

Informe SESPAS

Coordinación de sanitarios comunitarios autónomos con el sistema sanitario público. Informe SESPAS 2026



Eduardo Satué-de-Velasco^{a,b,*}, Ana Mateos-Lardies^{c,d},
Verónica Ausina-Márquez^{e,f,g} y María del Mar Yagüe-Sebastián^{h,i}

^a Farmacia Satue, Zaragoza, España

^b Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias, España

^c Farmacia Mateos Lardiés, Zaragoza, España

^d Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, España

^e Departamento de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Valencia, España

^f Grupo de Investigación Cardiometabólica en Atención Primaria, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, España

^g Centro de Salud Malvarrosa, Departamento Clínico – Malvarrosa, Consejería de Sanidad, Generalitat Valenciana, Valencia, España

^h Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Zaragoza II, Zaragoza, España

ⁱ Grupo RICSAP-GIIS 101, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de diciembre de 2025

Aceptado el 24 de marzo de 2026

Palabras clave:

Cooperación público-privada

Colaboración intersectorial

Atención sanitaria integrada

Historia clínica electrónica

Continuidad asistencial

R E S U M E N

Integrados en los barrios y los pueblos españoles existen cientos de miles de profesionales sanitarios autónomos que ofrecen sus servicios en el ámbito privado, denominados aquí, a falta de un término oficial, «sanitarios comunitarios autónomos» por ejercer su actividad en una comunidad con grado de proximidad al paciente y participar en mayor o menor medida en actuaciones de promoción de la salud, y por otra parte ser independientes de grandes empresas. La atención sanitaria, pública o privada, tiene impacto en los pacientes y tendría sentido que existiera un intercambio de información reglado que permitiera, cuando sea necesario y de acuerdo con el ordenamiento legal, establecer una colaboración en su beneficio. Por tanto, es deseable conocer la realidad de los servicios sanitarios a cargo de profesionales autónomos y qué coordinación existe, si la hay, con la asistencia sanitaria pública. Aunque el conocimiento que existe sobre estos servicios es limitado, en la mayoría de los casos se aprecia un escaso grado de coordinación y colaboración con el resto de los profesionales sanitarios, tanto públicos como privados. A pesar de los millones de actuaciones realizadas, muy pocas están en el radar de la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, configurando dos sistemas independientes y estancos que coexisten en el mismo territorio, pero que apenas se coordinan mientras el paciente transita entre ellos. Las pruebas piloto y las declaraciones efectuadas por algunos colectivos profesionales sugieren la necesidad de integrar sistemas de comunicación y de colaboración que permitan optimizar la atención al paciente.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Coordination of self-employed community healthcare professionals with the public healthcare system. SESPAS Report 2026

A B S T R A C T

Keywords:

Public-private partnerships

Interprofessional relations

Delivery of health care

integrated

Electronic health records

Continuity of patient care

Embedded in Spanish neighborhoods and towns, there are hundreds of thousands of self-employed healthcare professionals who provide services within the private sector. In the absence of an official term, they are referred to here as “self-employed community healthcare professionals”, as they practice within a community setting with a high degree of proximity to patients, participate to varying extents in health promotion activities, and operate independently from large organizations. Healthcare provision, whether public or private, has an impact on patients. It would therefore be reasonable for a regulated exchange of information to exist, allowing, when necessary and in accordance with the legal framework, collaboration for their benefit. In this context, it is important to better understand the reality of healthcare services delivered by self-employed professionals and the extent to which coordination with public healthcare exists, if any. Although the available knowledge about these services is limited, in most cases there is a low degree of coordination and/or collaboration with other healthcare professionals, both public and private. Despite the millions of interventions carried out, very few are captured within the electronic health record of the Spanish National Health System, resulting in two parallel and largely disconnected systems coexisting within the same territory, with minimal coordination as patients move between them. Pilot initiatives and statements from some professional groups suggest the need to integrate communication and collaboration systems to optimize patient care.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e.satue.000@recol.es (E. Satué-de-Velasco).

Puntos clave

- Los sanitarios comunitarios autónomos incluyen una amplia gama de profesionales que ejercen en pequeñas empresas de ámbito local ofreciendo servicios asistenciales y comunitarios.
- Su oferta de servicios es amplia en variedad y cantidad, y generalmente están distribuidos por todo el territorio, por lo que suponen un importante activo en salud, aunque no existen informes sistematizados como un todo equiparable al informe de los profesionales del Sistema Nacional de Salud.
- Los servicios prestados son principalmente asistenciales, orientados a la resolución de todo tipo de problemas sanitarios, que a menudo no están cubiertos por la sanidad pública, y otros servicios comunitarios enfocados en la prevención y la promoción de la salud.
- La mayor parte de estos servicios carecen de comunicación y más aún de coordinación oficial con el sistema público, comportando prácticas sanitarias aisladas en el mismo paciente sin sinergias entre sí y que incluso pueden dar lugar a yatrogenia.
- Sería deseable incorporar, dentro de los planes estratégicos sanitarios, modelos sistematizados de comunicación entre el sistema sanitario público y el privado, así como desarrollar herramientas de coordinación y práctica colaborativa en aquellos procesos que puedan generar impacto en la salud del paciente.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el principal proveedor de servicios sanitarios a la población, atendida cada día por profesionales sanitarios en centros de salud, hospitales y otras instituciones de carácter público. En general, el estudio de la relación entre servicios sanitarios públicos y privados en España se ha enfocado desde criterios de eficiencia sobre la provisión de servicios pagados con fondos públicos a actores sanitarios privados, usualmente grandes grupos como mutuas y entidades aseguradoras que ofrecen servicios hospitalarios o especializados^{1,2}, o como la relación económica entre los dos sectores³, incluyendo la práctica dual⁴, y referido sobre todo a la práctica médica, con pocos estudios multidisciplinarios sobre la relación clínica entre los dos ámbitos.

Ni la sanidad pública ni los grandes grupos privados son los únicos que atienden las necesidades sanitarias. Repartidos por los barrios y pueblos existen cientos de miles de profesionales sanitarios autónomos que ofrecen sus servicios en el ámbito privado en pequeñas empresas. Estos colectivos no disponen de una denominación conceptual que los identifique, bien sea por su heterogeneidad o por su falta de integración con el resto del sistema. A falta de un término oficial, en este Informe SESPAS se utilizará el término «sanitarios comunitarios autónomos» (SCA), englobando aquellos que cumplen todos los siguientes criterios: 1) ejercer una profesión sanitaria, 2) tener carácter laboral autónomo o trabajar en una pequeña empresa dirigida por un autónomo, 3) ejercer su actividad en una comunidad con alto grado de proximidad al paciente, 4) prestar servicios asistenciales y participar, de manera directa o indirecta, en actuaciones de promoción y prevención de la salud, y 5) ser independientes de medianas y grandes empresas que marquen sus protocolos de actuación. Quedarían excluidos los trabajadores sanitarios del ámbito público, las medianas y grandes empresas, y aquellos que no presten atención a una comunidad concreta. Aun con situaciones que se puedan solapar, por ejemplo profesionales con práctica dual pública y privada, este trabajo se

centra en aquellos que se dedican a su labor como autónomos, ya que se dispone de muy pocos estudios sistemáticos que evalúen su impacto en el conjunto de la salud.

Esta ausencia revela un vacío para comprender cómo los sistemas público y autónomo-privado se relacionan en beneficio del paciente. Los criterios éticos determinan la necesidad del principio de beneficencia (*primum non nocere*), que además de la actuación individual de cada profesional debe considerarse globalmente. En este sentido, cuando el paciente recibe distintas intervenciones de diferentes profesionales sanitarios no conectados entre sí, cabe plantearse si puede generar ineficiencias o incluso yatrogenia.

La atención sanitaria, sea pública o privada, genera un impacto en los pacientes y tendría sentido que existiera un intercambio de información reglado que permitiera, de acuerdo con el ordenamiento legal, establecer una colaboración en beneficio del paciente, conformando un aspecto más de la continuidad asistencial. Por su naturaleza de profesionales insertos en la comunidad y por la cantidad de servicios prestados, el grueso de la interacción de los SCA con el SNS se producirá en los equipos de atención primaria de los centros de salud, enfocada en mejorar la promoción de la salud y facilitar la continuidad asistencial. Un ejemplo clásico es un paciente con una contraindicación para recibir un tratamiento o una intervención sanitaria, que un profesional sí conoce, pero no comparte con el resto, incrementando los riesgos de efectos adversos. A su vez, parte de los servicios prestados también afectan a la atención hospitalaria, como los que pueden repercutir en intervenciones quirúrgicas, oncología, pacientes complejos u otros.

Dada la heterogeneidad de los servicios prestados y la distribución desigual de estos profesionales en el territorio, también cabe preguntarse por su idoneidad y su complementariedad respecto a la atención en el sistema público. La primera cuestión sería conocer la realidad de los servicios sanitarios a cargo de SCA que se prestan en España: quién hace, qué hace, en qué condiciones, con qué resultados si es posible y qué coordinación existe, si la hay, con la asistencia sanitaria pública.

El objetivo principal de este artículo es realizar una primera aproximación, descriptiva y exploratoria, a la realidad asistencial de los SCA en España y la idoneidad de su coordinación sanitaria.

Método

Se utilizó un diseño próximo a la revisión narrativa de carácter técnico y documental, estructurado en torno al análisis de fuentes primarias y secundarias procedentes de organismos oficiales y entidades profesionales, aun sin procesos de búsqueda sistemática. Dadas las limitaciones de las fuentes, la búsqueda se extendió más allá de datos gubernamentales, incluyendo instituciones profesionales y otras.

Las fases de la investigación fueron: 1) revisión de informes oficiales y estadísticos, mediante el análisis de datos demográficos y de colegiación del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2025; 2) consulta a instituciones y colegios profesionales, a través del contacto con los consejos generales y las sedes autonómicas de los colegios de dietistas-nutricionistas y fisioterapeutas; 3) revisión de documentos técnicos y normativos de sociedades científicas, como la Sociedad Española de Fisioterapeutas y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición en el marco del proyecto RECALSEEN⁶, considerados referentes en el sector pese a no ser fuentes oficiales; 4) análisis de la literatura científica y técnica sobre coordinación asistencial, seguridad del paciente e integración de servicios en el contexto español; y 5) en ausencia de otras fuentes, recopilación puntual de información procedente de medios de comunicación sanitarios.

Tabla 1
Distribución de dentistas por comunidades autónomas, 2024⁸

Comunidad autónoma	Dentistas	Habitantes/dentista
Castilla-La Mancha	966	2474
Ceuta	43	1939
Navarra	389	1749
Melilla	50	1728
Extremadura	660	1594
Castilla y León	1669	1432
Canarias	1586	1416
Islas Baleares	936	1323
Cataluña	6293	1281
Aragón	1062	1270
Cantabria	470	1258
Andalucía	6926	1247
La Rioja	272	1196
Murcia	1323	1190
Comunidad Valenciana	4597	1161
País Vasco	1995	1119
Galicia	2533	1068
Asturias	953	1060
Madrid	9352	755

Los principales grupos de SCA en la comunidad incluyen dentistas (odontólogos), dietistas (nutricionistas), enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, médicos en sus diferentes especialidades, ópticos y audiólogos, ortopedas, podólogos y psicólogos. En algunos casos, estas profesiones cuentan con miembros en mayor o menor medida trabajando en el sistema público, mientras que otros no.

Por criterios de disponibilidad de datos, presencia en el SNS y volumen de profesionales, el análisis se ha focalizado en cuatro figuras clave: farmacia comunitaria, odontología, fisioterapia y nutrición; sin menoscabo de la necesidad de ampliar futuros estudios al resto de las profesiones. En este artículo no se tratan los servicios prestados por centros sociosanitarios, por tratarse en otros estudios⁵, ni por mutuas o clínicas privadas, por escapar al objetivo centrado en los SCA.

Situación de las profesiones sanitarias autónomas

Dentistas (odontólogos)

1) Magnitud y distribución

En España ejercen más de 42.000 dentistas, unos 87 por cada 100.000 habitantes. En la [tabla 1](#) se muestran la distribución de los dentistas por comunidades autónomas y la ratio de población por dentista en 2024⁷. Solo el 3% desarrollan su actividad en el sector público, con una distribución desigual entre zonas urbanas y rurales. Esta concentración limita el acceso equitativo a la atención, especialmente en regiones del interior y zonas rurales con menor cobertura sanitaria⁸.

2) Integración con el SNS

La integración de la salud bucodental en los servicios de atención primaria y su abordaje a través de estrategias intersectoriales es clave para mejorar el acceso equitativo, reducir desigualdades y lograr una cobertura sanitaria universal eficaz⁹. Los dentistas, junto a los higienistas y los auxiliares dentales, forman el núcleo de los servicios odontológicos. Mientras que en el sector público algunos profesionales trabajan en centros de salud y hospitales del SNS, la mayoría desarrollan su actividad en el sector privado, bajo diferentes modelos de provisión, incluyendo conciertos con servicios públicos o aseguradoras privadas. Sin embargo, las barreras entre ambos sectores dificultan la colaboración efectiva.

El SNS ha ampliado recientemente su cartera de servicios bucodentales para grupos prioritarios como población infantil, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y pacientes oncológicos¹⁰, aunque muchas actuaciones habituales en odontología siguen fuera de la cobertura pública, lo que deriva a los pacientes hacia el ámbito privado.

3) Cartera de servicios

Las competencias de los dentistas en España están reguladas principalmente por la legislación nacional, alineada con la normativa europea. Según el Real Decreto 1594/1994, están capacitados para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, la boca, los maxilares y sus tejidos anejos, tanto en individuos aislados como de forma comunitaria, incluyendo la prescripción de medicamentos, prótesis y productos sanitarios necesarios para dichos tratamientos¹¹.

La mayoría de los procedimientos se realizan sin necesidad de modificar tratamientos médicos crónicos. Sin embargo, en pacientes con condiciones sistémicas que aumentan el riesgo hemorrágico o tromboembólico son esenciales una comunicación fluida y la interconsulta con el médico de familia, el cardiólogo, el hematólogo u otro especialista en aquellos casos en los que se vaya a realizar algún procedimiento de cirugía oral. Otras condiciones sistémicas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la insuficiencia renal y la insuficiencia hepática, requieren una comunicación multidisciplinaria para garantizar la seguridad del paciente y evitar complicaciones mayores¹².

Igualmente, algunas enfermedades bucodentales están relacionadas con enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y los cánceres gastrointestinales y pancreáticos. Algunas de estas relaciones son bidireccionales (por ejemplo, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de enfermedad periodontal, y el tratamiento de la enfermedad periodontal mejora los niveles de glucosa en sangre¹³). Por ello, mejorar el acceso de los profesionales sanitarios a los datos de salud bucodental del paciente puede ayudar a mejorar su estado de salud general a través del abordaje multidisciplinario.

4) Coordinación entre el SNS y los SCA

La falta de coordinación entre los profesionales del SNS y los odontólogos del ámbito privado genera importantes ineficiencias. En la actualidad, no existe un sistema oficial que facilite el intercambio de información clínica entre ambos entornos. Esta desconexión puede derivar en tratamientos duplicados, prescripción de medicamentos incompatibles o pérdida de seguimiento del paciente.

En Cataluña se ha desarrollado la plataforma La Meva Salut, en la cual el paciente puede añadir informes y pruebas de imagen recibidas de profesionales privados y así mostrarlos al profesional del SNS que lo requiera. En otras comunidades, como Murcia o Canarias, los dentistas privados que trabajan para el Programa de Atención Dental Infantil tienen acceso compartido a la historia clínica electrónica odontológica del sistema público. En resumen, la colaboración se da de manera informal y a través del propio paciente, lo que limita la capacidad del sistema para ofrecer una atención integral.

Promover la colaboración entre odontólogos privados y profesionales del SNS es clave para mejorar la eficiencia, la seguridad y la calidad asistencial. Los protocolos de derivación, el acceso común a información clínica y una estrategia conjunta de promoción y prevención en salud oral son pasos imprescindibles para lograr una atención bucodental más coordinada, equitativa y centrada en el paciente.

Dietistas (nutricionistas)

1) Magnitud y distribución

El número de profesionales sanitarios dietistas-nutricionistas colegiados está aumentando en los últimos años. Según la encuesta del INE de 2024 hay un total de 8075 dietistas-nutricionistas colegiados (1372 hombres y 6703 mujeres) en el territorio nacional. Estos datos suponen 16,45 dietistas-nutricionistas por 100.000 habitantes¹⁴.

Los datos aportados por algunos colegios profesionales reflejan un aumento de colegiados en los últimos años. Aragón, Andalucía y la Comunidad de Madrid han pasado de 215, 700 y 760 en el año 2020, a 295, 956 y 1203, respectivamente, al inicio de 2025. No se dispone de datos sobre la distribución de los dietistas-nutricionistas en el entorno rural o urbano, las zonas de costa o interior, autónomos o asalariados. La mayoría de los colegios tampoco disponen de datos sobre los servicios prestados por estos profesionales, aunque alguno incorpora información (parcial) sobre la actividad profesional (por ejemplo, en Madrid señalan 14 en investigación, 27 en docencia, 10 en industria alimentaria, 17 en restauración colectiva y 101 en clínica).

2) Integración con el SNS

En la Comunidad de Madrid, en febrero de 2025, tan solo había dos profesionales en el Servicio Madrileño de Salud; el resto se encontraban en diferentes modalidades de contratación o becas. En las Islas Baleares, también en febrero de 2025, todos los hospitales públicos contaban con dietistas-nutricionistas. El ejercicio principalmente se hace en el sector privado, consultas clínicas, servicios de restauración hospitalaria y supervisión de menús escolares, puesto que es obligatorio que estén supervisados por dietistas-nutricionistas, así como en sociosanitaria. En otras comunidades autónomas, como Aragón, existen clínicas privadas y consultas donde los profesionales dietistas-nutricionistas ofrecen servicios de asesoramiento nutricional y dietético, y algunas aseguradoras de salud incluyen en sus pólizas servicios de nutrición.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, a través del proyecto RECALSEEN⁶, que busca analizar la estructura, la actividad y los resultados de los servicios de endocrinología y nutrición del SNS, y en relación a la cartera de servicios en endocrinología y nutrición²⁴, señala que en 2020 solo un 54% de los hospitales de más de 500 camas y un 48% de los de menos disponían de dietistas-nutricionistas. En este estudio se recomienda la inclusión de estos profesionales en todas las unidades de nutrición clínica y dietética, y se aconseja la presencia de un dietista-nutricionista por cada 200 camas hospitalarias, asignado al servicio o unidad de endocrinología y nutrición.

3) Cartera de servicios

La actividad desarrollada en clínica engloba diversos servicios, tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad. Algunas publicaciones recogen la importancia de la atención nutricional llevada a cabo en personas con problemas renales, como el programa de intervención nutricional individualizado implementado por nutricionistas en el Hospital Costa del Sol, con el que se mejoraron el estado nutricional y los niveles de proteínas viscerales, fósforo, potasio y vitamina D, así como la calidad de vida y la supervivencia a 12 meses¹⁵. También se ha señalado una mejora de la atención nutricional del paciente oncológico a través de equipos multidisciplinarios que incluyen nutricionistas¹⁶. En el campo de la atención primaria, una revisión de la literatura mostró que la intervención nutricional en obesidad, diabetes tipo 2 y riesgo car-

diovascular es coste-efectiva, especialmente cuando la dirige un nutricionista¹⁷.

Las actuaciones en otros países ponen de manifiesto la importancia de realizar intervenciones por parte de dietistas-nutricionistas, tanto en la prevención de la enfermedad como en la promoción de la salud, abarcando diferentes procesos patológicos, como enfermedad arterial coronaria aterosclerótica¹⁸, diabetes¹⁹, obesidad²⁰, enfermedad inflamatoria intestinal²¹, cuidados intensivos²² y odontología²³.

4) Coordinación entre el SNS y los SCA

No existe una coordinación estipulada entre los dietistas-nutricionistas y otros profesionales sanitarios, de modo que no están incluidos dentro de las carteras de los servicios autonómicos de salud, aunque, como se ha mencionado, algunas comunidades autónomas tienen algún dietista-nutricionista en su sistema público, lo que facilita la comunicación entre distintos profesionales.

No obstante, algunos colegios profesionales, como el de Madrid, procuran mantener acuerdos y coordinación con el resto de los profesionales sanitarios de su comunidad autónoma, por ejemplo perteneciendo a la Unión Profesional de Madrid, que engloba a todos los colegios profesionales y tiene varios grupos de trabajo, entre ellos de la Comisión de Sanidad, con el resto de los colegios sanitarios de la comunidad autónoma.

Farmacia comunitaria

1) Magnitud y distribución

La relevancia de las oficinas de farmacia o farmacias comunitarias en la población se constata porque en España pasan por ellas 2,3 millones de personas al día²⁵. Sus funciones, entre otras²⁶, incluyen la conservación y dispensación de medicamentos, la atención continuada, la información y el seguimiento de los tratamientos, la colaboración en campañas sanitarias y la formación de otros profesionales. La regulación procura una distribución territorial extensa para maximizar el acceso a los medicamentos, en función del número de habitantes y la distancia entre ellas, así como normas en cuanto a personal requerido, superficie, horario de atención, atención continuada y servicios mínimos.

En 2022 se contabilizaron 22.220 farmacias, de las cuales el 64,5% se encuentran en municipios que no son capital de provincia. De media, hay una farmacia por cada 2137 habitantes, casi doblando el acceso de la media europea, que es de alrededor de una por cada 4000 habitantes. En la figura 1 puede verse la distribución por provincias. En total, hay más de 81.000 farmacéuticos colegiados, de los que 56.000 son comunitarios, con una media de más de dos profesionales por farmacia, de los que el 72% son mujeres²⁷.

2) Integración con el SNS

El SNS incorpora farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos especialistas que trabajan en un hospital (farmacia hospitalaria, análisis clínicos, bioquímica, microbiología, inmunología y radiofarmacia), siendo los farmacéuticos hospitalarios los más numerosos y quienes atienden las necesidades de medicación tanto de su centro hospitalario como de los pacientes externos que precisan medicamentos con reservas singulares. No existen farmacias comunitarias dentro del SNS, sino que se configuran como establecimientos sanitarios de interés público²⁶ conveniados con el SNS.

3) Cartera de servicios

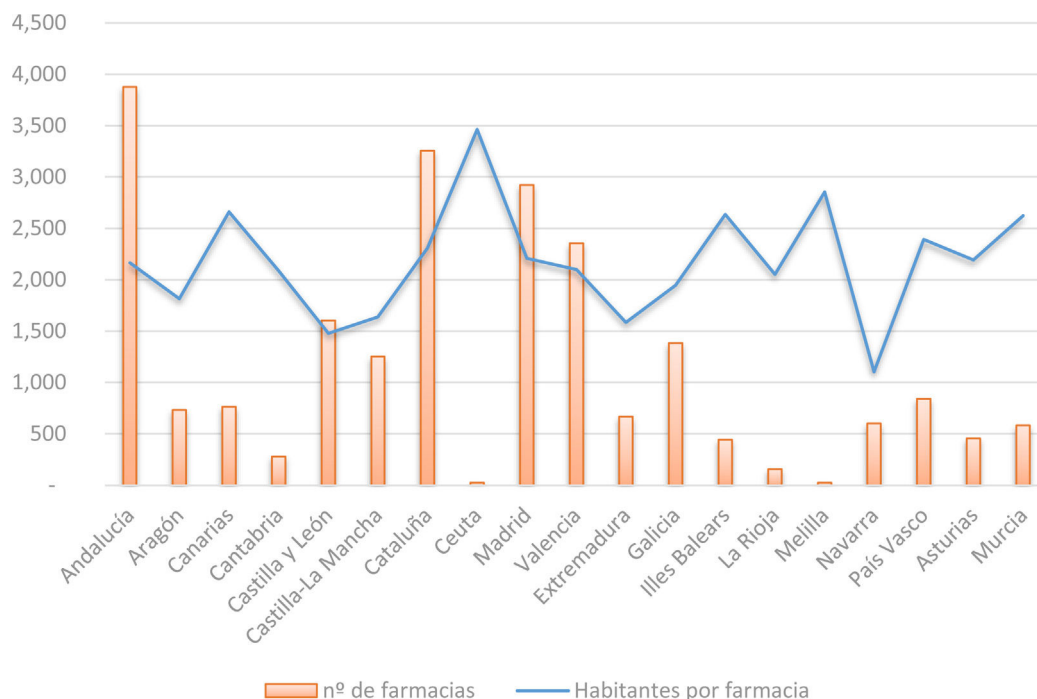


Figura 1. Farmacias y habitantes por farmacia en las Comunidades Autónomas, 2023. Fuente: elaboración propia en función de datos proporcionados por el CGCOF y PGEU^{23,27}. Distribución de farmacias por habitantes, no de farmacéuticos por habitantes.

Existe una oferta de servicios profesionales farmacéuticos²⁸, definidos como «aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como de la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad», que abarca actuaciones de salud asistencial y de salud comunitaria o salud pública.

Los principales servicios «clásicos» de las farmacias comunitarias son la dispensación de medicamentos bajo prescripción médica, la indicación de medicamentos sin prescripción para síntomas menores, la formulación magistral y el seguimiento farmacoterapéutico dirigido a garantizar su uso necesario, efectivo y seguro. En la figura 2 se muestra una clasificación de la cartera de servicios ofrecidos por la farmacia comunitaria, crecientes desde comienzos del siglo XXI, pero la oferta fuera de los clásicos está sujeta a variaciones dependiendo del tamaño y las características de la población atendida.

Se trata de servicios como la conciliación de la medicación, los sistemas personalizados de dosificación o los programas de adherencia terapéutica que buscan reducir los problemas relacionados con los medicamentos y mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes, y además servicios que ayudan a educar y prevenir, como los programas para detección de enfermedades infradiagnosticadas, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la hipertensión, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el cáncer de colon. Mención especial merece la participación de las farmacias comunitarias en la realización de cribados de COVID-19 durante la pandemia con comunicación de resultados a los servicios de salud pública, los programas de deshabituación tabáquica, los de intercambio de jeringuillas, los de mantenimiento

con metadona y los de dispensación colaborativa entre farmacia hospitalaria y farmacia comunitaria.

4) Coordinación entre el SNS y los SCA

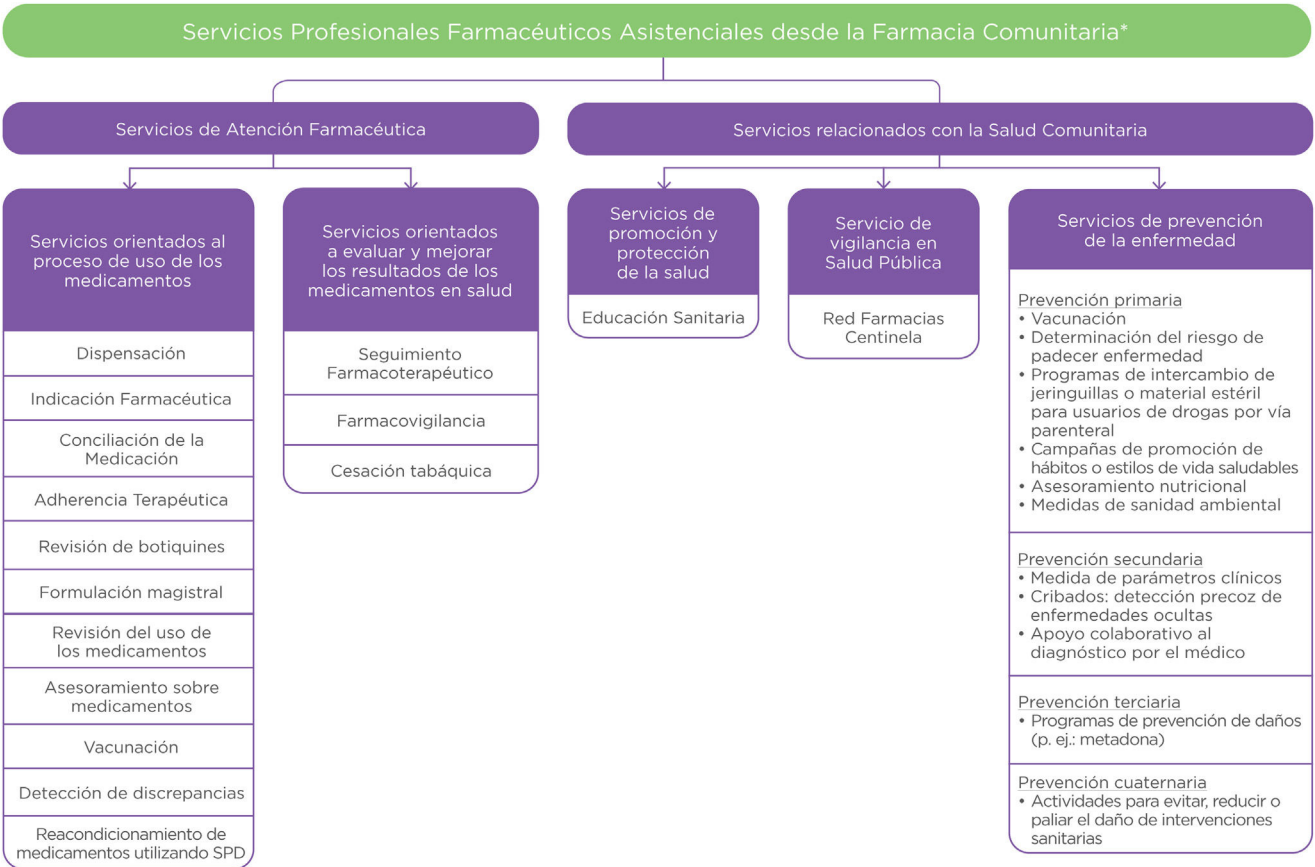
La comunicación entre las farmacias comunitarias y los equipos de atención primaria se vertebra a través de los sistemas de receta electrónica. Por ley, los farmacéuticos comunitarios disponen de acceso al historial farmacoterapéutico del paciente y la posibilidad precautoria de bloquear dispensaciones que entrañen un riesgo para la salud del paciente, siendo el médico de familia quien valorará este bloqueo para modificar la prescripción inicial o ratificarla²⁹. La posibilidad de ir más allá en la comunicación entre médicos de familia y farmacéuticos comunitarios acerca de la práctica clínica y los tratamientos depende de las comunidades autónomas, existiendo en varias de ellas (Aragón, Andalucía, Galicia y Navarra) la opción de comunicarse a través de módulos de mensajería, e incluso comienzan a aparecer proyectos piloto de resolución de incidencias, como la aparición de reacciones adversas a medicamentos, contraindicaciones, duplicidades, interacciones, etc.

Es destacable el creciente interés en este sentido, como muestran diferentes documentos que reflexionan sobre la conveniencia de una comunicación sistematizada mediante consensos entre sociedades farmacéuticas y médicas que plantean la necesidad de módulos de comunicación y colaboración sistematizados y protocolizados^{30,31}. Por otra parte, es relevante también la posibilidad de coordinar la farmacia comunitaria y la farmacia hospitalaria con el fin de optimizar el acceso y el seguimiento de los pacientes con medicamentos sujetos a reservas singulares³².

Fisioterapia

1) Magnitud y distribución

En 2024, la fisioterapia, al igual que otras profesiones sanitarias, presenta una clara predominancia femenina, con 43.543 (60,78%)



*Esta clasificación no excluye otros SPFA que pueden ser contemplados o se encuentren en proceso de nuevos consensos.
SPD: Sistema Personalizado de Dosificación.

Figura 2. Clasificación de la cartera de servicios de la farmacia comunitaria.
Fuente: Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria.
Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024.

mujeres colegiadas frente a 28.095 (39,22%) hombres³³. El 74,6% de los profesionales colegiados tienen menos de 45 años, el 23,8% se sitúan en el rango etario de 45 a 64 años, y solo el 1,7% superan los 65 años. Teniendo en cuenta el registro nacional, la fisioterapia se posiciona como la tercera profesión sanitaria más joven, únicamente por detrás de la terapia ocupacional y la dietética-nutrición.

La distribución geográfica, tal como se muestra en la [tabla 2](#), presenta notables diferencias. Aproximadamente un 70% de los fisioterapeutas desarrolla su labor en entornos urbanos, frente al 30% que lo hacen en zonas rurales. Esta disparidad es en especial acusada en comunidades como la Valenciana, donde tan solo un 5% del colectivo parece ejercer en áreas rurales, y en Castilla-La Mancha, donde dicho porcentaje alcanza el 23,9%.

2) Integración con el SNS

La fisioterapia en el SNS se integra en el marco tanto de la atención primaria como de la especializada. En atención primaria se imbrica como unidades de apoyo de los equipos de atención primaria, si bien con la reclamación vigente de integrarse en ellos, asumiendo funciones de promoción, prevención y tratamiento de patologías³⁴. En atención especializada, los fisioterapeutas son piezas clave dentro del servicio de rehabilitación junto con médicos rehabilitadores, logopedas y terapeutas ocupacionales³⁵.

En el último Informe Anual del SNS³⁶, de los 71.638 fisioterapeutas colegiados en España en 2024, 2428 ejercen en el ámbito público

Tabla 2
Profesionales fisioterapeutas colegiados

Comunidad autónoma	Colegiados	Colegiados /100.000 hab.
Ceuta	60	72,04
Melilla	70	90,64
La Rioja	430	132,62
Navarra	930	137,15
Cantabria	1027	124,95
Extremadura	1287	122,17
Principado de Asturias	1647	163,25
Islas Baleares	1690	137,23
Aragón	1954	144,86
Murcia	2349	149,70
Castilla-La Mancha	2412	114,83
Canarias	2855	127,07
Castilla y León	3370	141,01
País Vasco	3402	152,72
Galicia	3517	129,98
Andalucía	8840	113,30
Cataluña	12297	153,31
Madrid	12845	183,48
Total España	68838	141,66

Modificada del INE.

de la atención primaria y 7350 en atención hospitalaria, sumando un total de 9778 profesionales vinculados al sector público. Este dato pone de manifiesto que una amplia mayoría de los fisioterapeutas (86,35%) desempeñan su actividad profesional en el ámbito

privado. Se consolida así el predominio de la práctica privada dentro del ejercicio de la fisioterapia en el país.

En comunidades autónomas como Castilla y León, la Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha, cerca del 70% de los fisioterapeutas que trabajan en el sector privado lo hacen por cuenta ajena, mientras que en Madrid este porcentaje se sitúa en el 58% y en Aragón desciende hasta el 40%. Además, se estima que entre un 2% y un 10% de los fisioterapeutas pueden estar compatibilizando su actividad profesional en los sectores público y privado. En algunas comunidades autónomas, el sector público no contempla la posibilidad de fisioterapia domiciliaria, por lo que este tipo de tratamiento es siempre relegado al ámbito privado.

3) Cartera de servicios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fisioterapia como «la ciencia y el arte del tratamiento físico o conjunto de técnicas que mediante la aplicación de medios físicos (movimiento, ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, electricidad, masaje, etc.) curan, previenen, recuperan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas para mejorar su calidad de vida»³⁷.

La fisioterapia ha sufrido una transformación importante en las últimas décadas, también en el ámbito privado, produciéndose un crecimiento no solo en el número de profesionales, sino también en la diversidad de sus áreas de intervención. A pesar de que la atención a la patología musculoesquelética continúa siendo predominante, a los métodos tradicionales de tratamiento se han incorporado nuevas técnicas de fisioterapia invasiva (punción seca, electrólisis percutánea, neuromodulación) y el uso del ecógrafo en las consultas. Paralelamente, la fisioterapia privada ha consolidado su actuación en otros campos como la neurología, la geriatría y la pediatría.

En los últimos años, el campo de actuación del fisioterapeuta en el ámbito privado ha experimentado una notable diversificación, lo que ha propiciado la aparición de centros especializados en los que se integra como un profesional del equipo multidisciplinario para atender de forma integral una patología, o bien centros de fisioterapia que partiendo de las áreas más tradicionales han incorporado líneas de actuación más específicas. Esta especialización responde tanto al avance de la evidencia científica como a las nuevas demandas sociales. La realidad asistencial actual evidencia una tendencia clara hacia la especialización, lo cual responde a la necesidad de ofrecer una atención basada en la evidencia, la actualización continua y el desarrollo de nuevas competencias profesionales.

4) Coordinación entre el SNS y los SCA

La coordinación entre profesionales de fisioterapia que ejercen en los sectores público y privado continúa siendo escasa³⁸. Un mismo paciente puede estar recibiendo tratamiento simultáneo, sin que exista intercambio de información clínica entre los profesionales implicados. Esta situación no solo compromete la eficacia del tratamiento, sino que puede derivar en intervenciones duplicadas, contradictorias o inadecuadas, y en definitiva comprometer la seguridad del paciente.

La falta de profesionales médicos ha llevado a la externalización parcial del proceso asistencial, contratando únicamente la consulta médica con la entidad privada, mientras que la fisioterapia se realiza en el ámbito público. Esta segmentación de la atención se produce sin que exista una transferencia efectiva de información e imposibilita un seguimiento coordinado y conjunto.

Asimismo, con el objetivo de reducir las listas de espera, en ocasiones se externalizan procesos quirúrgicos completos, incluyendo el tratamiento rehabilitador. Las artroplastias de rodilla y cadera son los procedimientos que con mayor frecuencia son derivados en este contexto. Sin embargo, la ausencia de protocolos de informa-

ción entre el proveedor del servicio y el sistema público de salud dificulta la continuidad asistencial y puede empeorar los resultados funcionales finales.

En Extremadura, los tratamientos de fisioterapia dirigidos a pacientes en situación de dependencia se gestionan mediante acuerdos con entidades privadas, incluyendo la atención domiciliaria.

La atención temprana suele prestarse mediante concesiones al sector privado, como ocurre en Extremadura, Galicia³⁹ y Aragón, incluyendo servicios integrales de fisioterapia, logopedia, psicología y otras disciplinas. En Aragón⁴⁰, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales determina la necesidad de intervención. Aunque se promueven espacios de coordinación interprofesional de los distintos agentes implicados, no existe una normativa específica que los regule. Adicionalmente, otras comunidades autónomas, como Galicia, han implantado sistemas de historia clínica electrónica compartida entre los sectores público y privado, favoreciendo una atención más integrada.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones principales de este estudio hay que señalar, en primer lugar, que los resultados de las búsquedas, incluso de los datos más elementales, son desiguales y fragmentarios. El INE presenta escasos datos de los colegiados por provincia (número, sexo, rango de edad, etc.).

En la [tabla 3](#) se hace una comparación de algunos aspectos comentados entre las diferentes profesiones. Los datos encontrados varían según las profesiones, y es complicado acceder a información sobre qué servicios y cómo se están prestando, obteniendo a menudo datos incorporados directamente a Internet.

En global, el grado de conocimiento que existe sobre estos servicios es limitado y, en la mayoría de los casos, con un escaso grado de coordinación o colaboración con el resto de los profesionales sanitarios, tanto públicos como privados. Por poner un ejemplo, solo los farmacéuticos, y en menor medida los fisioterapeutas, desglosan cuántos de sus colegiados son SCA y cuántos centros de trabajo existen, siendo difícil conocer este dato para el resto de las profesiones y prácticamente para ninguna se detalla qué profesionales realizan qué servicios. El caso más detallado de los farmacéuticos se debe probablemente a que son los únicos SCA que disponen de un convenio generalizado y estable con el SNS. En todo caso, las cuatro profesiones evaluadas comprenden más de 170.000 profesionales (de los cuales habría que desglosar qué porcentaje son SCA, más del 70% los farmacéuticos), a los que habría que sumar los SCA del resto de las profesiones mencionadas al inicio, lo que ilustra la importante presencia de estos colectivos.

Por su parte, la prestación de servicios es amplia y variada, lógicamente centrados en su profesión, pero con algunas cuestiones transversales como las referidas a la salud comunitaria. No todos los profesionales prestan todos los servicios, pero puede observarse un catálogo de servicios que asumen tareas de prevención y promoción de la salud, asistencia clínica o intervenciones quirúrgicas que en muchos casos evolucionan hacia la especialización.

No se ha determinado el número total de intervenciones sanitarias, pero pocas se encuentran integradas en la historia clínica electrónica del SNS, lo que configura una situación de dos sistemas independientes y estancos que coexisten en un mismo territorio, pero con escasa coordinación efectiva entre ellos. En este contexto, el paciente transita de uno a otro sin una articulación estructurada entre los profesionales implicados, más allá de la coordinación voluntaria que eventualmente pueda producirse. En la práctica son múltiples sistemas, porque mientras el sistema público tiene cierto grado de integración interna, los SCA carecen de ella, no solo entre diversas profesiones sino incluso dentro de una misma. Si bien

Tabla 3

Comparación de los sanitarios comunitarios autónomos

	Odontología	Dietética	Farmacia	Fisioterapia
Tasa por 100.000 hab.	87	16	168	145
Presencia en el SNS	AP	AH	AP y AH	AP y AH
Cartera de servicios			Prevención, promoción y asistencia	
Coordinación SNS-SCA	En algunas comunidades autónomas	No	Receta electrónica	En algunas comunidades autónomas
Acceso a historia clínica	En algunas comunidades autónomas	No	No	En algunas comunidades autónomas

AH: atención hospitalaria; AP: atención primaria; SCA: sanitarios comunitarios autónomos; SNS: Sistema Nacional de Salud.

el paciente puede realizar esta labor de puente de comunicación, resulta evidente que no todos los pacientes tienen la capacidad de comunicar lo que les pasa de forma completa y veraz ni tienen por qué asumir esta función que, al basarse en protocolos profesionales, escapa a lo que se les puede exigir, más allá de actuar de correos con un informe.

Por lo tanto, la laguna de comunicación y coordinación entre profesionales, la pérdida de información que eso conlleva, ignorando la oportunidad de atender situaciones en las que la complementariedad y la colaboración pueden aportar un plus al paciente, supone un menoscabo latente. Pero incluso más allá, el riesgo de actuaciones solapadas, duplicadas y hasta contradictorias entre los diferentes profesionales y su posible riesgo de yatrogeña, como evidencia la OMS⁴¹ para los tratamientos, requeriría el establecimiento de modelos de coordinación tal como se demandan dentro del SNS entre sus diferentes niveles asistenciales. Para empezar, sería necesario disponer de información de calidad de qué se hace, cómo se hace y qué implicaciones pueden tener esas actuaciones en la labor de otros profesionales, tanto públicos como privados.

Implicaciones y retos para la coordinación asistencial

En un contexto sanitario cada vez más complejo, resulta prioritario avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen la continuidad asistencial. Las atenciones bucodental, nutricional, farmacológica y de fisioterapia son esenciales para la salud general, y deberían coordinarse con la atención primaria y hospitalaria para garantizar la equidad y la cobertura sanitaria universal. La interoperabilidad de la historia clínica debería implantarse en todo el ámbito nacional, garantizando su cumplimentación y la protección de datos. Asimismo, es fundamental el desarrollo de protocolos compartidos y canales de comunicación interprofesional, con el fin de asegurar una atención centrada en el paciente, coherente, equitativa y basada en criterios de evidencia y calidad.

En caso de poner en marcha un sistema de información común entre ambos ámbitos, y que idealmente pueda alimentar una historia clínica compartida, se deberían contemplar dos dimensiones diferentes:

- Historia clínica mínima compartida, enfocada a proporcionar datos sobre intervenciones sanitarias y accesibles desde la historia clínica, en la que se puedan consultar informes clínicos, pruebas diagnósticas, alergias, medicación activa, vacunación y episodios asistenciales.
- Práctica colaborativa, en la cual los profesionales puedan comunicarse entre sí y resolver problemas de salud y otras situaciones sanitarias en beneficio del paciente.

Las pruebas piloto y las declaraciones efectuadas por algunos colectivos profesionales demandan el interés y la necesidad de integrar sistemas de comunicación y de colaboración. El consenso realizado entre farmacéuticos y médicos de familia al respecto marca algunas tomas de postura, como establecer canales de comunicación directa y bidireccional, así como definir las áreas de

colaboración y protocolizarlas. Para ello es preciso, en primer lugar, que los agentes del sistema, los profesionales y la administración principalmente consideren la pertinencia de la coordinación entre el SNS y los SCA. Si la respuesta es afirmativa, se debería incorporar dicha coordinación dentro de los planes estratégicos del sistema sanitario como un elemento principal y realizar un seguimiento de su implantación. Sin embargo, más allá de los retos técnicos o administrativos, el verdadero desafío es transformar la cultura organizativa de los profesionales asistenciales para incluir el trabajo multidisciplinario como uno de los ejes críticos de su actuación profesional.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes han participado en la recogida de los datos, su análisis e interpretación, la escritura del artículo o su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales, y la aprobación de la versión final para su publicación. Todas las partes que integran el artículo han sido revisadas y discutidas entre los autores y las autoras. E. Satué de Velasco: concepción y diseño del artículo, escritura del texto, revisión crítica y aprobación de la versión final. A. Mateos Lardies: escritura del artículo, revisión crítica, discusión y revisión, y aprobación de la versión final. V. Ausina Márquez: escritura del artículo, revisión crítica, discusión y aprobación de la versión final. M.M. Yagüe Sebastián: escritura del artículo, revisión crítica, discusión y revisión, y aprobación de la versión final.

Agradecimientos

Los autores y las autoras quieren expresar su agradecimiento al apoyo prestado por las sociedades científicas implicadas en la promoción de este artículo, AEF-APySC, REAP, SESPO y SESPAS, así como a los Colegios Profesionales de Fisioterapia que han colaborado, de Aragón, Extremadura, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid y el País Vasco.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Meneu R, Urbanos-Garrido R. La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras. Cuad Econ ICE. 2019;55-78, <http://dx.doi.org/10.32796/cice.2018.96.6743>.
2. Montagu D. The provision of private healthcare services in European countries: recent data and lessons for universal health coverage in other settings. Front Public Health. 2021;9:636750, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.636750>.

3. Rodríguez M. El sector público y el sector privado de la sanidad: ¿estabilidad o cambio? *Gac Sanit.* 2019;33:499–501, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.001>.
4. García-Prado A, González P. La práctica dual público-privada en la sanidad española: ¿solución o problema? Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit.* 2024;38 Supl 1:102379, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102379>.
5. Oliva J, Peña-Longobardo LM. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022. *Gac Sanit.* 2022;36 Supl 1:S56–60.
6. Botella F, Elola FJ, Navarro E, et al. RECALSEEN: la atención al paciente en las unidades de endocrinología y nutrición del Sistema Nacional de Salud. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019;66:423–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2018.10.002>.
7. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
8. Organización Colegial de Dentistas de España. La demografía de los dentistas en España 2000–2024: análisis de la plétora profesional. Madrid: Consejo General de Dentistas; 2024.
9. Organización Colegial de Dentistas de España. Los dentistas en España: análisis de situación. Madrid: Consejo General de Dentistas; 2022.
10. Ministerio de Sanidad. Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
11. Gobierno de España. Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de odontólogo, protésico e higienista dental. Boletín Oficial del Estado. 1994;213.
12. Bagán JV. Medicina y patología bucal. Valencia: Medicina Oral; 2021.
13. NCD Alliance, FDI World Dental Federation. Impulsando acciones por la salud oral y las ENT: hacia una respuesta integral. Ginebra: FDI World Dental Federation; 2017.
14. Instituto Nacional de Estadística. Índice base. Madrid: INE; 2025 (Consultado el 6/12/2025.) Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=12553&capsel=12554>.
15. Visiedo L, López F, Rivas-Ruiz F, et al. Effect of a personalized nutritional intervention program on nutritional status, quality of life and mortality in hemodialysis patients. *Nutr Hosp.* 2023;40:1229–35, <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04756>.
16. García-Almeida JM, Cornejo-Pareja IM, Fernández-Jiménez R, et al. Improving the nutritional care of oncology patients: validation of a multidisciplinary protocol in the Spanish clinical setting. *Nutr Hosp.* 2024;41:758–65, <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05043>.
17. Casas-Agustench P, Megías-Rangil I, Babio N. Beneficio económico del tratamiento dietético-nutricional en el equipo multidisciplinario de atención primaria. *Nutr Hosp.* 2020;37:863–74, <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03025>.
18. Zaman S, Wasfy JH, Kapil V, et al. The Lancet Commission on rethinking coronary artery disease: moving from ischaemia to atheroma. *Lancet.* 2025;405:1264–312, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00055-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00055-8).
19. Rosenfeld RM, Grega ML, Karlson MC, et al. Lifestyle interventions for treatment and remission of type 2 diabetes and prediabetes in adults: a clinical practice guideline from the American College of Lifestyle Medicine. *Am J Lifestyle Med.* 2025;19 2 Suppl:10S–31S, <http://dx.doi.org/10.1177/15598276251325488>.
20. Gigliotti L, Warshaw H, Evert A, et al. Incretin-based therapies and lifestyle interventions: the evolving role of registered dietitian nutritionists in obesity care. *J Acad Nutr Diet.* 2025;125:408–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2024.10.023>.
21. Moran GW, Gordon M, Sinopoulou V, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025. *Gut.* 2025;74 Suppl 2:s1–101, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2024-334395>.
22. Elliott A, Noble K, Flynn D, et al. Exploring the nutrition care journey of people living with obesity in acute care. *J Hum Nutr Diet.* 2025;38:e70003, <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.70003>.
23. Kaye J, Lee S, Chinn CH. The need for effective interprofessional collaboration between nutrition and dentistry. *Front Public Health.* 2025;13:1534525, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2025.1534525>.
24. Santamaría Sandi J, Navarro González E, Herrero Ruiz A, et al. Portfolio of services in Endocrinology and Nutrition 2020 update. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2021;68 Suppl 1:1–58, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2021.01.006>.
25. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Spain thinks pharmacy. Madrid: CGCOF; 2023 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/noticias/spain-thinks-pharmacy/>.
26. Gobierno de España. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Boletín Oficial del Estado. 1997;100.
27. Pharmaceutical Group of the European Union. Facts & Figures 2024. Brussels: PGEU. 2024 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: [https://www.pgeu.eu/facts-figures-2024/\(PGEU\)](https://www.pgeu.eu/facts-figures-2024/(PGEU)).
28. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la farmacia comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024.
29. Gobierno de España. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado. 2011;6309–27.
30. Catalá AA. Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en Atención Primaria. Madrid. 2017. Disponible en: <https://semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/97-coordinacion-medico-farmacutica-2017>.
31. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. Manifiesto de Zaragoza. Madrid: SEFAC; 2023 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: [https://www.sefac.org/notas-de-prensa/presentado-el-manifiesto-de-zaragoza-que-busca-protocolizar-la-comunicacion-entre-\(sefac.org\)](https://www.sefac.org/notas-de-prensa/presentado-el-manifiesto-de-zaragoza-que-busca-protocolizar-la-comunicacion-entre-(sefac.org)).
32. Morillo-Verdugo R, Collado-Borell R, Arrondo-Velasco A, et al. Evaluación de la experiencia del paciente con un modelo de atención farmacéutica telemática coordinada entre farmacia hospitalaria y farmacia rural: proyecto TELÉMACO. *Pharm Care Esp.* 2022;24:34–49.
33. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Resultados detallados. Año 2024. Madrid: INE; 2025 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPSC2024.htm>.
34. Ministerio de Sanidad. Rehabilitación básica – Atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f.
35. Ministerio de Sanidad. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f.
36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/INFORME.ANUAL.2024.pdf>.
37. World Health Organization. Benchmarks for training in physiotherapy. Geneva: WHO; 2005.
38. Punzano D, Seoane A. Paso a la historia abierta: un 23% de médicos ya ve la del SNS y la privada. Redacción Médica. 2022 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/paso-a-la-historia-abierta-un-23-de-medicos-ya-ve-la-del-sns-y-la-privada-6879>.
39. Xunta de Galicia. Atención temprana. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2025 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: <https://politicassocial.xunta.gal/es/areas/discapacidad/atencion-temprana>.
40. Gobierno de Aragón. Atención temprana. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2025 (Consultado el 24/12/2025.) Disponible en: www.aragon.es/-/discapacidad-prevencion-y-atencion-temprana.
41. World Health Organization. Medication without harm: policy brief. Geneva: WHO; 2024 (Consultado el 14/2/2026.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062764>.