farmacéuticos de México	México
Elena García Acosta	Asociación de Químicos Farmacéuticos del Paraguay - AQUIMFARP	Paraguay
Gladys Lugo	Foro Farmacéutico de las Américas	Paraguay
Julio Rolón	Asociación de Químicos Farmacéuticos del Paraguay - AQUIMFARP	Paraguay

Ana Senatore	Asociación de Química y Farmacia del Uruguay	Uruguay
Leticia Caligaris	Sección de Farmacia Comunitaria de FIP	Uruguay
Virginia Olmos	Vicepresidente de FIP	Uruguay
Jacqueline Poselli Chiarandá	Federación Farmacéutica Venezolana (FEFARVEN)	Venezuela
Colaboradores		
Lars-Åke Söderlund	Vicepresidente de FIP	Suecia
Prof. Ian Bates	Director, Observatorio Farmacéutico Global, FIP	Países Bajos

La evaluación a nivel de país se estructuró en torno a tres áreas clave: (i) educación y fuerza laboral farmacéutica, (ii) práctica profesional, y (iii) marco regulatorio. Estos ejes permitieron un análisis sistemático y comparable de la situación de la farmacia en los distintos países de la región, sirviendo como base para la identificación de brechas, oportunidades y recomendaciones estratégicas.

Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones virtuales con el objetivo de conformar subcomités técnicos, cada uno dedicado de manera exclusiva a cada uno de los dominios a evaluar.

Cada subcomité fue responsable de la elaboración de las preguntas correspondientes a su dominio, las cuales fueron posteriormente sometidas a la revisión y evaluación del comité de expertos. Para tal fin se definió un score según la relevancia de las preguntas para su inclusión en la herramienta final, utilizando una escala de puntuación de 1 a 5, donde 1 correspondía a “no importante” y 5 a “muy importante.”

Se realizaron preguntas cerradas y abiertas, además de proporcionar espacios pertinentes para observaciones y aclaraciones. Asimismo, se desarrolló un glosario que fue puesto a disposición de cada uno de los países participantes. El mismo constituyó una pieza clave de la hoja de ruta, al unificar las definiciones empleadas y permitió prevenir posibles errores de interpretación.

A partir de los resultados de esta evaluación, se consolidó en febrero de 2025 la versión final de la encuesta, la cual fue distribuida en el mes de marzo de 2025 a las asociaciones miembros de la región vía correo electrónico. En aquellos países que no contaban con una organización miembro de FIP, la encuesta fue enviada a organizaciones farmacéuticas nacionales identificadas como referentes. Se dio tiempo a las organizaciones hasta junio de 2025 (3 meses y medio) para el envío de las respuestas.

A cada país participante se le asignó un tutor del comité asesor, con el objetivo de brindar acompañamiento técnico durante el proceso de completado de la encuesta en la plataforma QuestionPro. Dado el carácter extenso de la encuesta, la plataforma permitió el guardado de avances parciales y la navegación flexible entre los distintos dominios, facilitando así el ingreso progresivo de la información.

Asimismo, la encuesta fue puesta a disposición en formato PDF para su consulta y revisión offline, permitiendo a las asociaciones acceder al contenido en cualquier momento sin necesidad de ingresar a la plataforma digital.

A las asociaciones participantes se les solicitó la designación de una persona de contacto responsable, quien actuó como enlace con el tutor asignado y pudo comunicarse en caso de requerir apoyo durante la recopilación de información y el llenado de la encuesta.

Una segunda reunión presencial se llevó a cabo en la ciudad de Brasilia en abril de 2025 con las asociaciones miembros, en el marco de la Segunda Cumbre de Farmacia Comunitaria de la FIP-CPS, durante la cual se presentaron los avances del trabajo. Asimismo, los resultados preliminares fueron compartidos durante el 83.º Congreso Mundial de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas, celebrado en Dinamarca (finales de agosto de 2025), y en la Asamblea del Foro Farmacéutico de las Américas realizada en Argentina (octubre de 2025).

Tras analizar las respuestas facilitadas por las asociaciones participantes, se elaboró un documento consolidado con los datos obtenidos, que se remitió en enero de 2026 al comité asesor para recabar sus observaciones y comentarios. Posteriormente, teniendo en cuenta estas aportaciones, se avanzó en la

redacción del presente documento final en colaboración con el Observatorio Farmacéutico Mundial de la FIP (FIP-GPO).

El proceso metodológico adoptado (detallado en la Tabla 2) permitió recopilar información comparable entre países y generar una base empírica para la formulación de recomendaciones estratégicas para el desarrollo de la farmacia en América Latina.

Tabla 2: Cronología del proyecto

Actividad	Mes y año
Inicio del proyecto	Noviembre 2023
Presentación del proyecto de la Hoja de Ruta 2030	Marzo 2024
Primera reunión del Comité Asesor	Agosto 2024
Revisión encuesta y calendario durante la Asamblea General Ordinaria del FFA	Noviembre 2024
Versión final de la encuesta	Febrero 2025
Distribución de la encuesta	Marzo 2025
Presentación de primeros avances	Abril 2025
Presentación resultados preliminares	Agosto 2025
Asamblea Foro Farmacéutico de las Américas	Octubre 2025
Documento preliminar	Enero 2026
Documento final	Abril 2026
Edición	Mayo 2026
Publicación	Junio 2026

La encuesta fue enviada a un total de 21 países latinoamericanos (13 países con organizaciones miembros de FIP, 8 países sin organizaciones miembros), obteniendo un total de 15 respuestas (71% de participación). Los países participantes se encuentran detallados en la Tabla 3.

Tabla 3: Asociaciones participantes en la encuesta

País	Asociación
Argentina	Confederación Farmacéutica Argentina
Bolivia	Sociedad Boliviana de Ciencias Farmacéuticas
Brasil	Consejo Federal de Farmacia
Chile	Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile
Colombia	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia
Costa Rica	Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica
Cuba	Sociedad Cubana de Ciencias Farmacéuticas
República Dominicana	Asociación Farmacéutica Dominicana
Ecuador	Colegio de Químicos, Bioquímicos y Farmacéuticos de Pichincha
Guatemala	Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala
México	Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas
Paraguay	Asociación de Químicos Farmacéuticos del Paraguay
Puerto Rico	Colegio de farmacéuticos de Puerto Rico
Uruguay	Asociación de Química y Farmacia del Uruguay
Venezuela	Federación Farmacéutica Venezolana

Importante: La información contenida en el presente informe proviene exclusivamente de los datos suministrados por las asociaciones farmacéuticas participantes a través de la encuesta realizada. Este documento se ha elaborado utilizando dichas asociaciones como única fuente de información primaria. En aquellos casos donde se haya integrado información complementaria, la fuente correspondiente se encuentra debidamente citada y detallada.

3 Diagnóstico regional

3.1 Dominio 1: Educación y fuerza laboral

Para comprender las variaciones observadas en la región, resulta fundamental analizar el contexto demográfico y estructural que configura el entorno profesional. Factores como el número de farmacéuticos disponibles, la cantidad de facultades de farmacia y la red de farmacias comunitarias constituyen elementos clave que condicionan el desarrollo y la capacidad de respuesta de la profesión.

Estos indicadores permiten caracterizar la disponibilidad de recursos humanos farmacéuticos y la capacidad formativa de los países, así como identificar posibles brechas entre la oferta de profesionales y las necesidades de los sistemas de salud.

La Tabla 4 resume estos indicadores principales para los países incluidos en el análisis.

Tabla 4: Principales indicadores

País	N° de Farmacéuticos	Farmacéuticos / 100.000 hab.	% Mujeres en la Profesión	N° de Facultades de Farmacia	Farmacias / 100.000 hab.
Argentina	20.134	44,1	70,0%	31	30,6
Bolivia	10.500	84,7	80,0%	20	8,1
Brasil	386.801	182,5	ND	915	56,0
Chile	15.583	78,7	59,8%	29	27,5
Colombia	7.061	13,3	61,1%	13	ND
Costa Rica	7.459	146,3	69,2%	5	27,4
Cuba	ND	ND	ND	3	20,1
Ecuador	9.217	50,9	ND	7	67,8
Guatemala	2.000	10,9	90,0%	4	38,0
México	31.429	24,0	62,8%	109	32,8
Paraguay	7.381	107,0	53,5%	22	37,7
Puerto Rico	3.680	115,0	77,1%	2	34,4
República Dominicana	ND	ND	ND	3	26,3
Uruguay	2.982	85,2	ND	1	27,0
Venezuela	ND	ND	ND	3	17,6

ND: No disponible en los datos obtenidos de la encuesta.

En la Figura 1 que a continuación se muestran los datos demográficos según el Banco Mundial (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>)²

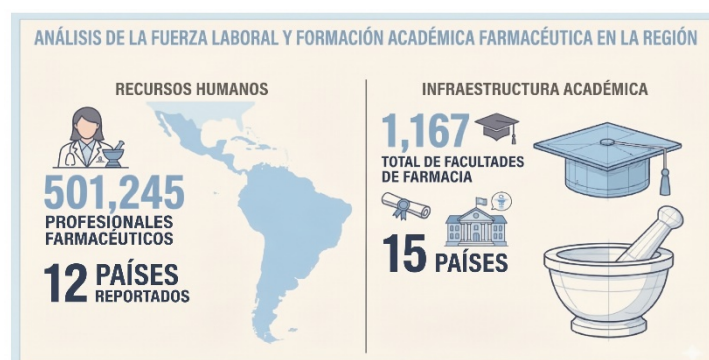


Figura 1: Análisis de la fuerza laboral y formación académica

El análisis revela profundas disparidades en la región. Se observa una variación muy significativa en la densidad de profesionales, con una diferencia de hasta 16 veces entre Brasil (182,5 farmacéuticos por 100.000 habitantes) y Guatemala (10,9 por 100.000 habitantes), lo que pone de manifiesto marcadas inequidades en el acceso de la población al profesional farmacéutico. Esta disparidad podría explicarse, al menos en parte, por las diferencias en la densidad y capacidad de los sistemas universitarios de cada país, así como por factores regulatorios y estructurales que condicionan el desarrollo de la profesión.

En cuanto a las áreas de práctica profesional, la farmacia comunitaria y la atención primaria constituyen el principal entorno laboral en la mayoría de los países. No obstante, en países como Guatemala, México y Uruguay, la industria farmacéutica ha sido reportada como el principal ámbito de empleo. En ningún caso la farmacia hospitalaria aparece como el principal sector empleador.

Estas diferencias evidencian la necesidad de fortalecer las políticas de planificación de la fuerza laboral farmacéutica en la región, con el fin de asegurar una distribución más equitativa de los profesionales y maximizar su contribución a los sistemas de salud.

La farmacia comunitaria es el sector principal de empleo de farmacéuticos, y necesita una atención prioritaria. Y en los países donde no lo es, eso se debe a que la farmacia comunitaria no tiene farmacéuticos, lo que es muy preocupante y necesita intervenciones estratégicas.

3.1.1 Formación y educación de profesionales farmacéuticos

La educación farmacéutica es el pilar sobre el que se construyen las competencias y se impulsa la evolución de la práctica hacia un modelo centrado en el paciente. La estructura, calidad y contenido de los planes de estudio determinan la capacidad de los futuros farmacéuticos para responder a las necesidades de los sistemas sanitarios.

1. Infraestructura educativa y acreditación

La región cuenta con una infraestructura educativa considerable, con más de 1.100 facultades de farmacia (915 de ellas reportadas en Brasil). La duración de los estudios de grado es robusta, siendo de cinco años o más en la gran mayoría de los países (a excepción de Cuba, donde la carrera de farmacia tiene una duración reportada de 4 años), lo que proporciona una sólida base académica y científica.

Sin embargo, la supervisión de la calidad no es uniforme. Un 66.7% (10 de 15) de los países cuenta con un sistema nacional de acreditación de la calidad para la carrera de farmacia, mientras que un 73% (11 de 15) dispone de un organismo académico encargado de revisar periódicamente los planes de estudio. Aunque esto indica un compromiso mayoritario con la calidad, también revela que en una porción significativa de la región no existen mecanismos formales de acreditación o revisión curricular, lo que representa una debilidad estructural.

El título obtenido varía según el país del cual se trate, pudiendo ser farmacéutico (Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay y Venezuela), químico farmacéutico (Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala y Uruguay), licenciado en ciencias farmacéuticas (Cuba), doctor en farmacia (Puerto Rico), licenciado en farmacia (Costa Rica y República Dominicana). Es curioso el caso de México, donde existen más de 15 diferentes denominaciones profesionales de ciencias farmacéuticas, entre ellas, licenciado en química farmacéutica biológica, licenciado en farmacia, licenciado en ciencias farmacéuticas, licenciado en químico farmacobiólogo, licenciado en químico farmacéutico industrial, ingeniero farmacéutico, ingeniero farmacobiólogo, licenciado en químico farmacéutico biotecnólogo.

La armonización de estándares de calidad y competencias en la educación farmacéutica podría contribuir a fortalecer la formación de la fuerza laboral farmacéutica y a facilitar el desarrollo de modelos de práctica profesional más integrados en los sistemas de salud de la región.

2. Competencias y áreas de conocimiento en los planes de estudio

El análisis del contenido curricular revela una base sólida en competencias tradicionales, pero brechas importantes en formación clínica avanzada. Esta información se encuentra detallada en la Tabla 5.

Tabla 5: Competencia Clave en los Planes de Estudio

Competencia Clave en los Planes de Estudio	% de Países que lo Incluyen	% de Países que NO lo Incluyen
Comunicación con pacientes y profesionales	80.0%	20.0%
Investigaciones en salud	80.0%	20.0%
Formación práctica orientada al paciente	73.3%	26.7%
Educación interprofesional	53.3%	46.7%

El currículo en Latinoamérica se inclina fuertemente hacia competencias tradicionales como la investigación y la comunicación (ambas con un 80% de inclusión). Sin embargo, se detectan falencias y omisiones en la formación de los futuros farmacéuticos para roles modernos de salud pública. La brecha más significativa se encuentra en la educación interprofesional (53.3%), lo que limita la preparación de los graduados para colaborar eficazmente en equipos de salud de manera interdisciplinaria.

Esta desconexión se agudiza al evaluar áreas de conocimiento clínico avanzado, donde se observa un déficit crítico que obstaculiza la expansión del rol del farmacéutico:

- **Áreas con Mayor Penetración:** La formación está orientada al uso seguro de medicamentos. Las áreas más consolidadas son la optimización del uso de antimicrobianos (93.3%), la promoción de la seguridad del paciente (86.7%) y la educación en salud y prevención de enfermedades (86.7%).
- **Áreas con Menor Penetración:** Las competencias para servicios clínicos directos al paciente son significativamente bajas. La formación en vacunación sólo está presente en el 40% de los países, la de pruebas de orientación diagnóstica (point-of-care testing) en el 33.3%, y la de prescripción farmacéutica únicamente en Brasil. Estas no son solo brechas; reflejan un vacío entre la formación académica y las competencias necesarias para alinear la educación con las necesidades urgentes de los sistemas de salud regionales, marginando a la profesión de iniciativas clave de salud pública.

El 53.3% de los países (8 de los 15 encuestados) poseen un marco nacional que describa las competencias básicas que deben tener todos los recién egresados (competencias fundacionales de acceso a la profesión).

Estos resultados sugieren la necesidad de fortalecer la integración de competencias clínicas, interprofesionales y de salud pública en los planes de estudio de farmacia, con el fin de preparar a los futuros farmacéuticos para asumir roles más activos en la atención primaria y en la prestación de servicios farmacéuticos centrados en el paciente.

3.1.2 Desarrollo Profesional Continuo (DPC) farmacéutico y marco regulatorio

Garantizar la calidad de los servicios farmacéuticos posgraduación depende de un sistema robusto de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y un marco regulatorio que respalde y reconozca las prácticas avanzadas.

1. Licenciamiento y Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

En la región, un 66.6% (10 de 15) de los países exige la inscripción en un colegio profesional para poder ejercer.

En cuanto a la formación continua, si bien el 86.7% de los países reporta la existencia de programas de DPC (13 de 15, solo Chile y México no reportan DPC), su integración formal es débil y limita su impacto:

- Solamente en el 20% de los países el DPC es obligatorio para farmacéuticos (Argentina, Ecuador y Puerto Rico), pero solo en Puerto Rico la acumulación de puntos de DPC es un requisito para la

renovación de la licencia profesional. Es curioso el caso de República Dominicana, donde el DPC no es obligatorio, pero es necesario para la renovación de la matrícula profesional.

- Únicamente el 26.7% (4 de 15) de los países cuenta con un organismo nacional que supervise la calidad de dichos programas.

Esta falta de obligatoriedad y supervisión de la calidad representa una barrera importante para garantizar que la fuerza laboral se mantenga actualizada con las últimas competencias profesionales.

2. Especialización y prácticas avanzadas

El desarrollo de especialidades es un indicador de la madurez de la profesión. Los datos muestran una infraestructura académica bien establecida, pero que falla en el reconocimiento formal por parte de los sistemas nacionales.

- El 100% (15 de 15) de los países cuenta con programas formales para la especialización de los farmacéuticos (especialidades farmacéuticas). Aunque cabe mencionar que Uruguay únicamente reportó contar con una especialidad (Diploma de Especialista en Farmacia Hospitalaria) y Guatemala (4 especialidades), Ecuador (3 especialidades), Bolivia (3 especialidades) y República Dominicana (3 especialidades) son los países que cuentan con la menor cantidad de especialidades farmacéuticas.
- El 80% de los países tienen programas formales universitarios (Bolivia, Guatemala y Puerto Rico son la excepción).
- El 53.3% (8 de 15) dispone de organismos o sociedades que apoyan la especialización.
- Sin embargo, solo el 40% (6 de 15) tiene un sistema nacional para acreditar formalmente una práctica avanzada.
- El 26.7% (4 de 15) de los países no cuenta con un documento oficial que describa las incumbencias del título de farmacéutico (Chile, México, Paraguay, y Uruguay)*.
- El 46.6% de los países cuenta con documento oficial de estándares de calidad para las actividades profesionales farmacéuticas. Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Guatemala, Paraguay, Uruguay y Venezuela notificaron no contar con un documento de estas características.

Esto crea una "brecha de reconocimiento" donde los farmacéuticos pueden invertir en formación avanzada, pero el sistema de salud no ofrece una vía formal para acreditar, certificar o remunerar estas habilidades. Ello actúa como un potente desincentivo para el desarrollo profesional e impide el establecimiento de roles de práctica avanzada.

El fortalecimiento de marcos regulatorios para el desarrollo profesional continuo, junto con sistemas de acreditación de prácticas avanzadas, podría contribuir significativamente a mejorar la calidad de los servicios farmacéuticos y a ampliar la contribución del farmacéutico a los sistemas de salud.

3.1.3 Técnicos/auxiliares en farmacia

Referente al técnico/auxiliar de farmacia, existe una gran disparidad en las respuestas obtenidas.

Una gran mayoría de países (Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay) reportaron que existe formación académica de la figura del técnico de farmacia. Argentina, Bolivia, Costa Rica, Guatemala y Venezuela indicaron que no existe esta formación y sostuvieron que los técnicos no son formalmente reconocidos por ninguna entidad nacional como parte de la fuerza laboral de farmacia.

Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela (53.3% de los países encuestados) manifiestan que existen programas universitarios de formación de técnicos en farmacia. La duración mínima de estudios es de 2 años en los países que reportan este dato, excepto en Cuba, donde la duración mínima es de 3 años.

En cuanto al período mínimo de prácticas pre-profesionales requerido para obtención del título de técnico/auxiliar de farmacia, la mayoría de los países que contestaron reportan 3 meses de duración y un máximo de 6 meses en Colombia.

El 46.6% de los países manifiesta contar con programas de desarrollo continuo para técnicos en farmacia (Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Paraguay, Puerto Rico y Uruguay), aunque solamente en Puerto Rico estos programas DPC son obligatorios y solamente Cuba, Puerto Rico y Colombia reportan que existen organismos que supervisan la calidad del DPC para técnicos/auxiliares en farmacia.

Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, México y Puerto Rico manifestaron contar con documentos oficiales que describen las incumbencias del técnico/auxiliar de farmacia (46.6% de los países), mientras que los demás países no lo tienen. Por otra parte, únicamente el 33.3% de los países (Colombia, Cuba, Ecuador, México y Puerto Rico) contestaron contar con un documento oficial de estándares de calidad para las actividades del técnico/auxiliar de farmacia.

En cuanto a la formación académica de técnicos/auxiliares de farmacia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador y Puerto Rico (33.3% de los países encuestados) fueron los únicos que manifestaron contar con un marco nacional que describa las competencias básicas que deben tener todos los recién egresados. Y solo tres países (Cuba, Puerto Rico y Ecuador) poseen marcos nacionales de competencias para la práctica de técnicos/auxiliares de farmacia.

En conjunto, estos resultados muestran que la figura del técnico en farmacia no está extendida ni regulada de forma homogénea en América Latina. La ausencia de estándares comunes, de reconocimiento formal, de marcos de competencias y de formación continua constituye una brecha relevante que impacta negativamente en la seguridad del paciente y la eficiencia de los servicios prestados y plantea la necesidad de avanzar hacia modelos más claros y coherentes a nivel nacional y regional.

El desarrollo de estándares regionales mínimos para la formación, competencias y regulación de técnicos en farmacia podría contribuir a fortalecer la seguridad del paciente y a optimizar el uso de los recursos humanos farmacéuticos en los sistemas de salud.

3.2 Dominio 2: Práctica farmacéutica

3.2.1 Plan nacional de salud

El 93,75 % de los países informó contar con un plan nacional de salud vigente, lo que evidencia un alto nivel de planificación sanitaria a nivel regional. En el 75 % de estos casos, la farmacia se encuentra integrada, de manera explícita o implícita, dentro de dichas estrategias nacionales, reconociendo su aporte al acceso a medicamentos, a la continuidad de los tratamientos y al fortalecimiento de la atención primaria de la salud. No obstante, el grado de participación y el nivel de formalización de la farmacia comunitaria dentro de estos planes varía considerablemente entre los países.

En Cuba, la farmacia se articula con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030, en el marco del Macro-Programa de Desarrollo Humano, Equidad y Acceso a los Medicamentos y a la Medicina Natural y Tradicional. En Argentina, debido a su organización federal, cada provincia cuenta con autonomía para definir e implementar políticas sanitarias, ya sea mediante programas propios o a través de la adhesión a estrategias emanadas del nivel nacional, lo que permite afirmar la existencia de lineamientos de salud de alcance nacional con implementación descentralizada. En Colombia, el sistema de salud se organiza bajo un modelo asegurador, tanto contributivo como subsidiado, articulado a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde la farmacia cumple un rol principalmente vinculado a la provisión de medicamentos.

Entre las políticas específicas sobre farmacia y medicamentos en estos planes de salud se destacan la [Política Nacional de asistencia farmacéutica de Brasil](#),³ el [Plan de desarrollo de los servicios farmacéuticos en APS en Argentina](#)⁴ y la [Política Nacional de medicamentos de Paraguay](#).⁵

Respecto a la participación en programas de salud gubernamentales y no gubernamentales, sólo el 33,3% (5 países) respondieron vincularse regularmente en campañas. Entre ellas se destacan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, [Programa HEARTS](#),⁶ inmunizaciones, enfermedades infecciosas (HIV), enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, diabetes, asma, entre otras).

3.2.2 Servicios farmacéuticos

Entre los servicios farmacéuticos profesionales se identificó un amplio abanico de intervenciones que, si bien en muchos casos se encuentran contempladas (total o parcialmente) en los marcos normativos vigentes, requieren del trabajo activo y sostenido de las instituciones profesionales para consolidar, actualizar y ampliar regulaciones que amparen el ejercicio pleno de la práctica farmacéutica. El rol de estas instituciones resulta clave para impulsar normativas que habiliten el desarrollo de nuevos servicios y extiendan el alcance profesional del farmacéutico dentro de los sistemas de salud.

La brecha existente entre lo que la legislación permite y lo que efectivamente se implementa en la práctica cotidiana de las farmacias comunitarias representa una oportunidad estratégica para fortalecer el posicionamiento del farmacéutico y su integración en la atención primaria de la salud.

Como se observa en la Figura 2, entre los servicios farmacéuticos prestados se destacaron la disposición final segura de medicamentos vencidos o en desuso, fundamental para la protección de la salud pública y del medio ambiente; la revisión y conciliación farmacoterapéutica, orientadas a optimizar los tratamientos, mejorar la adherencia, reducir riesgos asociados a la medicación y aumentar la seguridad para los pacientes; y la revisión de botiquines domiciliarios, que permite detectar usos inadecuados, duplicidades o medicamentos innecesarios. Asimismo, la renovación de prescripciones para tratamientos crónicos, la sustitución por medicamentos genéricos y la elaboración de preparados magistrales constituyen prácticas con alto valor sanitario, clínico y económico.

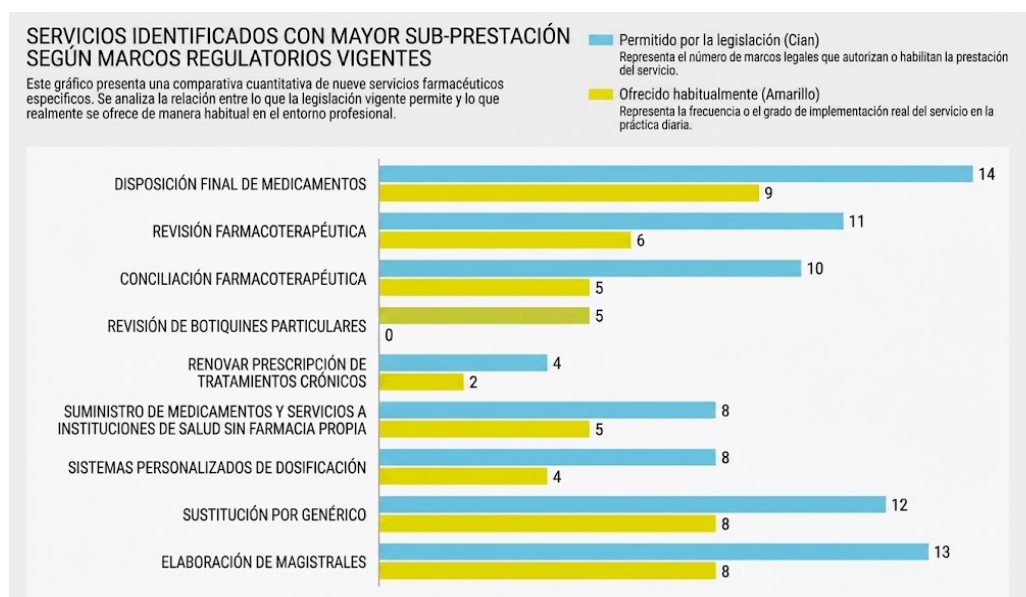


Figura 2: Servicios con mayor sub-prestación según marcos regulatorios vigentes

Por otra parte, Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela señalaron la posibilidad de disponer de consultorios de atención farmacéutica, la farmacovigilancia y el seguimiento farmacoterapéutico dentro de las farmacias comunitarias. Estos servicios permiten brindar una atención más personalizada, confidencial y centrada en el paciente, favoreciendo la

detección temprana de problemas relacionados con los medicamentos y el uso seguro de los tratamientos. No obstante, a pesar de su reconocimiento normativo y de su potencial impacto sanitario, estos servicios continúan teniendo una baja tasa de implementación en la región, tal cual se observa en la Figura 3, lo que evidencia la necesidad de fortalecer su disponibilidad y sostenibilidad.

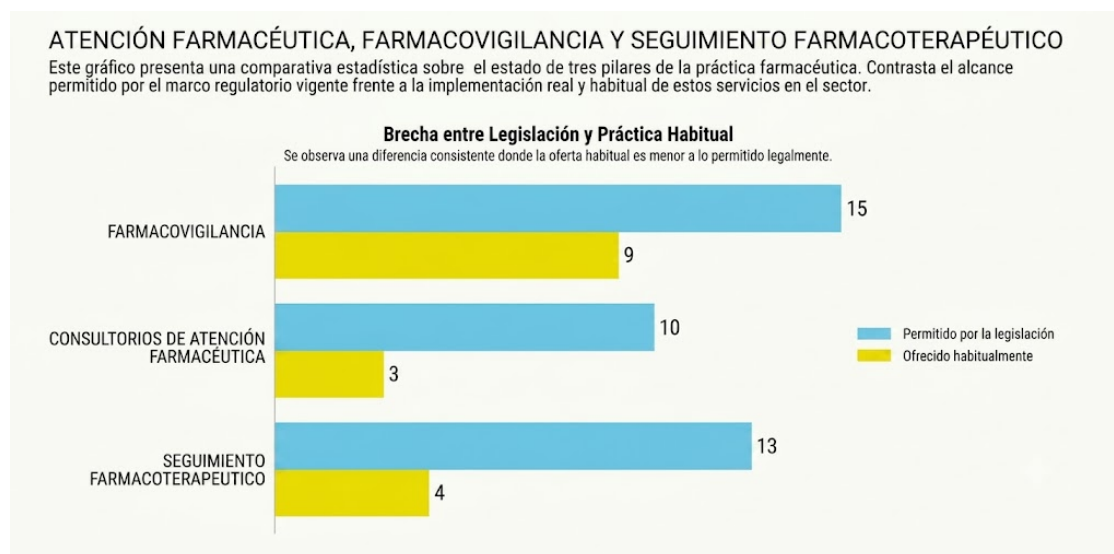


Figura 3: Atención farmacéutica, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico

En relación con el servicio de prescripción farmacéutica, se trata de una actividad que, en términos generales, no se encuentra autorizada de manera explícita en la mayoría de los marcos normativos de la región, lo que evidencia un amplio margen de desarrollo pendiente. Su análisis requiere considerar sus distintas modalidades (independiente, complementaria y en situaciones de emergencia), cada una con desafíos regulatorios y operativos específicos. (en el caso de Colombia, la ausencia de la figura de “farmacia comunitaria” limita la aplicabilidad de este servicio dentro de su realidad nacional).

En la mayoría de los países, la prescripción continúa siendo una práctica de incumbencia exclusiva de los profesionales médicos y odontólogos, lo que subraya la necesidad de promover el debate técnico, profesional y normativo sobre el rol del farmacéutico en este ámbito y su potencial contribución a la atención primaria de la salud. Este servicio incluye también los ajustes o la renovación de la prescripción en pacientes con medicación crónica.

Entre los servicios farmacéuticos más comúnmente ofrecidos en la región se destacan la dispensación de medicamentos, como actividad central de la farmacia comunitaria, así como la elaboración de preparados magistrales y la sustitución por medicamentos genéricos, ambas reguladas por marcos normativos específicos en algunos países. En Paraguay, por ejemplo, la elaboración de preparados magistrales es una práctica exclusiva de las farmacias magistrales, conforme a lo establecido en la [Ley 1.119/97](#).⁷

Según la Ley 1.119/97, las farmacias magistrales en Paraguay, pueden además dispensar medicamentos de laboratorios industriales (registrados como especialidades medicinales), y productos de higiene y cosmética.

En Brasil, la sustitución por medicamentos genéricos se encuentra respaldada por legislación específica, según la [Ley 9.787/99](#),⁸ que promueve el acceso y el uso racional de medicamentos. Asimismo, la entrega de medicamentos a domicilio se ha consolidado como un servicio complementario relevante, orientado a mejorar la accesibilidad, la continuidad de los tratamientos y la atención centrada en las necesidades de la población.

La práctica de entrega a domicilio es heterogénea entre países, algunos solo permiten la entrega de medicamentos no sujetos a prescripción (OTCs por las siglas en idioma inglés de Over-The-Counter), otros permiten también medicamentos bajo receta con entrega contra prescripción y medicamentos controlados como psicotrópicos y antibióticos no están permitida).

1. Servicios de prevención o cribado de enfermedades

En relación con los servicios vinculados a la prevención de enfermedades, esta constituye una de las áreas con mayor potencial de crecimiento para ampliar el alcance de la práctica profesional farmacéutica. Su desarrollo efectivo requiere marcos legislativos claros que acompañen, regulen y respalden estas actividades, incluyendo la definición de certificaciones, competencias y estándares de calidad necesarios para su implementación segura. En particular, los servicios relacionados con el control de parámetros biológicos presentan desafíos regulatorios específicos, dado que en numerosos países son considerados incumbencia exclusiva de otras disciplinas de la salud. Superar estas barreras normativas mediante el trabajo conjunto de autoridades sanitarias e instituciones profesionales permitiría aprovechar el potencial complementario de la farmacia comunitaria y del farmacéutico como agente clave en la detección temprana de factores de riesgo, la promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria.

En la Figura 4 se detallan los servicios de prevención o cribado de enfermedades ofrecidos en las Farmacias. Entre los servicios más desarrollados se destacan la aplicación del [test de Findrisk](#)⁶, el control y monitoreo de la presión arterial, así como la dispensación y el asesoramiento para el uso correcto de autotests, tales como los de embarazo, COVID-19 y VIH. Asimismo, cobran relevancia las campañas de promoción de hábitos saludables y de educación para la salud, el apoyo al autocuidado responsable y las acciones orientadas a la prevención de enfermedades transmitidas por vectores. Estas intervenciones posicionan a la farmacia comunitaria como un espacio accesible y cercano para la promoción de la salud y la detección temprana de riesgos, contribuyendo de manera efectiva al fortalecimiento de la atención primaria y a la mejora de los resultados en salud de la población.



Figura 4: Servicios de prevención de enfermedades

2. Servicios de inmunización.

En relación con los servicios de inmunización, estos se encuentran permitidos en solo cinco de los países encuestados (Argentina, Brasil, Costa Rica, Puerto Rico, y Venezuela) evidenciando avances desiguales en su reconocimiento y desarrollo. En aquellos países donde la farmacia comunitaria ha sido integrada como parte activa de las estrategias nacionales de vacunación, su participación resulta clave para ampliar coberturas, mejorar la accesibilidad y fortalecer la confianza de la población. Las farmacias han contribuido de manera esencial en campañas de inmunización frente a enfermedades como fiebre amarilla, influenza, virus del papiloma humano (VPH), hepatitis A y B, difteria, tétanos y tos ferina, neumococo, varicela, meningococo, sarampión, rubéola y paperas, entre otras. Estos ejemplos demuestran el enorme potencial de la farmacia comunitaria como socio estratégico de los sistemas de salud. Sin embargo, persisten contextos en los que su

participación no solo no es reconocida, sino que incluso se considera una práctica ilegal, limitando innecesariamente el impacto sanitario de esta red asistencial cercana a la comunidad.

La farmacia comunitaria en América Latina dispone de un amplio potencial para ampliar su contribución a los sistemas de salud mediante la prestación de servicios farmacéuticos profesionales. No obstante, su desarrollo se encuentra limitado por brechas regulatorias, de implementación y de reconocimiento, lo que requiere acciones coordinadas para su fortalecimiento e integración en la atención primaria.

3. Registro de los servicios prestados

Uno de los desafíos transversales identificados en la práctica farmacéutica es la baja implementación de mecanismos de registro sistemático de las intervenciones realizadas por los profesionales farmacéuticos en sistemas electrónicos compartidos con otros profesionales sanitarios, para que todos puedan utilizar esos datos, y para que esas intervenciones sean debidamente documentadas. En la mayoría de los casos, los servicios que cuentan con algún nivel de documentación formal se limitan a los reportes de farmacovigilancia y a las actividades de seguimiento farmacoterapéutico, mientras que una proporción significativa del resto de las intervenciones permanece sin registrar. Esta situación invisibiliza el verdadero alcance del aporte sanitario del farmacéutico y dificulta su adecuada valoración dentro de los sistemas de salud y la respectiva remuneración cuando sea relevante.

El registro sistemático, estandarizado y continuo de todas las intervenciones profesionales resulta fundamental para generar indicadores que permitan medir de manera objetiva su impacto clínico, sanitario, económico y social. La disponibilidad de datos confiables facilita la evaluación de resultados, la toma de decisiones basadas en evidencia y la mejora continua de los servicios. Asimismo, la producción y posterior publicación de esta información constituye una herramienta clave para el reconocimiento del rol del farmacéutico, tanto en el ámbito político como social. Contar con evidencia documentada fortalece la capacidad de incidencia de las instituciones profesionales, respalda la ampliación del marco normativo y posiciona a la farmacia comunitaria como un actor sanitario estratégico, imprescindible para el fortalecimiento de la atención primaria de la salud.

4. Otros productos disponibles en farmacias

Como establecimientos sanitarios, las farmacias tienen por prioridad la custodia y dispensación de productos terapéuticos. Bajo esta premisa, se llevó a cabo un relevamiento sobre la disponibilidad de productos para su comercialización en estos establecimientos.

- **Medicamentos Homeopáticos**

En el 75 % de los países relevados se dispensan medicamentos homeopáticos en el ámbito de la farmacia comunitaria, aunque con modalidades de regulación y provisión heterogéneas. En Cuba, existe una integración formal de la homeopatía dentro del sistema sanitario, con farmacias especializadas dedicadas a la producción y dispensación de estos medicamentos. Asimismo, los medicamentos homeopáticos producidos por la industria farmacéutica nacional se encuentran aprobados en el cuadro básico de productos naturales y son dispensados en la totalidad de las farmacias del país.

En Brasil, la dispensación de medicamentos homeopáticos se encuentra respaldada por un marco normativo específico y robusto, que incluye la [Resolución RDC nº 26/2007](#),⁹ la [Resolución del Consejo Federal de Farmacia \(CFF\) nº 635/2016](#)¹⁰ y la [Instrucción Normativa nº 9/2009](#),¹¹ las cuales regulan su registro, producción y comercialización en farmacias y droguerías. El país cuenta, además, con farmacias exclusivas de homeopatía.

En contraste, en Colombia la dispensación de medicamentos homeopáticos no se realiza en farmacias comunitarias, sino que se limita a su venta en establecimientos comerciales como droguerías, tiendas

naturistas o consultorios homeopáticos, lo que evidencia diferencias sustantivas en el reconocimiento y el encuadre profesional de esta práctica dentro de la región.

- **Herboristería**

En el 75 % de los países encuestados se dispensan productos tradicionales y/o de herboristería en el ámbito de la farmacia comunitaria, lo que refleja su amplia presencia en la práctica farmacéutica de la región. Estos productos suelen integrarse a los sistemas de salud bajo diferentes categorías regulatorias, tales como medicamentos fitoterápicos o productos tradicionales, con distintos niveles de exigencia en cuanto a registro, control de calidad y supervisión profesional. La participación del farmacéutico en su dispensación resulta clave para garantizar un uso seguro y racional, así como para orientar adecuadamente a la población sobre indicaciones, interacciones y posibles riesgos asociados.

En Paraguay, los productos de herboristería se encuentran regulados bajo la categoría de medicamentos fitoterápicos, lo que implica su registro formal ante la autoridad sanitaria y habilita su dispensación exclusiva en farmacias. Este encuadre normativo refuerza el rol del farmacéutico como responsable de su correcta dispensación y seguimiento, asegurando estándares mínimos de calidad, seguridad y trazabilidad. La inclusión de estos productos dentro del circuito farmacéutico formal contribuye a reducir prácticas informales y a fortalecer la confianza de la población en terapias tradicionales respaldadas por regulaciones sanitarias claras.

Cuba cuenta con un listado básico aprobado de 179 productos naturales, dispensados en todas las farmacias del país, de los cuales una proporción significativa es producida en centros locales y dispensarios autorizados por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con actualizaciones anuales y regulación específica en el [Formulario Nacional de Fito y Apifármacos](#).¹²

En Brasil, la [RDC nº 26/2014](#),¹³ junto con la [Resolución CFF nº 585/2013](#)¹⁴ y la Instrucción Normativa nº 9/2009, establece los criterios para el registro, la notificación y la dispensación de medicamentos fitoterápicos y productos tradicionales en farmacias y droguerías.

- **Productos de Óptica**

En el 33,3 % de los países encuestados se dispensan productos de óptica en el ámbito de la farmacia comunitaria, aunque con alcances y regulaciones variables. En Colombia, la participación de las farmacias se centra principalmente en la dispensación de medicamentos oftálmicos y de productos complementarios, como soluciones limpiadoras y humectantes para lentes de contacto. En Venezuela, algunas farmacias se encuentran autorizadas para la dispensación de productos de óptica (por ejemplo: anteojos, gafas de sol, líquido para lentes de contacto, entre otros), lo que habilita su comercialización. En la República Dominicana, las farmacias pueden dispensar lentillas y lentes de contacto, ampliando su oferta de servicios y posicionándose como puntos de acceso cercanos para el cuidado básico de la salud visual de la población.

- **Productos de ortopedia**

En el 81,2 % de los países relevados se dispensan productos de ortopedia en farmacias comunitarias, lo que evidencia su amplia integración dentro de la oferta de servicios y productos de estos establecimientos sanitarios. La dispensación de artículos ortopédicos posiciona a la farmacia como un punto de acceso cercano para la provisión de ayudas técnicas básicas, contribuyendo a la rehabilitación, la movilidad y la calidad de vida de los pacientes. La participación del farmacéutico resulta clave para orientar sobre el uso adecuado de estos dispositivos, su correcta selección y mantenimiento, así como para derivar oportunamente a otros niveles de atención cuando se requieren soluciones personalizadas o de mayor complejidad.

En Paraguay, algunos productos ortopédicos registrados como dispositivos médicos (como plantillas, fajas y otros artículos afines) pueden dispensarse en farmacias habilitadas por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DINAVIS), conforme a lo establecido en la [Resolución DINAVIS N.º 152](#),¹⁵ que reglamenta su comercialización. En Cuba, las farmacias dispensan determinados artículos ortopédicos, como andadores, bastones y muletas, mientras que los centros de ortopedia técnica se encargan de la fabricación y provisión de dispositivos especializados. En Brasil, la dispensación de estos productos se encuentra regulada por la Instrucción Normativa N.º 9/2009 y la [RDC N.º 751/2022](#), que establecen los criterios para su comercialización en farmacias y droguerías.

- **Otros**

Asimismo, se recopiló información sobre otros ítems comercializados en farmacias comunitarias, entre los que se incluyen alimentos no terapéuticos (12 países), bebidas azucaradas (11), bebidas energéticas (11), bebidas alcohólicas (2), artículos de regalería (12), productos de tabaquería (4) y recargas telefónicas (11). La presencia de estos productos no se alinea con el rol sanitario que debería caracterizar a la farmacia comunitaria como establecimiento de salud. Si bien pueden representar un impacto comercial a corto plazo, sus ventas desvían la atención de la práctica profesional. Resulta prioritario reorientar el modelo de farmacia hacia el desarrollo de servicios farmacéuticos profesionales sostenibles, centrados en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el uso racional de medicamentos, fortaleciendo así su valor sanitario y social.

3.2.3 Remuneración de las farmacias y los servicios profesionales

El modelo económico predominante en la región continúa basándose en la no remuneración de los servicios farmacéuticos profesionales, lo que condiciona la sostenibilidad de la farmacia comunitaria casi exclusivamente al margen de rentabilidad asociado a la dispensación de medicamentos y otros productos. En aquellos contextos donde los servicios son remunerados, la fuente de financiamiento más frecuente es el pago directo por parte del paciente, lo que limita su accesibilidad y alcance poblacional. La participación de gobiernos, sistemas de seguridad social o aseguradoras privadas en la financiación de estos servicios sigue siendo minoritaria, constituyéndose como uno de los principales obstáculos para la expansión y consolidación de la atención farmacéutica.

La remuneración de los servicios farmacéuticos se encuentra estrechamente vinculada al modelo sanitario vigente en cada país, observándose esquemas mixtos que combinan el pago de bolsillo del paciente, la cobertura a través de la seguridad social o de sistemas de medicina prepaga y, en menor medida, el financiamiento por parte de empleadores.

Resulta preocupante el elevado número de países en los que los servicios farmacéuticos no reciben ningún tipo de remuneración, situación identificada en ocho países encuestados. Esta realidad evidencia la necesidad de avanzar hacia modelos de financiamiento sostenibles que reconozcan el valor sanitario, clínico y económico del trabajo profesional del farmacéutico.

En relación con el modelo de remuneración asociado a la dispensación de medicamentos, se observa que el 41,6 % de los países mantiene un esquema de compra-venta basado en un margen aplicado sobre el costo del medicamento. En contraste, un 12,5 % ha adoptado modelos que incorporan un honorario o fee por acto de dispensación, en algunos casos complementado con sistemas de reposición automática.

Asimismo, se identifican situaciones particulares como la de Colombia, donde la dispensación ambulatoria de medicamentos es realizada por gestores farmacéuticos y por servicios farmacéuticos pertenecientes a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o directamente por los propios gestores. En este modelo, la remuneración proviene del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La modalidad de compra-venta con gasto de bolsillo se limita a establecimientos comerciales que no son considerados farmacias.

En Paraguay, la sostenibilidad económica de la farmacia se basa principalmente en el margen de ganancia derivado del precio de venta de los medicamentos al público. En Chile, la mayoría de los medicamentos dispensados se financian mediante gasto de bolsillo, aunque pueden aplicarse descuentos a través de aseguradoras como el Fondo Nacional de Salud (FONASA), las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), cajas de compensación, empresas u otros actores privados, configurando un modelo mixto de financiamiento.

En Argentina, el modelo de farmacia comunitaria se basa principalmente en la compra-venta de medicamentos, con la participación de la seguridad social, que cubre una parte del precio final para el paciente. En Costa Rica, el sector privado funciona bajo un esquema de pago directo por los productos adquiridos, mientras que en el sector público la seguridad social financia el acceso a medicamentos esenciales mediante un sistema solidario sostenido por aportes obligatorios de la población laboralmente activa.

En Uruguay, la farmacia comunitaria no se encuentra actualmente integrada de manera formal al sistema de salud; si bien existen convenios puntuales con instituciones médicas bajo modalidad de seguros, estos acuerdos se concentran principalmente en farmacias de cadena. En consecuencia, la mayoría de las farmacias comunitarias opera bajo un modelo de compra-venta con margen comercial.

En Colombia, el canal institucional se encuentra plenamente financiado por recursos centralizados en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que transfiere fondos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y, posteriormente, a las IPS y gestores farmacéuticos. En contraste, el canal comercial se desarrolla en droguerías con gasto de bolsillo y sin control asistencial.

En Venezuela, salvo convenios privados aislados, la dispensación se financia mediante gasto de bolsillo, con precios y márgenes regulados por el Estado.

Se hace necesario impulsar modelos de financiación integrales que contemplen tanto el acceso a los medicamentos como la adecuada remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos. Estos esquemas deben orientarse a garantizar la cobertura equitativa para toda la población y a la vez asegurar la sostenibilidad de los servicios en el tiempo. Fortalecer estos mecanismos resulta clave para consolidar sistemas de salud más sostenibles, accesibles, eficientes y centrados en el paciente.

3.2.4 Categorías de contratación

En relación con las categorías de contratación en la farmacia comunitaria, la figura del Director Técnico se encuentra reconocida en 13 países, constituyéndose como el rol profesional central y legalmente responsable del establecimiento. La categoría de farmacéutico adjunto existe en seis países, mientras que la de auxiliar farmacéutico se identifica en cuatro. Estas diferencias reflejan la heterogeneidad de los marcos regulatorios y de los modelos organizativos de las farmacias en la región.

El director técnico farmacéutico es clave para garantizar la calidad, seguridad y uso racional de los medicamentos en la farmacia comunitaria. Es responsable del cumplimiento normativo, la correcta dispensación, la conservación adecuada de productos y la trazabilidad. Además, lidera el equipo, promueve la atención farmacéutica centrada en el paciente y actúa como agente sanitario, educando y previniendo riesgos. Esta información se encuentra resumida en la Figura 5.



Figura 5: Impacto del profesional farmacéutico en el sistema sanitario

Algunos países presentan categorías específicas que amplían y diversifican el ejercicio profesional. En Cuba, se reconocen figuras como especialistas en Servicios Farmacéuticos (incluyendo distribución, farmacia clínica

y dirección técnica), jefes de departamento de servicios farmacéuticos y administradores de farmacia. En Venezuela, la dirección técnica y profesional de los establecimientos farmacéuticos recae en el Farmacéutico Regente, quien por ley debe ser farmacéutico, y se complementa con farmacéuticos adjuntos y farmacéuticos gerentes con funciones administrativas. En la República Dominicana, se identifican farmacéuticos con funciones administrativas y de orientación.

Respecto a los modelos de contratación de farmacéuticos no propietarios, predominan tanto la relación de dependencia como la contratación independiente bajo modalidades como el monotributo*. En el 37,5 % de los países (seis), existe una institución o gremio que negocia colectivamente las condiciones laborales con las autoridades correspondientes. En el resto, los contratos se establecen de forma individual y directa entre el empleador y el profesional.

El monotributo es un régimen simplificado en Argentina para pequeños contribuyentes que unifica el pago de impuestos (IVA y Ganancias), aportes jubilatorios y obra social en una sola cuota mensual fija. Sirve para trabajar de manera formal, emitir facturas, acceder a cobertura médica y realizar aportes previsionales.

3.2.5 Salarios

Las condiciones salariales para los farmacéuticos directores técnicos muestran una gran variabilidad, con salarios mensuales brutos que oscilan desde menos de 500 USD en países como Bolivia y República Dominicana hasta más de 1.500 USD en Argentina y Costa Rica.

En Cuba, los farmacéuticos perciben un salario fijo determinado por el cargo y una escala oficial, complementado con incentivos por resultados, nocturnidad, condiciones de riesgo, categoría científica y responsabilidad técnica. Además, existe la posibilidad de pluriempleo, configurando un modelo de remuneración mixto ajustado al contexto nacional.

En Venezuela, la Federación Farmacéutica Venezolana revisa anualmente, en su Asamblea, las condiciones de compensación profesional y establece una tabla de honorarios mínimos que incluye el salario mínimo del farmacéutico asalariado. Asimismo, la normativa establece que el Regente o Director Técnico solo puede ejercer en un único establecimiento farmacéutico, lo que implica una contratación a dedicación exclusiva y limita la posibilidad de complementar ingresos mediante múltiples cargos.

Para poder entender la variabilidad de salarios entre países, los mismos se unificaron acorde al factor de conversión de Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) y se elaboró la Figura 6 para facilitar su comparación.

La PPA es un indicador económico que mide la cantidad de unidades de moneda nacional necesarias para comprar la misma “cesta” de bienes y servicios que adquiriría un dólar estadounidense en Estados Unidos, eliminando las diferencias de nivel de precios entre países para facilitar comparaciones más equitativas del poder de compra real entre distintas economías.

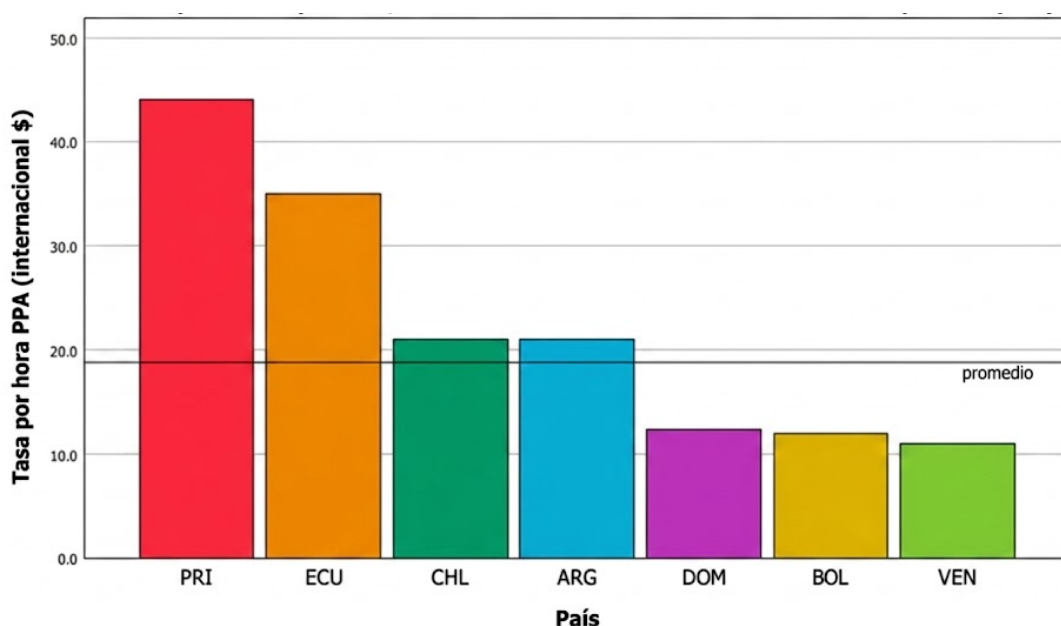


Figura 6: Salario por hora reportado, convertido a una tasa de Paridad de Poder Adquisitivo (PPA)

Esta figura presenta el salario por hora reportado en dólares estadounidenses convertido a una tasa de [Paridad de Poder Adquisitivo \(PPA\)](#) expresada en dólares internacionales. Los resultados resaltan diferencias notables entre países, donde Puerto Rico (PRI) y Ecuador (ECU) reportan una remuneración por hora comparativamente alta, alcanzando aproximadamente USD 45 y USD 35 por hora, respectivamente. Convertir estos valores a PPA (\$Internacional) proporciona una perspectiva más comparable del poder adquisitivo de los farmacéuticos, reduciendo la distorsión causada por los tipos de cambio y las diferencias locales en el costo de vida. En general, el análisis ayuda a ilustrar los niveles de ingresos relativos de una manera más estandarizada y significativa.

Es importante destacar que tanto Ecuador como Puerto Rico operan bajo economías dolarizadas, utilizando el dólar estadounidense como su moneda oficial. Por lo tanto, sus salarios reportados en USD no se ven afectados por las fluctuaciones del tipo de cambio, lo que podría explicar parcialmente sus valores comparativamente más altos en comparación con países que utilizan monedas locales.

Respecto a los salarios, se organizó en la Tabla 6 la información recolectada a partir de las respuestas de la encuesta, a modo de observaciones:

Tabla 6: Observaciones respecto al salario

País	Observaciones respecto al salario
Argentina	El modelo de remuneración se define mediante paritarias entre la representación gremial y las instituciones que agrupan a farmacias y farmacéuticos.
Brasil	Los farmacéuticos reciben su remuneración directamente del empleador, ya sea del sector privado o del gobierno.
Chile	El ingreso combina un sueldo fijo con bonos o variables vinculados a las ventas y, en algunos casos, horas extra.
Cuba	El salario se expresa en pesos cubanos y depende del grado de formación alcanzada, la actividad como investigador o docente y los años de experiencia profesional.
Ecuador	No es obligatoria la presencia permanente del responsable técnico, por lo que su remuneración se calcula en función de las horas efectivamente trabajadas; en cambio, el auxiliar de farmacia cumple jornada completa y percibe el salario básico legal.
Guatemala	La contratación del farmacéutico es un requisito legal; sin embargo, pese a existir funciones definidas en las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, estas no siempre se

	cumplen y no se exige un horario determinado. Aunque el colegio profesional fija un arancel, el monto efectivamente percibido suele ser inferior.
México	El salario del farmacéutico comunitario corresponde al rol de responsable sanitario con variaciones según el tipo de establecimiento.
Paraguay	La remuneración del farmacéutico se establece por contrato con el empleador, generalmente asociada al rol de director técnico o regente, sin pagos adicionales por servicios farmacéuticos, aunque pueden existir comisiones por ventas. Allí la legislación exige la presencia del farmacéutico tres horas diarias en la farmacia comunitaria, el empleador sólo exige estar al día con la documentación y el trabajo de atención lo realiza el técnico o auxiliar en farmacia
Uruguay	La presencia del farmacéutico en la farmacia no es permanente, ya que su función principal consiste en el control de balances, tarea que generalmente realiza una vez al mes. La remuneración por esta actividad oscila entre 300 y 400 dólares mensuales. En contraste, los auxiliares de farmacia suelen cumplir jornadas laborales de aproximadamente 44 horas semanales y perciben un salario mensual cercano a los 800 dólares.
Venezuela	De acuerdo con la normativa legal y reglamentaria vigente, el farmacéutico debe cumplir una jornada de ocho horas diarias (176 horas mensuales). La remuneración oscila entre 1,70 y 5,15 dólares por hora, valores que representan extremos atípicos dentro del mercado laboral.

Es imprescindible contar con condiciones laborales dignas y acordes al valor que la profesión farmacéutica aporta al sistema de salud. Esto incluye reconocimiento profesional, remuneración adecuada, entornos de trabajo seguros y oportunidades de desarrollo continuo. Garantizar estas condiciones no solo protege a los profesionales, sino que también fortalece la calidad de los servicios y el acceso de la población a una atención farmacéutica segura y eficiente.

3.2.6 Clasificación, modelos de dispensación y canales de distribución de los medicamentos farmacia digital

En todos los países analizados existe la figura del medicamento de venta libre (OTC). Asimismo, los medicamentos de venta bajo receta y bajo receta archivada se encuentran clasificados en casi la totalidad de los países, con la única excepción de Costa Rica.

En Chile, las condiciones de dispensación de medicamentos se organizan según un gradiente creciente de complejidad y fiscalización. Se distinguen los medicamentos sin receta, aquellos que requieren presentación de receta, los de receta simple y los de receta cheque, que incluyen estupefacientes y psicotrópicos. Además, el marco regulatorio contempla los medicamentos magistrales y oficinales, incluidos los magistrales con stock, que no se preparan en el momento de la dispensación.

En Cuba, existen modalidades específicas de dispensa para medicamentos controlados, que requieren certificados médicos y sistemas de seguimiento diferenciados. Entre ellas se incluyen el certificado médico para medicamentos controlados con su correspondiente tarjeta de dispensación, así como certificados específicos para el consumo de estupefacientes y psicotrópicos, los cuales deben emitirse mediante recetas foliadas.

La clasificación de los medicamentos en Venezuela está determinada por la normativa farmacéutica vigente, en particular la [Ley de Medicamentos](#),¹⁶ la [Ley Orgánica de Drogas](#)¹⁷ y sus reglamentaciones. Además de las categorías habituales, existen medicamentos de dispensación exclusiva mediante receta especial, considerados medicamentos controlados. Sus recetas deben archivarse en la farmacia por un período legalmente establecido y se exige un reporte mensual de entradas, salidas y saldos ante la autoridad sanitaria. Esta categoría incluye psicotrópicos, estupefacientes, algunos antimicrobianos, insulinas y otros medicamentos cuyo uso indebido se asocia a riesgos sanitarios y sociales.

Entre los países estudiados, existe una gran variedad de puntos de venta en los que los medicamentos, en función de su clasificación, están a disposición del público a través de diversos canales, tal y como se muestra en la Figura 7 a continuación: farmacias comunitarias, puntos de suministro de medicamentos (botiquines de primeros auxilios, parafarmacias), comercios minoristas generales (supermercados, quioscos), farmacias hospitalarias que prestan servicios ambulatorios, vendedores informales (en contextos de venta ilegal) y plataformas de venta en línea. Es importante señalar que el acceso a los medicamentos en entornos no supervisados por un farmacéutico cualificado aumenta los riesgos de uso inadecuado, automedicación insegura, falta de información adecuada y posibles repercusiones negativas en la salud pública.

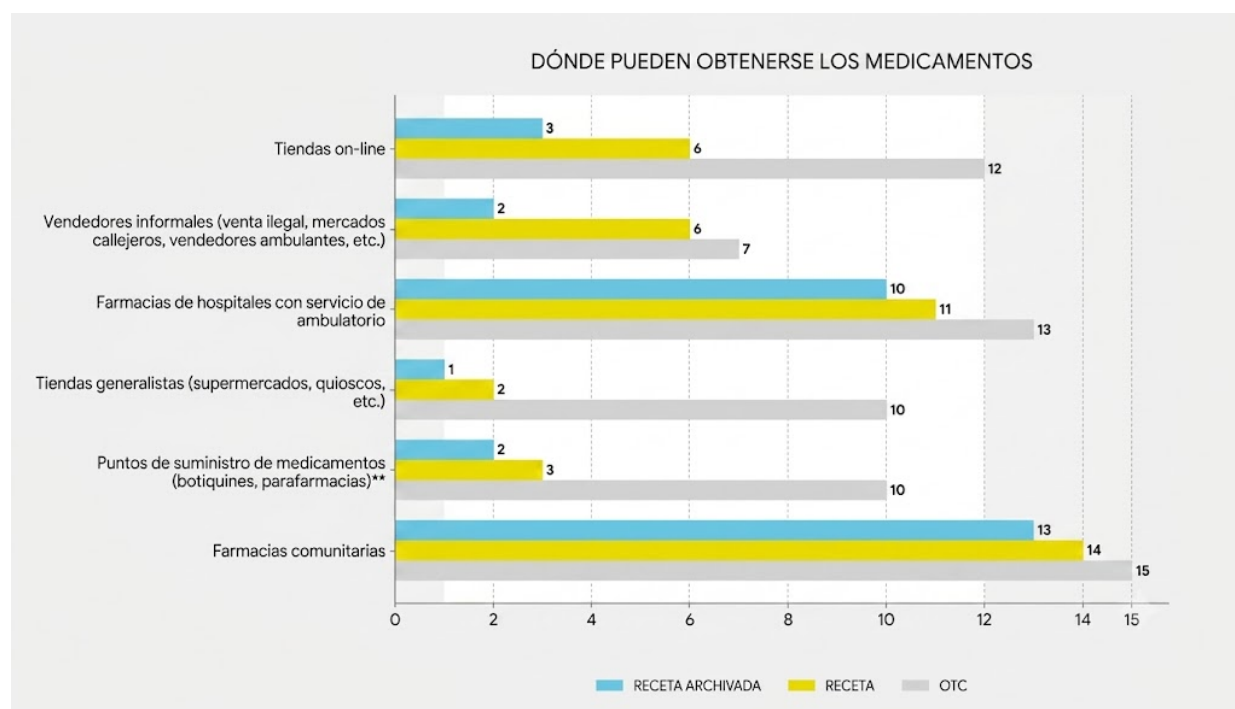


Figura 7: Sitios donde puede accederse a medicamentos en los países

En varios países de la región, la venta informal de medicamentos constituye una problemática alarmante. El medicamento, por su impacto directo en la salud, debe circular exclusivamente dentro de la cadena legal y formal de distribución, donde se garantiza su calidad, trazabilidad, conservación y correcta dispensación bajo supervisión farmacéutica. Fuera de este circuito, se incrementan los riesgos de falsificación, productos adulterados o mal conservados, uso inadecuado y ausencia de control profesional, comprometiendo seriamente la seguridad del paciente. Resulta imprescindible implementar medidas contundentes que erradiquen estos canales ilegales y asegurar que todo acceso a medicamentos se realice con la intervención del farmacéutico.

Cadena legal del medicamento

En el 75 % de los países que respondieron la encuesta, la cadena legal del medicamento sigue el modelo industria–droguería (mayorista)–farmacia–paciente, garantizando trazabilidad, control y seguridad en el acceso. No obstante, se identifican variaciones regulatorias: en algunos países se prescinde del mayorista, mientras que en otros la cadena omite a la farmacia como eslabón obligatorio.

En todos los países analizados, el farmacéutico es el profesional legalmente habilitado para la dispensación de medicamentos. Sin embargo, en ciertos contextos normativos, esta función puede ser compartida o delegada a otros profesionales de la salud, como médicos o enfermeros, lo que plantea desafíos en términos de uso seguro, control profesional y calidad de la atención farmacéutica.

En Chile, la dispensación de medicamentos está legalmente definida como un acto exclusivo del profesional farmacéutico, reafirmando su rol indelegable en el uso seguro y racional de los medicamentos mediante el [Reglamento del sistema nacional de control de los productos farmacéuticos de uso humano](#).¹⁸ De manera concordante, en Venezuela, las Leyes de Ejercicio de la farmacia, de Medicamentos y de Colegiación establecen que la dispensación constituye una actividad profesional que compete únicamente al farmacéutico, garantizando control sanitario y responsabilidad técnica. En Cuba, el marco normativo también reconoce la dispensación como un acto propio del profesional farmacéutico, mientras que los técnicos y empleados participan únicamente en el expendio, bajo su supervisión.

3.2.7 Farmacia digital

El uso de tecnologías digitales en las farmacias comunitarias de Latinoamérica aún se encuentra en desarrollo, con avances heterogéneos entre países.

1. Sistemas informáticos y registros

El 62,5 % de los países encuestados utilizan de forma rutinaria ordenadores y sistemas informáticos para la gestión en farmacias comunitarias. Sin embargo, ninguna de estas farmacias tiene acceso a la historia clínica digital de los pacientes, lo que limita la integración completa de la farmacia en los sistemas de salud.

Solo el 35,7 % de los países dispone de plataformas específicas para documentar las intervenciones farmacéuticas realizadas en el marco de la atención farmacéutica, lo que evidencia un desarrollo incipiente de herramientas digitales orientadas a la práctica profesional.

2. Prescripción electrónica y servicios digitales

En cinco países se ha implementado un sistema de prescripción electrónica con participación de las farmacias comunitarias. Entre los servicios habilitados en formato digital predominan:

- Envío de medicamentos a domicilio
- Provisión de información sobre medicamentos
- Dispensación remota

Esto refleja avances parciales, pero todavía limitados, en la farmacia digital.

3. Regulación y telefarmacia en Brasil

En **Brasil**, la normativa sanitaria [RDC n° 44/2009](#)¹⁹ (artículos 52 a 59) regula la solicitud remota para la dispensación de medicamentos, estableciendo que toda farmacia en línea debe estar obligatoriamente vinculada a una farmacia física habilitada. Complementariamente, la [Resolución CFF n° 727/2022](#)²⁰ define la **telefarmacia** como el ejercicio de la farmacia clínica mediado por tecnologías de la información y la comunicación, realizado de forma remota, sincrónica o asincrónica. Este marco permite:

- Promoción, protección y recuperación de la salud
- Prevención de enfermedades
- Resolución de problemas relacionados con la farmacoterapia
- Promoción del uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias

4. Venta de medicamentos en línea

Argentina, Colombia, Guatemala y Puerto Rico reportan que existen plataformas legales de venta de medicamentos por internet que no están vinculadas a una farmacia comunitaria física, y solo en Colombia se permite operar farmacias digitales extranjeras.

Tres países cuentan con leyes específicas para regular la farmacia en línea, mientras que en ocho es obligatorio disponer de una dirección física habilitada como requisito para operar, reforzando el control, la trazabilidad y la responsabilidad sanitaria.

3.3 DOMINIO 3: MARCO normativo y reglamentario de la farmacia comunitaria

3.3.1 Propiedad de la farmacia

Se consultó a los países encuestados respecto a la posibilidad de ser propietario de una farmacia tanto para personas físicas como jurídicas. A excepción de dos países que no respondieron a esta pregunta (República Dominicana y Uruguay), los demás refirieron que tanto farmacéuticos como no farmacéuticos pueden ser propietarios de farmacias en sus respectivos países.

Además, se consultó sobre el porcentaje de la propiedad de las farmacias, y un dato particular en este sentido es el aportado por Venezuela, donde la propiedad de personas jurídicas privadas organizadas como sociedades comerciales alcanza el 99,5% de las farmacias y, en Cuba, el estado es propietario del 100% de las farmacias.

Respecto a la propiedad de farmacias por personas jurídicas, se consultó respecto a sociedades comerciales, asociaciones y sindicatos, ONGs y públicas estatales (universidades y establecimientos asistenciales), encontrándose distribuidas según lo detallado en la Figura 8, perteneciendo en su mayoría a cadenas de farmacias.

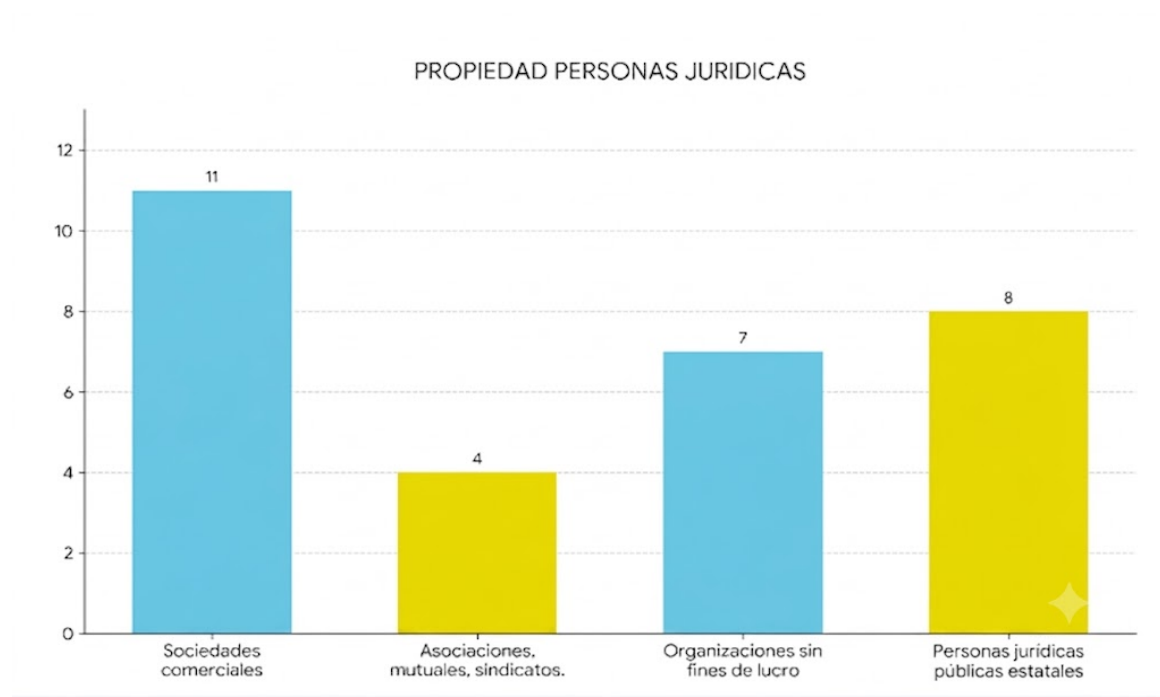


Figura 8: Propiedad personas jurídicas

Se consultó además acerca de las posibilidades de expansión de las sociedades propietarias de farmacias en Latinoamérica. En Chile, está permitida la integración vertical entre farmacias-distribuidoras-laboratorios y también de farmacias asociadas a municipalidades. En cambio, en Argentina, Bolivia y Puerto Rico, no se permite la integración vertical.

En el resto de los países, hay un número máximo de farmacias que pueden ser propiedad de distribuidores mayoristas o de empresas de la industria farmacéutica.

Respecto a la regulación en términos de propiedad, la misma varía entre los países y se encontraron casos donde determinadas personas físicas / jurídicas, no están autorizadas a ser propietarios, según se observa en la Figura 9.

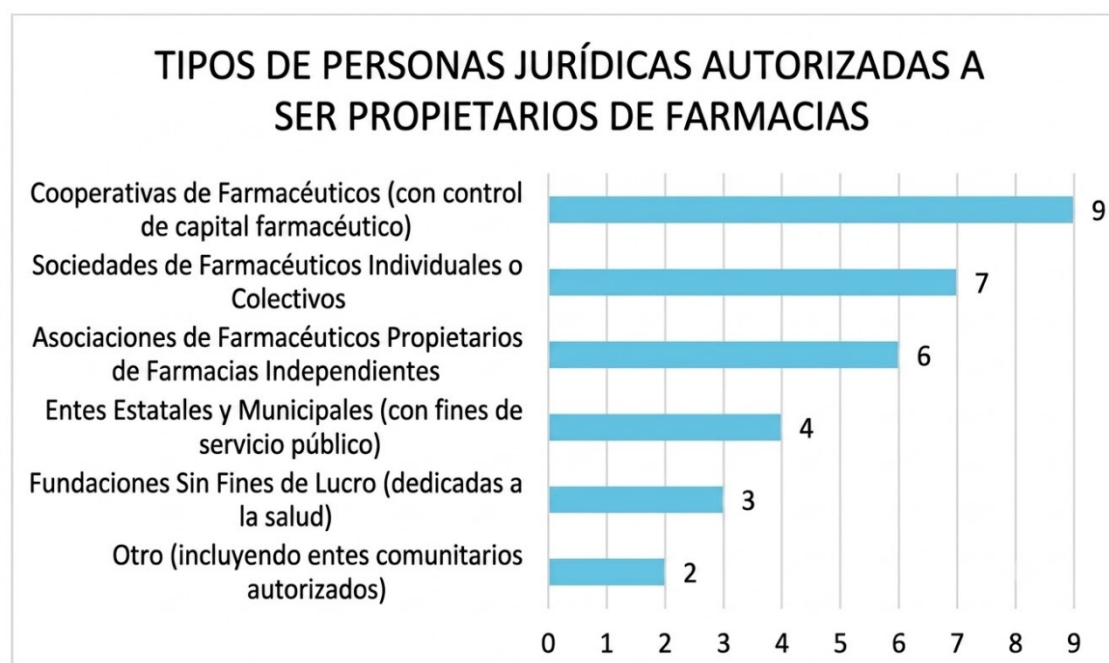


Figura 9: Personas físicas/jurídicas no autorizadas a ser propietarios de farmacia

A excepción de Cuba (por ser el estado dueño de las farmacias), el resto de los países refirieron la posibilidad de los propietarios de poseer más de una farmacia.

La integración horizontal está limitada solo en Argentina y depende de cada jurisdicción (provincias), habiendo un número máximo de farmacias o sucursales por propietario (persona física o jurídica).

3.3.2 Normativas de apertura

Los países encuestados cuentan con diversas normativas para la apertura de farmacias. Requisitos edilicios y de infraestructura son exigidos en todos los países entrevistados a excepción de Colombia, donde al no existir la figura de farmacia comunitaria no existen este tipo de requisitos de apertura.

La Tabla 7 resume los requisitos de apertura de una nueva farmacia respecto a población, distancia y estándares de calidad, los cuales son variables entre los países al igual que su implementación dentro del país, donde en algunos casos cada jurisdicción o provincia tiene la potestad de aplicar o no a la normativa nacional.

Además, todos los países contestaron que las habilitaciones están sujetas a inspección.

Tabla 7: Requisitos para la apertura de farmacias

País	Distancia mínima	Número mínimo de habitantes	Estándares de buenas prácticas
Argentina	Sí	Sí	Sí
Bolivia	Sí	No	Sí
Brasil	No	No	Sí
Chile	No	No	No
Colombia	No	No	No
Costa Rica	No	No	Sí
Cuba	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	SI	SI	SI

Ecuador	No	No	Sí
Guatemala	No	No	No
México	No	No	Sí
Paraguay	Sí	No	Sí
Puerto Rico	No	No	Sí
Uruguay	Sí	Sí	No
Venezuela	No	No	Si

En cuanto a la reglamentación, los países encuestados enumeraron las principales normativas que rigen la apertura:

Chile se rige por la [Autorización Sanitaria de Instalación y Funcionamiento de Farmacia y Formularios Asociados](#).

En Cuba, la reglamentación se encuentra detallada en la [Ley de Salud pública y reglamento general de farmacias comunitarias](#);²¹ en Brasil en la [RDC n° 50/2002, RDC n° 44/2009](#),¹⁹ [RES/CFF n° 700/2021](#),²² mientras que en Venezuela en el [Reglamento de la Ley de Ejercicio de la Farmacia](#),²³ Resolución Ministerial.

Respecto a los estándares de buenas prácticas, en Chile existe la documentación, pero no es de carácter vinculante mientras que en Ecuador, sí es obligatorio.

En Costa Rica, por su parte, el Colegio de Farmacéuticos ha desarrollado un proyecto en Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) donde establecieron los estándares mínimos de las BPF, el objetivo es tener una segunda etapa del proyecto en el que se logren operativizar de manera que cuenten con su propia norma y puedan ser fiscalizados.

La Tabla 8 resume la autoridad responsable de habilitar a las farmacias en cada país.

Tabla 8: Autoridad responsable por país para habilitar farmacias.

País	Autoridad
Argentina	Autoridad sanitaria provincial
Bolivia	Servicio departamental de salud
Brasil	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA)
Chile	Instituto de Salud Pública, que al no tener oficinas regionales le traspasa esta tarea a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud a través de un convenio formal (Decreto 26 del Ministerio de Salud)
Colombia	Las secretarías de Salud Distritales y Departamentales.
Costa Rica	Ministerio de Salud y Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica
Cuba	Ministerio de Salud Pública.
República Dominicana	Ministerio de Salud
Ecuador	Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA)
Guatemala	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
México	Comisión Federal para la Protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS)
Paraguay	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DINAVISA)
Puerto Rico	Departamento de Salud de Puerto Rico
Uruguay	Ministerio de Salud Pública
Venezuela	El Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)

A lo que el periodo de habilitación de las farmacias respecta, varía según el país, siendo de algunos años hasta un periodo indefinido de tiempo. Esta información se encuentra detallada en la Tabla 9.

Tabla 9: Periodo de habilitación de las farmacias

País	Tiempo de habilitación	Observaciones
Argentina	Indefinido	
Bolivia	Indefinido	
Brasil	1 año	
Chile	Indefinido	Se requieren dos autorizaciones de instalación y funcionamiento, las cuales duran de manera indefinida, pero pueden ser revocables (Fuente: Autorización Sanitaria de Instalación y Funcionamiento de Farmacia)
Colombia		Al no existir la figura de farmacia Comunitaria no existe regulación al respecto.
Costa Rica	2 años	
Cuba	Indefinido	Se habilita por tiempo indefinido, pero se realiza un seguimiento de las condiciones que permitieron la apertura de la unidad. El cierre de una farmacia solo es autorizado por el Ministerio de Salud Pública y generalmente está condicionado por las condiciones de la infraestructura constructiva del local
Ecuador	1 año	
Guatemala	5 años	
México	Indefinido	
Paraguay	5 años	
Puerto Rico	Indefinido	
República Dominicana	5 años	
Uruguay	5 años	
Venezuela	Indefinido	

Se ha encuestado también a los países participantes respecto a la provisión de medicamentos en zonas rurales donde no hay farmacias, y en 5 países no está permitido que puedan habilitarse otros tipos de establecimientos para la dispensa de medicamentos (Bolivia, Costa Rica, México, República Dominicana y Uruguay). En los países que sí se permite, estos establecimientos reciben diferentes denominaciones, las cuales se encuentran detalladas en la Tabla 10.

Tabla 10: provisión de medicamentos en zonas rurales

País	Establecimiento	Observaciones
Argentina	Botiquín	No pueden desarrollar servicios farmacéuticos y tampoco dispensar psicofármacos y estupefaciente
Brasil	Puesto de medicamentos	Según el Decreto n° 74.170/1974 Art. 2° XIII , ²⁴ se consideran Puestos de Medicamentos y unidades móviles a los establecimientos dedicados exclusivamente a la venta de medicamentos industrializados en su envase original, conforme a un listado elaborado por la autoridad sanitaria federal y publicado en la prensa oficial, para atender a las localidades que carecen de farmacias o droguerías.
Chile	Almacenes farmacéuticos	Venta de medicamentos de un listado más reducido, expresamente señalado en la regulación correspondiente, Artículo 56 ²⁵
Colombia	Droguerías	
Cuba	Existen varias modalidades para la dispensa de medicamentos en zonas rurales como los puntos de ventas o extensiones de farmacia, bodegas	Están habilitadas para el expendio de un grupo de medicamentos seleccionados. No se incluyen medicamentos que requieren cadena de frío para su conservación, drogas, estupefacientes, psicotrópicos y efectos similares.

	con medicamentos y farmacéutico viajante.	
Ecuador	Botiquines	Dispensación de medicamentos que no requieren receta médica (Venta libre u OTC)
Guatemala	Botiquines rurales	Atención de síntomas menores
Paraguay	Dispensarios, botiquines	Cuando no existan farmacias instaladas a 5 km a la redonda, puede estar a cargo de un idóneo en farmacia u otro profesional de salud. No pueden venderse medicamentos sujetos a control especial como estupefacientes, psicotrópicos, antibióticos.
Puerto Rico	Farmacia Móvil Temporera	Dispensación de medicamentos y Orientación a pacientes
Venezuela	Expendios de medicinas	La ley solo permite la dispensación por parte del profesional universitario autorizado para ejercer la farmacia: el farmacéutico. Estos establecimientos funcionan por excepción de la ley y bajo la responsabilidad de un Auxiliar de farmacia y deben ser supervisados periódicamente por un Farmacéutico adscrito al MPPS con funciones de control sanitario. Solo se permite el expendio de los medicamentos señalados en una lista elaborada por el MPPS (los cuales no requieren prescripción facultativa, es decir, los equivalentes a los OTC o de venta libre)

3.3.3 Dirección técnica de las farmacias

En 13 de los 15 países que contestaron la encuesta la dirección técnica de las farmacias es exclusividad de los profesionales farmacéuticos. Esto no es así en Cuba (donde además de los farmacéuticos están autorizados otros profesionales como Ingenieros químicos, Licenciados en química, Bioquímicos, los cuales se preparan con cursos sobre la actividad de servicios farmacéuticos) y en Colombia (donde al no haber farmacias comunitarias sino droguerías, cualquier persona, de cualquier profesión, o sin esta, pueden ser propietarios de estos establecimientos y no existe la figura de la dirección técnica).

Respecto al bloqueo de título o exclusividad de la dirección técnica en un único establecimiento se da en Argentina, Bolivia, Puerto Rico y Venezuela. En Brasil, un farmacéutico no puede ser director técnico de dos farmacias, pero sí puede ser director técnico de una farmacia y una droguería, o de dos droguerías, siempre que exista compatibilidad horaria, ya que debe estar presente todas las horas que se encuentren abiertas.

En algunos países, las farmacias pueden estar abiertas al público sin la presencia del director técnico e incluso sin la presencia de un profesional farmacéutico. Esto es así en Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Uruguay.

Respecto a la cantidad de horas efectivas que es requerida la presencia del farmacéutico en los distintos países, las respuestas se encuentran resumidas en la Tabla 11.

Tabla 11: Presencia efectiva del farmacéutico durante el horario de apertura de la farmacia.

País	Horas
Argentina	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.
Bolivia	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.
Brasil	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.
Chile	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.
Colombia	No está contemplado que haya exigencias.
Costa Rica	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.
Cuba	En el horario diurno, durante 8 horas de labor.
República Dominicana	Sin datos

Ecuador	La norma exige que el Farmacéutico permanezca un mínimo de 20 horas semanales incluyendo su presencia en el horario nocturno, sin embargo, esta norma no se cumple ya que no se han establecido sanciones
Guatemala	No está establecido ningún tiempo mínimo
México	8 horas diarias
Paraguay	3 horas diarias
Puerto Rico	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.
Uruguay	No está contemplado que haya exigencias.
Venezuela	Todas las horas que la farmacia se encuentre abierta al público.

Finalmente, respecto a las sanciones por el incumplimiento de las normativas, las mismas varían entre apercibimientos, multas y clausuras dependiendo la gravedad de la falta, en algunos países faltan reglamentaciones y estandarizaciones para los procesos de inspección (como es el caso de Chile) y en algunos las sanciones no existen, como en los casos de Ecuador y Guatemala.

Una nota aparte para Colombia, donde “sólo se pide que se destine un área de 20 m² exclusiva para la venta y almacenamiento de medicamentos e insumos de salud, si un establecimiento tiene un área mayor, el restante lo puede destinar para cualquier objetivo comercial que considere pertinente.” Esto se debe a la ausencia de la figura de farmacia comunitaria como ya se ha mencionado en varias oportunidades a lo largo del documento.

3.3.4 Precio de los medicamentos

Se ha observado una marcada heterogeneidad entre los países de la región en cuanto a la existencia, cobertura y alcance de los mecanismos regulatorios. Allí donde se implementan políticas de control, estas suelen orientarse a mejorar la accesibilidad y proteger a la población. En contraste, en contextos sin regulación, la fijación de precios queda sujeta a las dinámicas del mercado, lo que puede generar brechas y afectar la equidad en el acceso a los tratamientos.

Regulación de precios

En cuanto a las respuestas acerca de si el precio de los medicamentos se encuentra regulado en el país las respuestas fueron las siguientes:

- Sí (Regulado, 66.7% - 10 países): Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Colombia, Cuba (parcialmente), Ecuador, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.
- No (No Regulado, 33.3% - 5 países): Chile, Guatemala, México, Puerto Rico y Uruguay.

En la mayoría de los países donde hay regulación de precios, la misma aplica a todos los medicamentos, exceptuando casos puntuales como Brasil (se encuentra regulado el precio máximo al consumidor de medicamentos de referencia, genéricos, similares, fitoterápicos y productos de terapia avanzada); Costa Rica (todos excepto productos naturales, suplementos, cosméticos) y Colombia (solamente están regulados los precios de los medicamentos de alto costo, exclusivamente para el canal institucional, no así para las droguerías/farmacias comerciales).

El 66.7% de países con regulación de precios sugiere que la accesibilidad a los medicamentos se considera una responsabilidad primaria, no sólo una función del mercado.

En los países con precios no regulados (33.3%) el precio de los medicamentos depende del mercado (oferta-demanda) o de la determinación de la industria, lo que subraya la importancia de los mecanismos de subsidio o seguros privados para el acceso. Por otra parte, la fijación de precios funciona de manera diferente según el país del cual se trate, no existiendo un criterio unificado.

En cuanto a los descuentos y promociones ofrecidas, no están permitidas únicamente en Cuba (los precios de los medicamentos se encuentran preestablecidos y fijos) y en Bolivia. En el resto de los países se permiten distintos tipos de promociones y descuentos en los precios de venta de los medicamentos.

Es importante considerar que la regulación de precios de los medicamentos varía significativamente entre los países de la región, tanto en cobertura como en alcance. En los países con regulación, se observa un enfoque orientado a garantizar la accesibilidad, mientras que, en aquellos sin regulación, el mercado determina los precios, lo que puede afectar la equidad en el acceso. Asimismo, las diferencias en la aplicación de descuentos y promociones reflejan estrategias nacionales divergentes para equilibrar sostenibilidad económica y acceso a la población. Estos elementos deben considerarse al diseñar políticas regionales o al comparar modelos de financiación y sostenibilidad de la farmacia comunitaria.

3.3.5 Sobre la prescripción y la dispensación

La obligatoriedad de la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI) es la norma en la mayoría de los países encuestados, pero la capacidad de sustitución por parte del farmacéutico es variada.

De los 15 países encuestados, la prescripción por DCI es obligatoria en 10 países (66.7%).

- Sí (Obligatoria, 66.7%): Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela.
 - En Colombia, esta obligatoriedad aplica específicamente para el canal institucional estatal. Para el canal privado y comercial, se pueden sugerir marcas, pero se puede cambiar entre estas, incluso por genéricos.
- No (No Obligatoria, 33.3%): Brasil, Chile, Guatemala, Puerto Rico, y República Dominicana.

La sugerencia de una marca comercial en la prescripción es mayoritariamente opcional.

- Opcional (86.7% - 13 países): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.
- No Opcional (13.3% - 2 países): Cuba y Paraguay.

La posibilidad de que el farmacéutico realice una sustitución por otra marca comercial (independientemente de si la DCI es obligatoria o no) está bastante extendida en los países que proporcionaron respuesta.

- Autorizada (60% - 9 países): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.
- No Autorizada (40% - 6 países): Costa Rica, Cuba, Guatemala, México, Paraguay y República Dominicana.

En los casos de Brasil, Chile y Puerto Rico, donde la DCI no es obligatoria, el farmacéutico puede realizar sustituciones por otra marca comercial siempre y cuando sean productos bioequivalentes.

Es notable que, en países como Argentina y Colombia, el farmacéutico puede realizar sustituciones en todos los casos que se presenten. En el caso de Venezuela únicamente por desabastecimiento o menor precio, y en Bolivia por inexistencia del medicamento prescrito.

El dato de que dos tercios de los países de la región (66.7%) exigen la prescripción por DCI, indica una preferencia regulatoria por la transparencia en el principio activo sobre la marca comercial. Por otra parte, en el 60% de los países encuestados, el farmacéutico mantiene cierta autonomía para sustituir la marca, más allá de si la prescripción por DCI es obligatoria o no.

Subsidios y cobertura de los medicamentos

La mayoría de los países cuentan con apoyo estatal o sistemas alternativos para cubrir los costos de los medicamentos.

1. Subsidio estatal directo

El subsidio estatal directo que cubre parte o la totalidad del precio de los medicamentos dispensados en farmacias comunitarias existe en 4 países (26.6% de los encuestados): Brasil, Chile, Cuba y República

Dominicana. Mientras que los países restantes (11 países, que representan el 73.4% del total) contestaron que no existen subsidios directos por parte del Estado.

2. Otros sistemas de cobertura

Un alto porcentaje de los países que contestaron la encuesta manifestaron contar con sistemas alternativos de cobertura (seguros, programas sociales, etc.).

- Sí (Sistemas Alternativos, 66.6% - 10 países).
- No (33.3% - 5 países): Bolivia, Colombia, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela. En estos casos, la posibilidad de acceso a los medicamentos reposa en la capacidad de compra de las personas individuales.

Estos sistemas alternativos incluyen seguros privados (Chile, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana), obras sociales/prepagas (Argentina), y programas específicos como el Farmácia Popular do Brasil o asociaciones de beneficencia (México) u organizaciones sin fines de lucro (Paraguay).

El subsidio estatal directo que cubre medicamentos en farmacias comunitarias es bajo (26.6%), lo que implica que la mayoría de los gobiernos optan por la fijación de precios en lugar de la inyección directa de fondos para reducir el costo final al consumidor.

3.3.6 Requisitos de personal y garantía de calidad

Existe un consenso casi total en la región sobre la necesidad de un Farmacéutico Gerente/Director Técnico obligatorio.

- Obligatorio (86.7% - 13 países): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela.
- No Obligatorio (13.3% - 2 países): Colombia y México.

En el caso particular de Colombia, esto se debe nuevamente a la ausencia de la figura de la farmacia comunitaria. En este país, para estar a cargo de una droguería (comercio a la calle donde se venden medicamentos) se requiere únicamente contar con una credencial de expendedor de drogas, que se tramita en las Secretarías de Salud en un lapso de entre 24 y 72 horas. Para los servicios farmacéuticos ambulatorios y gestores farmacéuticos (canal institucional/gubernamental) la formación mínima es Técnico en Servicios Farmacéuticos (1 año de duración) o también llamado "Auxiliar de Servicios Farmacéuticos."

En cuanto a la presencia de técnicos de farmacia / personal de apoyo:

- Obligatorio (60% - 9 países): Colombia (expendedor/técnico), Cuba, Guatemala, México, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (auxiliar y aprendiz).
- No Obligatorio (40.0% - 6 países): Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Ecuador.

Solamente en Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba y Puerto Rico reportaron que contar con farmacéuticos adicionales es un requisito obligatorio para las farmacias comunitarias.

La Tabla 12 resume la información respecto a los Sistemas de Garantía de Calidad Obligatorios, donde el 66.7% de los países encuestados han implementado algún tipo de mecanismo estandarizado de inspección o evaluación de calidad obligatorio.

Tabla 12: Sistemas de garantía de calidad obligatorios.

País	Sistema de garantía de calidad obligatorio	Observaciones
Argentina	No	La autoridad de aplicación solo controla lo referido en ley de farmacia

Bolivia	Si	Obligatoriamente deben contar con certificado de control de calidad
Brasil	No	No hay un sistema nacional de garantía de calidad, pero la calidad es tratada en varias normativas. Ley nº 5991/1999 y Ley nº 13021/2014. Existen normas sanitarias (RDC nº 44/2009) y Resoluciones del CFF que tratan de infraestructura mínima, procedimientos, capacitación y buenas prácticas farmacéuticas.
Chile	Si	Según lista de chequeo de funcionamiento de farmacia del instituto de Salud Pública
Colombia	Si	Para las droguerías, hay una normatividad de habilitación, con requisitos por debajo del estándar de un servicio farmacéutico de baja complejidad.
Costa Rica	Si	Según Ministerio de salud y colegio de farmacéuticos de Costa Rica
Cuba	Si	El Ministerio de salud pública (MINSAP), a través de la Dirección de medicamentos y tecnologías médicas y las Direcciones de salud en los diferentes niveles, tanto municipal como provincial realizan visitas de supervisión y fiscalización al cumplimiento de los procedimientos normativos. Otras estructuras de gobierno también realizan supervisiones a las farmacias.
República Dominicana	Si	
Ecuador	No	
Guatemala	No	
México	Si	Existe la guía de verificación establecida por COFEPRIS, se aplica de manera regular para mantener la confiabilidad del establecimiento.
Paraguay	Si	Resolución SG Nº 498/2014 'Guía de Verificación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Farmacia'
Puerto Rico	Si	Se reciben inspecciones por el Departamento de Salud de Puerto Rico, de la Administración de Regulación de Drogas (DEA) de Estados Unidos, de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción de Puerto Rico
Uruguay	No	
Venezuela	Si	El Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

El hecho de que la figura del Farmacéutico Gerente/Director Técnico sea obligatoria en casi todos los países (86.7%), demuestra un alto reconocimiento de la necesidad de supervisión profesional, aunque en la mayoría de los países no es obligatoria la presencia de farmacéuticos auxiliares/adicionales, lo que dificulta la continuidad del servicio en caso de ausencia del Farmacéutico Gerente/Director Técnico (cobertura por licencia, vacaciones, cobertura fuera de horario laboral del DT, etc.). Este reconocimiento se contrapone, en parte, al hecho de que no sea obligatoria la presencia del farmacéutico en la totalidad del horario de apertura de las farmacias en algunos países de la región (como se ha analizado en secciones anteriores).

Por otra parte, el desarrollo de sistemas de Garantía de Calidad estandarizados todavía es deficiente en un tercio de los países (33.3%), lo que indica una oportunidad de mejora regulatoria para asegurar la calidad y el servicio homogéneo en las farmacias.

Aunque la mayoría de los países reconoce la obligatoriedad del farmacéutico gerente o director técnico, la ausencia de farmacéuticos auxiliares obligatorios y de sistemas estandarizados de garantía de calidad en varios países evidencia oportunidades de mejora. Esta situación puede afectar la continuidad del servicio durante ausencias del director técnico y limitar la uniformidad en la atención farmacéutica. Fortalecer la presencia de personal de apoyo y consolidar mecanismos de control de calidad contribuiría a garantizar servicios más seguros, eficientes y sostenibles, armonizando la regulación y elevando el estándar profesional de la farmacia comunitaria en la región.

4 Recomendaciones generales para los países miembros

Luego de analizar los datos recolectados, se presentan las siguientes recomendaciones estratégicas para los próximos años. Estas propuestas buscan servir como guía orientadora para los países de la región, reconociendo la diversidad de contextos regulatorios, sanitarios y profesionales existentes. Su objetivo es facilitar que cada país las evalúe, adapte y priorice de acuerdo con sus realidades locales.

Las recomendaciones apuntan a promover el desarrollo e implementación de medidas concretas, medibles y sostenibles, que fortalezcan el rol sanitario del farmacéutico y consoliden la provisión de servicios profesionales en la farmacia comunitaria. Asimismo, buscan contribuir a mejorar la seguridad del paciente, optimizar el uso de los medicamentos y posicionar a la farmacia como un punto clave de acceso al sistema de salud, con impacto tangible en la salud pública.

1. Presencia del farmacéutico durante todo el horario de apertura.

- Regulación y práctica: Establecer por ley o reglamento la obligatoriedad de presencia de al menos un farmacéutico durante todo el horario de atención al público, con mecanismos de cumplimiento verificable (registro e inspecciones efectivas).
- Educación y concienciación: Promoción y campañas para la comunidad y los gobiernos sobre la necesidad del profesional presente en todo momento durante el horario de apertura de la farmacia, asegurando la seguridad del paciente.
- Indicadores sugeridos:
 - Horas de presencia efectiva vs horas exigidas por ley
 - % de farmacias con presencia 100% del horario
 - Número de inspecciones/año
 - Tasa de cumplimiento, reincidencias y sanciones
 - Ratio farmacéuticos / farmacia

2. Campañas institucionales para reconocimiento del rol sanitario.

- Regulación y práctica: Sin legitimidad social, las reformas legales y el financiamiento se traban. Se recomienda un plan regional y planes nacionales de comunicación e incidencia.
- Educación y concienciación: Campaña nacional e internacional “La farmacia como centro de salud de cercanía” y “La farmacia como punto de acceso al sistema de salud”, en colaboración con universidades, municipios y organismos sanitarios.
- Indicadores sugeridos:
 - Número de ciudadanos alcanzados por la campaña
 - Percepción ciudadana del rol del farmacéutico
 - Percepción del farmacéutico sobre su propio rol sanitario

3. Servicios profesionales

- Regulación y práctica: Provisión de servicios básicos, complementarios y colaborativos sostenibles en farmacias comunitarias. La intervención, registro y publicación son fundamentales para el reconocimiento social y político. Se recomienda definir métodos de financiación según país o región.
- Educación: Programas educativos, capacitación, campañas de concientización y promoción para el profesional farmacéutico, el público en general y los gobiernos sobre los servicios prestados en las farmacias.
- Indicadores sugeridos:
 - Servicios realizados por mes.
 - Percepción social de los servicios recibidos.
 - Impacto presupuestario a los sistemas de salud por los servicios ofrecidos.

4. Desarrollo Profesional Continuo (DPC) obligatorio y de calidad

- Regulación y práctica: Hacer del DPC un requisito para renovar matrícula/licencia, con créditos mínimos anuales, auditoría de calidad y proveedores acreditados. El programa debe estar a cargo de las organizaciones profesionales farmacéuticas que tengan funciones de regulación de la profesión.
- Educación: Marco nacional de DPC (créditos, contenidos prioritarios, evaluación) y certificación de servicios.
- Indicadores sugeridos:
 - Farmacéuticos certificados y recertificados por año
 - Número de actividades y horas acreditadas por año

5. Entrenamiento en comunicación activa y alfabetización en salud

- Regulación y práctica: Capacitación en Comunicación Asertiva y Feedback para mejorar la comunicación con la comunidad.
- Educación: Formar al profesional para que traduzca el lenguaje técnico a un lenguaje ciudadano.
- Indicadores sugeridos:
 - Participación en actividades de alfabetización y comunicación.
 - Evaluación de comprensión del paciente.

6. Incumbencias exclusivas, estándares y seguridad del paciente

- Regulación y práctica:
 - Legislación que establezca la dispensación como acto profesional farmacéutico.
 - La dispensación debe ser exclusiva de las farmacias.
 - Dirección técnica por farmacéuticos en toda la cadena del medicamento.
 - Supervisión y capacitación del personal auxiliar/técnico.
 - Estándares de calidad fiscalizables y sanciones por incumplimiento.
- Educación: Capacitación en aspectos jurídicos y regulatorios, formación en liderazgo institucional y certificaciones en seguridad del paciente.
- Indicadores sugeridos:
 - % de establecimientos con dirección técnica profesional activa en cada eslabón de la cadena de suministro del medicamento.
 - N° de eventos adversos notificados por período.
 - % de pacientes con conciliación de medicamentos realizada.

7. Práctica colaborativa interprofesional

- Regulación y práctica: Mecanismos formales de integración a equipos de salud (APS), con protocolos de acción, derivación y medición de resultados.
- Educación: Incorporar formación interprofesional en grado y posgrado en todos los programas educativos y estándares de acreditación de facultades de farmacia.
- Indicadores sugeridos:
 - % de planes de estudio que incorporan la práctica colaborativa interprofesional.
 - Convenios interinstitucionales implementados.

8. Incidencia política

- Regulación y práctica: Institucionalizar la presencia farmacéutica en comités de política de medicamentos, evaluación de tecnologías sanitarias, resistencia antimicrobiana, debates legislativos, regulación de comercio electrónico, entre otros.
- Educación: Formación en política institucional, funcionamiento del Estado, legislación y regulación, oratoria y debate.
- Indicadores sugeridos:
 - Participación efectiva en foros y comisiones.
 - Propuestas normativas presentadas.

- Audiencias legislativas con presencia farmacéutica.

9. Venta fuera de farmacias y mercado online

- Regulación y práctica:
 - Limitar la dispensa de medicamentos a establecimientos habilitados y bajo dirección técnica de farmacéuticos.
 - Prohibir la venta de medicamentos fuera de farmacias.
 - Colaborar en el fortalecimiento del sistema de fiscalización e inspecciones.
- Educación: Campañas de concientización social sobre la importancia del medicamento seguro solo en farmacias.
- Indicadores sugeridos:
 - Listado de medicamentos vendidos fuera de la farmacia.
 - Número de farmacias online.
 - Proporción de ventas online vs ventas en farmacia física.

10. Actualización de programas universitarios de educación

- Regulación y práctica: Evaluar y proponer modificaciones a las mallas curriculares de las facultades de farmacia para alinear la formación con las necesidades de salud de los países, la práctica de la farmacia, la transformación digital y la inteligencia artificial.
- Educación: Aumentar la capacitación en atención farmacéutica, cuidado primario, práctica colaborativa interprofesional, uso racional de inteligencia artificial y servicios profesionales en los planes de estudio.
- Indicadores sugeridos:
 - Número de planes de estudio adaptados a la prestación de servicios profesionales farmacéuticos con un enfoque clínico.

En síntesis, fortalecer el rol sanitario de la farmacia comunitaria requiere una estrategia integral que articule regulación, práctica profesional y educación. La presencia obligatoria del farmacéutico durante todo el horario de apertura, junto con normas claras sobre incumbencias profesionales, estándares de calidad y seguridad del paciente, constituye la base para garantizar el uso seguro de los medicamentos.

El desarrollo de servicios profesionales sostenibles, debidamente registrados y evaluados, contribuirá a su reconocimiento social y político. Las campañas institucionales deben posicionar a la farmacia como un centro de salud accesible y un punto clave de acceso al sistema sanitario. La educación y el DPC obligatorio, junto con la actualización de los programas universitarios y la promoción de la práctica interprofesional, asegurarán farmacéuticos preparados para responder a las necesidades de salud de la población y participar activamente en la formulación de políticas públicas.

5 Conclusiones

Luego del análisis de la información proporcionada por las distintas entidades farmacéuticas de la Región de las Américas, se destacan las siguientes conclusiones:

1. **Desigualdad regional:** Existen profundas disparidades en la densidad de profesionales y en las normativas que rigen la farmacia.
2. **Presencia del farmacéutico:** Es imperativo establecer la obligatoriedad de la presencia de al menos un farmacéutico durante el 100% del horario de atención como base para la seguridad del paciente y el reconocimiento del rol social comunitario.
3. **Farmacia como centro de salud:** La farmacia comunitaria debe consolidarse como centro de salud de cercanía, no solo como un eslabón comercial. Se recomienda implementar un Paquete Mínimo de Servicios Farmacéuticos (PMSF) que incluya desde conciliación de medicación hasta servicios avanzados como inmunización, pruebas rápidas y prescripción farmacéutica, garantizando sostenibilidad financiera.
4. **Reforma educativa:** Es necesario alinear los programas de grado y posgrado con competencias clínicas avanzadas, atención primaria y educación interprofesional. El DPC debe ser obligatorio para la renovación de licencia.
5. **Registro de intervenciones:** La documentación sistemática y digitalizada de los servicios farmacéuticos permitirá generar indicadores de impacto clínico y económico, fortaleciendo la incidencia política y el reconocimiento social.
6. **Integración en equipos de salud:** Para mejorar resultados en enfermedades crónicas no transmisibles, el farmacéutico debe integrarse formalmente a los equipos de salud mediante protocolos de derivación y comunicación bidireccional.
7. **Seguridad en la venta de medicamentos:** Restringir la venta de medicamentos fuera de farmacias y regular estrictamente el mercado online.
8. **Participación política activa:** La inclusión del farmacéutico en foros de decisión, comités de medicamentos y procesos legislativos es indispensable para garantizar la seguridad del paciente y el uso racional de medicamentos.

Estas conclusiones subrayan que el fortalecimiento de la farmacia comunitaria requiere una estrategia integral que articule educación, práctica profesional y regulación, a fin de responder de manera eficaz a los desafíos de salud de la región para el año 2030.

Llamada a la acción

A partir de los hallazgos y recomendaciones presentadas, resulta imprescindible avanzar hacia la implementación de medidas concretas que consoliden el rol sanitario de la farmacia comunitaria en la Región de las Américas. Los países deben priorizar el establecimiento de marcos regulatorios que garanticen la presencia del farmacéutico durante todo el horario de atención, reconozcan sus incumbencias profesionales y aseguren estándares de calidad orientados a la seguridad del paciente.

Asimismo, es fundamental impulsar el desarrollo e implementación de un paquete mínimo de servicios farmacéuticos sostenibles, integrados a la atención primaria de la salud, con mecanismos de financiamiento adecuados y sistemas de registro que permitan evidenciar su impacto clínico, económico y social. En este contexto, el fortalecimiento del Desarrollo Profesional Continuo, la actualización de los programas de formación y la incorporación de competencias en comunicación, práctica colaborativa e incidencia política resultan elementos clave para responder a las necesidades actuales de la población.

Del mismo modo, se insta a los países a promover activamente la integración del farmacéutico en los equipos de salud, su participación en los espacios de toma de decisiones y el fortalecimiento de campañas institucionales que posicionen a la farmacia como un centro de salud de cercanía. Paralelamente, es necesario reforzar la regulación de la venta de medicamentos fuera de farmacias y en entornos digitales, garantizando que toda dispensa se realice bajo supervisión profesional.

En respuesta al llamamiento a la acción "[FIP Brisbane: Acelerando hacia 2030 - Transformación de la fuerza laboral para una mejor salud](#),"²⁶ se entiende que el futuro de la profesión farmacéutica requiere un compromiso decidido y coordinado de todos los actores para impulsar acciones que fortalezcan el reconocimiento profesional, amplíen y consoliden el rol y el alcance de la práctica farmacéutica, promuevan el desarrollo equilibrado de los equipos de farmacia y la adecuada combinación de competencias, potencien las capacidades en salud digital, fortalezcan la generación y el uso de datos, la vigilancia y los objetivos de desarrollo de la FIP, favorezcan una fuerza laboral flexible y resiliente frente a los desafíos emergentes, y garanticen entornos de trabajo basados en la equidad, la diversidad y la inclusión.

El momento de actuar es ahora. El fortalecimiento de la farmacia comunitaria no solo representa una oportunidad para mejorar el acceso y el uso racional de los medicamentos, sino también una estrategia clave para avanzar hacia sistemas sanitarios más accesibles, seguros, eficientes y centrados en las personas. Solo mediante este esfuerzo conjunto será posible construir una profesión preparada para responder a las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud y de nuestras comunidades.

6 Referencias

1. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Strategic Plan 2025 – 2030 The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2025. updated [accessed: Available at: <https://www.fip.org/file/6445>].
2. World Bank. Población, total Washington, DC: The World Bank; 2026. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>.
3. Ministério da Saúde (Brazil) – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004: Política Nacional de Assistência Farmacêutica Brasília, Brazil: Ministério da Saúde, Brasil; 2004. updated [accessed: Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html].
4. Ministerio de Salud (Argentina). Resolución 2949/2021: Boletín Oficial de la República Argentina: 2021. updated [accessed: Available at: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/252583/20211110>].
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) P. Política Nacional de Medicamentos Paraguay 2015 Asunción, Paraguay: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud); 2016. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/ab85d7-PolíticaNacionaldeMedicamentosParaguay2015.pdf>.
6. Pan American Health Organization (PAHO). HEARTS en las Américas: Pan American Health Organization; 2026. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://www.paho.org/es/heart-america>.
7. Paraguaya CdIN. Ley N° 1119/97 de Productos para la Salud y Otros: Gobierno de Paraguay (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social); 1997. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dnvs/adjunto/4f2cbc-7.LeyN1119.97DeProductosparalaSaludyOtros.pdf>.
8. Presidência da República (Brasil). Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 Brasília, Brazil: Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1999. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm.
9. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 26, de 30 de março de 2007: Dispõe sobre o registro de medicamentos dinamizados industrializados homeopáticos, antroposóficos e anti-homotóxicos Brasília, Brasil: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2007. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/res0026_30_03_2007.html.
10. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução CFF Nº 635, de 14 de dezembro de 2016 Brazil: Conselho Federal de Farmácia (or LegisWeb as host, depending on style guideline); 2016. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=333715>.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Instrução Normativa nº 9, de 17 de agosto de 2009: Dispõe sobre a relação de produtos permitidos para dispensação e comercialização em farmácias e drogarias Brazil: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2009. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: https://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/ing_170809.pdf.
12. EcuRed. Formulario Nacional de Fitofármacos y Apifármacos (libro): EcuRed; updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: [https://www.ecured.cu/Formulario_Nacional_de_Fitof%C3%A1rmacos_y_Apif%C3%A1rmacos_\(libro\)](https://www.ecured.cu/Formulario_Nacional_de_Fitof%C3%A1rmacos_y_Apif%C3%A1rmacos_(libro)).
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 13 de maio de 2014: Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos Brazil: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2014. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0026_13_05_2014.pdf.
14. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução n 585 de 29 de agosto de 2013 Brasília, DF, Brasil: Conselho Federal de Farmácia; 2013. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf?fb_comment_id=3244092935692026_3487878077980176.
15. Sanitaria PEDNdV. Resolución Dinavisa n 152/2025: 2025. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://dinavisa.gov.py/wp-content/uploads/2025/05/RESOL-DINAVISA-152-POR-LA-CUAL-SE-REGLAMENTA-LA-COMERCIALIZACION-DE-PRODUCTOS-AFINES-EN-FARMACIAS.pdf>.
16. Venezuela CdIRd. Ley de Medicamentos Caracas, Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2000. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-de-medicamentos.pdf>.

17. Venezuela ANDIRBd. Ley Orgánica de Caracas, Venezuela: Asamblea Nacional; 2010. updated [accessed: Available at: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-organi-20220119131358.pdf>].
18. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Decreto Supremo N.º 3, aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano **Santiago, Chile**: Ministerio de Salud; 2011. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1026879>.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 Brasília, DF, Brazil: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2009. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf.
20. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Publicada a Resolução da Telefarmácia Brasília, DF, Brazil: Conselho Federal de Farmácia; 2022. updated [accessed: May 28, 2026]. Available at: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/20/07/2022/publicada-a-resolucao-da-telefarmacia>.
21. Ministerio de Salud Pública (MINSAP) C. Resolución No. 88/2016: Reglamento general de farmacias comunitarias Havana, Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2016. updated [accessed: GOC-2016-445-O21]. Available at: https://www.cecmecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/Reglamentacion/goc-2016-021_res_88-2016.pdf.
22. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 700, de 29 de janeiro de 2021: Regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências São Paulo, Brazil: Conselho Federal de Farmácia; 2021. updated [accessed: Available at: <https://sindusfarma.org.br/uploads/files/8e1f-diego-silva/2021/Boletim/049/file.pdf>].
23. Social RdVMdSyA. Reforma del Reglamento de la Ley de Ejercicio de la Farmacia Caracas, Venezuela: Gaceta Oficial de la República de Venezuela; 1993. updated [accessed: Available at: <https://cavefar.org.ve/wp-content/uploads/2025/07/REFORMA-DEL-REGLAMENTO-LEY-DE-EJERCICIO-DE-LA-FARMACIA.pdf>].
24. Presidência da República (Brasil). Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974 Brasília, DF, Brazil: 1974. updated [accessed: Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d74170.htm].
25. Ministerio de Salud (Chile). Decreto Supremo N.º 466: Aprueba Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados: 1985. updated [accessed: Available at: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=13613>].
26. International Pharmaceutical Federation (FIP). The FIP Brisbane Calls to Action The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2023. updated [accessed: July 13, 2026]. Available at: <https://www.fip.org/file/5644>.

International
Pharmaceutical
Federation

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5
2517 JP La Haya
Países Bajos

T +31 (0)70 302 19 70
F +31 (0)70 302 19 99
fip@fip.org
-
www.fip.org

| Hoja de ruta para el avance de la farmacia comunitaria en
América Latina / 2026
