

COVID-19

PROBLEMAS Y SOLUCIONES
EN ATENCIÓN PRIMARIA
Y FARMACIA COMUNITARIA



Sociedad
Española
de Farmacia
Familiar
y Comunitaria



SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



COVID-19: problemas y soluciones en atención primaria y farmacia comunitaria

Autores

Laura Aliaga Gutiérrez

Coordinadora del grupo de trabajo de Gestión del medicamento, inercia clínica y seguridad del paciente de SEMERGEN

Vicente J. Baixauli Fernández

Vicepresidente de SEFAC

M^a Dolores Murillo Fernández

Responsable del área de Cronicidad y atención primaria de SEFAC

Francisco José Sáez Martínez

Responsable del grupo de trabajo de Cronicidad de SEMG

Documento promovido por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Este documento recoge las principales conclusiones extraídas de la sesión *streaming COVID-19: problemas y soluciones en atención primaria y farmacia comunitaria*, celebrada el 15 de abril de 2020 y retransmitida a través de www.sefac.tv

©SEFAC-SEMERGEN-SEMG, 2020. Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de SEFAC-SEMERGEN-SEMG.

ISBN: 978-84-09-20476-2

Esta publicación debe citarse de la siguiente forma:

Aliaga L, Baixauli VJ, Murillo MD, Sáez FJ. COVID-19: problemas y soluciones en atención primaria y farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC-SEMERGEN-SEMG; 2020.



○ Índice

1. Introducción	5
2. Valoración de la crisis del COVID-19 desde la perspectiva a la farmacia comunitaria y la atención primaria.....	6
3. Cambios provocados por el COVID-19 en la actividad de los profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria	10
4. Coordinación entre centros de salud y farmacias comunitarias: necesidades detectadas y cómo resolverlas.....	12
5. Servicio profesionales farmacéuticos: indicación, dispensación con entrega a domicilio, etc.....	15
6. Medidas para el desconfiamento y test en la población	20
Conclusiones.....	23
Referencias bibliográficas	24



1 ○ *Introducción*

La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 y causante del cuadro clínico COVID-19, ha provocado que el Sistema Nacional de Salud (SNS) viva una situación de presión asistencial desconocida hasta la fecha. Esto ha tenido importantes consecuencias, tanto desde el punto de vista de sus efectos en la salud de la población (con miles de infectados y también de fallecidos) (1), como desde la perspectiva del funcionamiento de las estructuras sanitarias y del ejercicio de sus profesionales, que han tenido serias dificultades para desempeñar su labor asistencial en buenas condiciones.

Además, la crisis sanitaria generada por el coronavirus ha provocado que el Gobierno de España decretara el 14 de marzo el Estado de Alarma en el país, con restricciones en la movilidad de la población (2).

En este contexto, la atención primaria es un elemento estratégico esencial para contribuir a una gestión sanitaria adecuada de la crisis, especialmente de cara a rebajar las tensiones asistenciales provocadas por la infección en el SNS. No hay que olvidar que la atención primaria es el nivel asistencial más extenso en España y más próximo a la población, tanto en lo concerniente a la red de centros de salud y consultorios como de farmacias comunitarias. La relevancia de la atención primaria es especialmente trascendente de cara al control de la infección y la enfermedad en su fase temprana (pacientes con síntomas leves o personas asintomáticas). Hasta la fecha la estrategia de las distintas Administraciones para responder a la infección por COVID-19 se ha centrado, sobre todo, en la atención hospitalaria; sin embargo, la atención primaria y comunitaria es el pilar básico del SNS y sin una mayor participación de sus profesionales no se puede dar una respuesta eficiente al desafío que supone la pandemia.

En España, según los datos de 2019 del Ministerio de Sanidad, hay 3.051 centros de salud y 10.080 consultorios. Es decir: 13.131 establecimientos de Atención Primaria en todo el país, con 29.086 médicos de familia, 6.415 pediatras y 30.499 enfermeras/eros. A esto hay que añadir que la red de farmacias comunitarias (FC) en España supera los 22.102 establecimientos, con 51.959 profesionales farmacéuticos (3).

El presente documento quiere llamar la atención sobre las dificultades que la pandemia de COVID-19 ha provocado en la labor asistencial de los profesionales médicos de atención primaria y de los farmacéuticos comunitarios, así como recoger distintas propuestas que ayuden a resolver esas dificultades. Estas propuestas quieren, por un lado, ofrecer un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en atención primaria y, por otro, ayudar a mejorar la atención sanitaria de la población en el contexto de la pandemia.



Las reflexiones y propuestas recogidas en el presente documento parten de la sesión *COVID-19: problemas y soluciones en atención primaria y farmacia comunitaria*, celebrada el 15 de abril de 2020 organizada por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) con la participación de representantes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

2 ○ *Valoración de la crisis del COVID-19 desde la perspectiva a la farmacia comunitaria y la atención primaria*

2.1 ○ *La atención primaria y la red de farmacias comunitarias han sido poco valoradas por la Administración*

La crisis del COVID-19 ha supuesto un reto que ha puesto a prueba a todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto desde el punto de vista individual de los profesionales como desde el punto de vista colectivo de las distintas estructuras y niveles asistenciales que lo componen. Esto ha hecho aflorar algunas de las fortalezas del sistema, visibles, sobre todo, en el compromiso y competencia de los profesionales sanitarios, pero también han emergido algunas de las debilidades como la falta de refuerzo de los dispositivos de salud pública. En este último aspecto, es reseñable también el papel escaso o poco relevante que se le ha otorgado a la atención primaria en el manejo de la crisis durante muchas de sus fases. Y es que a pesar de la importancia y de la dimensión de la atención primaria en el SNS, esta ha sido hasta la fecha mayoritariamente poco valorada en las estrategias principales desarrolladas por la Administración sanitaria para el abordaje de la infección por SARS-CoV-2. Esto ha supuesto uno de los principales errores en la gestión de la crisis, ya que no se han utilizado de forma óptima los recursos de este nivel asistencial (su extensión y su accesibilidad), ni a sus profesionales, que han sufrido también una carestía de recursos.

Esto mismo ha sucedido con las farmacias comunitarias, que no solo han quedado fuera de las líneas estratégicas de abordaje de la pandemia, sino que, incluso, sus profesionales han sido ignorados, al no ser incluidos en el grupo de profesionales sanitarios merecedores de protección frente al coronavirus y no tener acceso a la protección que, en consecuencia, han tenido que adquirir por sus propios medios en la mayoría de las ocasiones a pesar de las limitaciones existentes (desabastecimiento, precios desorbitados, materiales monopolizados por el Gobierno, etc.).



Otro aspecto que ha quedado de manifiesto durante la crisis ha sido la debilidad y vulnerabilidad de la atención sociosanitaria y las labores asistenciales en los centros sociosanitarios, generando una mortandad muy elevada por el coronavirus entre los ancianos institucionalizados.

2.2 ○ Falta de recursos humanos y materiales para la gestión de la crisis sanitaria por COVID-19 en la atención primaria

El análisis de la crisis desde la perspectiva de la gestión de los recursos disponibles indica que éstos se han dirigido, de forma prioritaria en la fase inicial, al refuerzo de la asistencia hospitalaria del SNS, algo que puede ser entendido en situación de crisis, pero nunca menoscabando los recursos y la actuación de la atención primaria. Este hecho ha tenido como consecuencia someter a sus profesionales a un estrés excesivo, exponiéndolos a riesgos adicionales y condicionando su gran labor asistencial, y también ha acabado agravando el colapso de ese nivel asistencial

La orientación hospitalocéntrica inicial planteada desde el Ministerio y las comunidades autónomas puso en riesgo de colapso, por ejemplo, en el caso de la Comunidad de Madrid, al SUMMA 112 (Servicio de Urgencia Médica) y los hospitales de Madrid y precipitó la puesta en marcha del Hospital de IFEMA (en el recinto de la Feria de Madrid) como única alternativa para salvar cientos de vidas. El hospital, dotado en más de un 80 % por profesionales de atención primaria, ha supuesto la demostración de la alta cualificación de estos profesionales y la capacidad de adaptación y entrega de los que, desde sus puestos en los centros de salud, continuaron dando cobertura al resto de la población con una gran limitación de recursos tanto materiales como humanos.

Esa tendencia hospitalocéntrica no ha permitido aprovechar, en gran medida, la oportunidad que ofrecía la red de centros de atención primaria y, sobre todo, la red de farmacias. Esta red se podría haber empleado mejor para acercar los tratamientos a todos aquellos pacientes con medicamentos de dispensación hospitalaria y que, bien por ser población de riesgo, bien para evitar focos de potencial contagio como los hospitales, podrían haber accedido a sus medicamentos de una forma mucho más rápida y segura a través de sus farmacias comunitarias habituales si se hubieran establecido protocolos de coordinación entre los servicios de Farmacia Hospitalaria y las farmacias comunitarias. En este sentido, cabe recordar que SEFAC ya presentó una propuesta en 2016 para dispensar este tipo de tratamientos a través de las farmacias comunitarias. Por el contrario, se han promovido algunas iniciativas que no solo no han contado con el concurso de los farmacéuticos comunitarios, sino que han utilizado a terceros (voluntarios, mensajeros, protección civil, etc.) para estas funciones en distintos territorios (4).



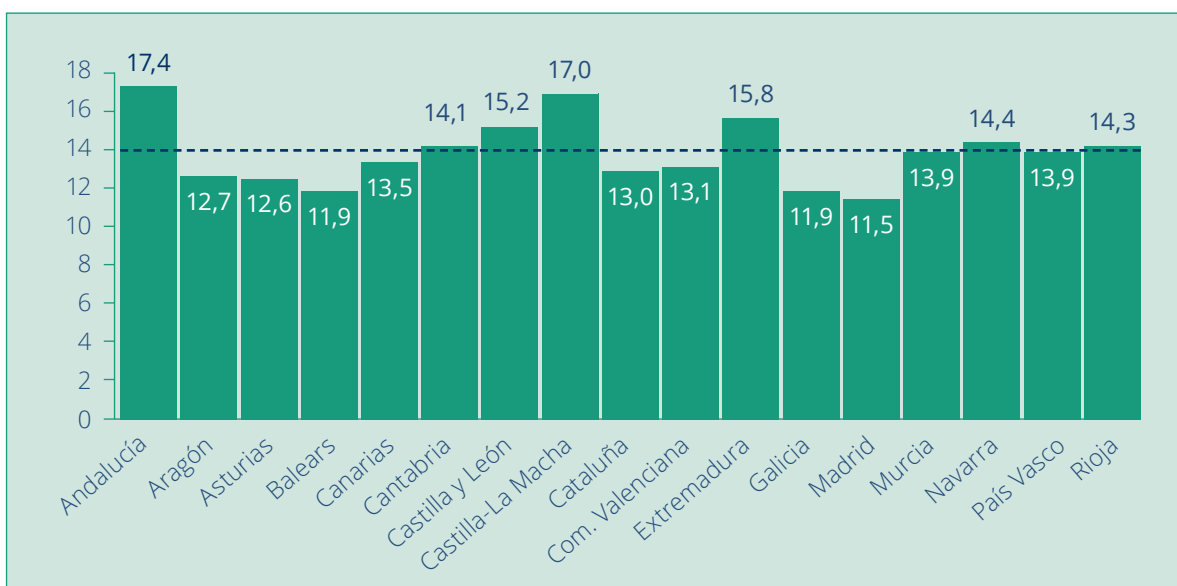
Esta tendencia a orientar más recursos hacia los hospitales puede ser también consecuencia de la dotación presupuestaria que tiene la atención hospitalaria y que es superior a la atención primaria (según datos del Ministerio de Sanidad en 2017 el gasto en atención primaria en el Sistema Nacional de Salud es solo del 13,5 % a pesar de ser esta segunda la base del sistema donde se diagnostican y tratan la mayoría de las patologías y dónde se detectan precozmente muchas de las enfermedades evitando así su agravamiento, como podemos ver en las tablas a continuación, emitidas por el Ministerio de Sanidad.

Tabla 1 Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional.
(Millones de euros. España, 2014-2018)

	2014	2015	2016	2017	2018
Servicios hospitalarios y especializados	38.007	41.101	41.567	42.618	43.978
Servicios primarios de salud	9.024	9.330	9.528	9.751	10.387
Servicios de salud pública	672	680	759	769	799
Servicios colectivos de salud	1.739	1.880	1.804	1.847	1.870
Farmacia	10.389	10.483	10.849	11.223	11.506
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.238	1.216	1.221	1.243	1.255
Gasto de capital	878	1.044	963	1.148	1.351
Total consolidado	61.946	65.736	66.691	68.598	75.145

Fuente: Datos del Ministerio de Sanidad de 2018 (<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>).

Figura 1 Gasto sanitario público en servicio primarios de salud según comunidad autónoma. Porcentaje sobre el total de gasto consolidado. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2018



Fuente: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>



Un ejemplo de ese hospitalocentrismo ha sido la retirada de la atención primaria y del canal de las farmacias comunitarias de tratamientos experimentales, que han pasado al canal hospitalario (prescripción y dispensación únicamente hospitalaria y sin modificar la situación legal del fármaco, lo cual no deja de ser sorprendente) o de fármacos, como la hidroxiclороquina, que antes de la crisis podían prescribirse con normalidad desde atención primaria y dispensarse en las farmacias comunitarias.

La atención primaria ha debido asumir a pesar de sus limitados recursos la asistencia de la mayoría de las urgencias que antes de la pandemia acudían directamente a los hospitales. Las urgencias de pacientes con ictus se han reducido un 40 % en los hospitales durante las primeras semanas. Además, ha asumido un mayor control sobre pacientes con patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión o la cardiopatía isquémica, al verse suspendidas las consultas hospitalarias.

De igual forma, y producto de esta cadena, otras consultas que en los centros de salud no han podido atenderse se han trasladado a las farmacias por parte de los propios pacientes.

Habría sido bueno coordinar todas estas intervenciones contando con la participación de profesionales de los distintos niveles asistenciales. Especialmente llamativo resulta el hecho de que durante la crisis no se hayan establecido mecanismos para convocar la mesa del Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria, que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas presentaron en abril de 2019 (5).

A pesar de estas dificultades, la crisis del coronavirus puede ser una oportunidad para repensar el sistema sanitario y reconsiderar la importancia que en una sociedad como la española tienen los servicios de atención primaria y dotarlos, por fin, de los recursos necesarios que se vienen demandando desde hace años (6).



3 ○ *Cambios provocados por el COVID-19 en la actividad de los profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria*

3.1 ○ Falta de suficientes medidas de seguridad y otros recursos

Desde el comienzo de la crisis y hasta la fecha, al menos 132 centros de salud en España se han tenido que cerrar por la falta de profesionales, así como 1.152 consultorios locales, según datos de SEMG. Esto es consecuencia tanto de la reestructuración de la asistencia que han hecho las comunidades autónomas, como por las bajas por enfermedad debido al alto nivel de contagios que han sufrido los profesionales de AP. De hecho, España es el país en el que el porcentaje de profesionales sanitarios infectados por coronavirus ha sido mayor (con cifras que han alcanzado el 20 %, 43.325 profesionales a fecha 7 de mayo de 2020). En atención primaria, un 30 % de las enfermeras se han infectado y un 15 % de los administrativos, además de fisioterapeutas y psicólogos que ejercen en este nivel asistencial. De los 26 médicos que hasta la fecha han fallecido en España durante la pandemia, 18 pertenecían a atención primaria. Según el *Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España*, realizado por el Instituto de Salud Carlos III y la Red de Vigilancia Epidemiológica, en mayo, el total de fallecidos entre el personal sanitario asciende a 35 profesionales (7).

La red de farmacias también se ha visto afectada, con 16 farmacéuticos comunitarios fallecidos y dos técnicos hasta la fecha. Además, en la actualidad, más de 346 farmacéuticos están infectados y 13 farmacias están cerradas temporalmente (una cifra que ha sido mayor en fases iniciales de la pandemia) (8).

Estas cifras dan sobrada cuenta de las limitaciones que ha habido en el acceso a equipos de protección individual por parte de los profesionales de los centros de salud y de las farmacias comunitarias. Tanto los centros de salud como las farmacias han tenido que rediseñar espacios, limitar el contacto con los pacientes y organizar turnos de trabajo para evitar la exposición de los profesionales, así como el riesgo tanto a ser infectados como a transmitir la enfermedad en caso de estar contagiado y no mostrar síntomas. Esto es especialmente reseñable, ya que a la ausencia de equipos de protección individual (EPIs), hay que sumar la falta de test suficientes para conocer el estado serológico, tanto de los médicos y enfermeras de los centros de salud, como del personal de las farmacias comunitarias.



Asimismo, ha habido limitación en el personal y en el espacio hábil en los centros de salud, al no poder acceder todos los pacientes a las mismas zonas y de la misma manera. Para el caso de pacientes con COVID-19 se han tenido que habilitar circuitos específicos y usar equipamientos de los que apenas había existencias.

También ha habido limitaciones en cuanto al seguimiento de los protocolos que habitualmente se utilizan en los centros de atención primaria para el seguimiento de pacientes crónicos y no ha sido posible llevar a cabo pruebas que habitualmente se hacen a esta población en los centros de salud.

3.2 ○ La imagen de la farmacia durante la crisis

En farmacia comunitaria, la situación durante la crisis se puede resumir en cinco puntos:

- ✓ Cambios en las zonas de atención al público: las farmacias, sin apoyo por parte de la Administración, han tenido que ingeniárselas para establecer medidas de seguridad en la atención a los pacientes, mediante marcas e indicaciones para mantener las distancias de seguridad, mamparas, etc.
- ✓ Cambios en la imagen de los farmacéuticos y el resto del personal: mediante el uso de equipos de protección (guantes, mascarillas...) que cada farmacia ha gestionado de la mejor manera posible ante las dificultades para abastecerse.
- ✓ Aumento de las consultas: si la farmacia comunitaria ya era un establecimiento importante para la resolución de consultas de salud, durante la crisis se ha convertido en un punto imprescindible para la atención sanitaria de la población, contribuyendo con educación sanitaria, informando sobre materiales de protección, vías de contagio, síntomas menores, productos sanitarios, etc., además de los medicamentos habituales.
- ✓ La farmacia como establecimiento esencial: a pesar de la falta de un apoyo decidido por parte de la Administración, en un escenario de confinamiento, en el que las calles han quedado vacías en los pueblos y ciudades, las farmacias han sido uno de los pocos establecimientos abiertos al público que se han mantenido como un servicio esencial, siempre dispuestas a dar la mejor atención a la población. Esta soledad de hecho les ha significado en ocasiones ser objeto de atracos y robos (9).
- ✓ Valoración de los pacientes: durante la crisis los pacientes han vuelto a demostrar que valoran la labor de los farmacéuticos comunitarios no solo desde el punto de vista profesional, reconociendo que son sanitarios en primera línea, sino también en el plano personal, mostrando interés y preocupación por su estado de salud.



4 ○ *Coordinación entre centros de salud y farmacias comunitarias: necesidades detectadas y cómo resolverlas*

4.1 ○ *La coordinación, fruto de la voluntad entre profesionales*

La coordinación entre niveles asistenciales y profesionales es un elemento fundamental para acometer con éxito la gestión de cualquier crisis y, en particular, en materia de salud. En el caso de la pandemia de COVID-19 en España, esa coordinación entre los centros de salud y las farmacias comunitarias ha existido con deficiencias y, cuando se ha dado, ha sido, en gran medida, debido al músculo y a la fuerza de voluntad de los profesionales, cuando lo deseable habría sido que esa búsqueda y materialización de la coordinación hubiera sido estimulada por las autoridades y la Administración.

En este sentido, es imprescindible establecer buenos canales de comunicación para que esa coordinación sea posible y segura. Además, la Administración tiene que dar la posibilidad de poner en marcha protocolos de colaboración que son factibles, pero que solo pueden llevarse a cabo si cuentan con el respaldo de las autoridades.

4.2 ○ *Consenso, protocolización y sesiones conjuntas*

En el marco de estrechar la coordinación y cooperación entre profesionales sanitarios, hay que reseñar que tanto SEFAC como SEMERGEN y SEMG han defendido siempre una mayor colaboración entre el médico de familia y el farmacéutico comunitario. Con esta premisa, es fundamental ahondar en varias vías de trabajo como son la búsqueda de consenso en el abordaje conjunto de patologías, la elaboración de protocolos de actuación coordinados y la organización de sesiones clínicas en las que ambos colectivos (médicos del centro de salud y farmacéuticos de la zona de influencia) puedan poner en común sus respectivos enfoques científicos y asistenciales para dar soluciones coordinadas y más eficientes a las necesidades de salud de la población.

En el marco del desarrollo de herramientas que apoyen estas líneas de trabajo, hay que señalar que un instrumento como, por ejemplo, la receta electrónica tiene una gran potencia para favorecer la comunicación directa entre los profesionales.



En este sentido, la pandemia ha beneficiado algunos avances como el acceso a la información contenida en la receta electrónica sin necesidad de que los pacientes presenten físicamente sus tarjetas sanitarias para evitar riesgos de contagio por presencia del virus en superficies o la posibilidad de que se renueven automáticamente los tratamientos crónicos de larga duración. Sin embargo, estos avances no han sido siempre homogéneos en todas las comunidades autónomas y, en muchas ocasiones, los esfuerzos de coordinación y comunicación entre los profesionales se han dado, como se decía anteriormente, por la voluntad y proximidad entre profesionales.

De igual forma, otro elemento que sería de gran valor para mejorar la coordinación asistencial, y en el que las tres sociedades científicas coinciden, es en la necesidad de compartir todos aquellos datos de la historia clínica que, siempre con el consentimiento del paciente, ayuden a un mejor abordaje terapéutico o para la prevención de enfermedades, y que pueden ser útiles para una dispensación de medicamentos adecuada. Si no se comparte la información, el farmacéutico comunitario ve muchas veces limitada su labor a mero espectador de las prescripciones disponibles sin poder informar adecuadamente al paciente de cómo tomar mejor sus tratamientos, aumentar la adherencia, reducir riesgos, etc.

4.3 ○ Prescripción complementaria y dispensación excepcional

Como consecuencia de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad para frenar al virus, se han producido situaciones en las que los pacientes han tenido dificultades para resolver algunos de los problemas de salud que, en condiciones normales, se habrían podido solucionar fácilmente acudiendo a la consulta del médico de familia. Sin embargo, la limitación de recursos y horarios, cuando no el cierre al público, que se ha dado en algunos centros de salud ha dejado al descubierto problemas. Para paliar esta situación desde SEFAC se ha defendido la importancia de desarrollar y establece protocolos de prescripción complementaria y dispensación excepcional.

La prescripción no médica o complementaria supone que, tras un diagnóstico y un plan de acción por parte del médico, otros profesionales sanitarios, como los farmacéuticos, pueden complementar aquella acción que, en un primer momento, hace el médico.


Tabla 2 Tipos de prescripción complementaria

	Prescripción complementaria
Profesionales de la salud a los que se les permite capacitarse y registrarse como prescriptores	Enfermeras, farmacéuticos, ópticos, fisioterapeutas, podólogos y radiólogos
Patologías que pueden manejar	Cualquiera
Diagnóstico	La patología manejada por un prescriptor complementario debe ser diagnosticada por un médico (o dentista) antes de que la prescripción pueda comenzar
Necesidad de "Plan de Gestión Clínica" (PGC)	Un PGC específico para el paciente en papel o formato digital debe existir antes de que pueda darse la prescripción
Necesidad de acuerdo formal	El PGC debe ser acordado con el médico (o dentista) y el paciente antes de que la prescripción pueda darse
Medicamentos incluidos	Cualquiera. Puede prescribir fuera de indicación

Fuente: *British Journal of Clinical Pharmacology*.

Otro elemento extremadamente útil para resolver muchos problemas a los pacientes, sería el de la dispensación excepcional. Esto no es otra cosa que, cuando el paciente llega a la farmacia y hay un problema de tipo administrativo con su receta- potencial incumplimiento por desabastecimiento no sustituible, medicación insuficiente por pérdida o rotura, potencial incumplimiento por prescripción no activa en el momento de la dispensación, etc.-, podría resolverse de forma protocolizada con la intervención del farmacéutico comunitario y en coordinación con el médico de atención primaria.

Esto es especialmente relevante en momentos como el de la presente crisis, en la que los pacientes tienen como una referencia a la farmacia comunitaria y al farmacéutico comunitario, al ser un profesional al que visitan con frecuencia (hay que recordar que, en condiciones normales, más de dos millones de personas visitan diariamente las farmacias españolas) (10).

Tabla 3 Tipo de incidencias susceptibles de ser resueltas por el farmacéutico comunitaria con dispensación excepcional

- A. Potencial incumplimiento por desabastecimiento no sustituible.
- B. Potencial incumplimiento por prescripción no activa en el momento de la dispensación (superado margen de 10 días).
- C. Medicación insuficiente por pérdida o rotura.
- D. Potencial incumplimiento o alteración del proceso LADME por forma galénica no adecuada.
- E. Potencial incumplimiento por insuficiente número de dosis prescritas.
- F. Potencial uso de medicamento innecesario por exceso de dosis prescritas.
- G. Ausencia o deficiencia de receta oficial que valide la prescripción.



Las acciones derivadas de situaciones como las descritas y otras realizadas en el ámbito de actuación del farmacéutico es conveniente que queden debidamente documentadas en un registro de incidencias de la farmacia. Este registro tiene una doble función: dar un valor documental a las intervenciones sanitarias que se están realizando y ayudar a ofrecer más seguridad jurídica al farmacéutico comunitario, ya que estas acciones, a pesar de su utilidad y beneficio para los pacientes, no cuentan con una normativa jurídica que las regule.

5 ○ *Servicio profesionales farmacéuticos: indicación, dispensación con entrega a domicilio, etc.*

5.1 ○ *Indicación en síntomas menores y COVID-19*

La pandemia de coronavirus ha tenido muchos efectos colaterales en las prestaciones sanitarias de los distintos niveles asistenciales. También, como no podía ser de otra manera, en la prestación de algunos de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) que se llevan a cabo habitualmente en muchas farmacias (seguimiento farmacoterapéutico, cesación tabáquica, revisión del uso de los medicamentos, medida y control de la presión arterial, etc.). La gran mayoría de estos servicios precisan una zona de atención personalizada y de un contacto estrecho y duradero con los pacientes que, debido a los riesgos de contagio por coronavirus, imposibilitan su puesta en práctica con normalidad durante esta crisis.

Las limitaciones de disponibilidad del personal (al establecer turnos en las plantillas para minimizar los riesgos de infección) también han afectado a la prestación de estos servicios, aunque en muchas ocasiones desde las farmacias se ha tratado de mantener un contacto telefónico con aquellos pacientes incluidos en estos servicios y que precisan un control mayor.

Sin embargo, la actividad farmacéutica sí se ha incrementado en otro tipo de servicios que no requieren tantos recursos. Uno de ellos es el de la indicación farmacéutica y la resolución de consultas bien presenciales, bien telefónicas y especialmente en patologías respiratorias. No en vano, algunos de los principales síntomas vinculados con el COVID-19 (fiebre, tos, dolor de garganta...) coinciden con los síntomas menores que más consultas se han recibido en las farmacias.



Por este motivo es también muy importante la protocolización del abordaje de estos síntomas, en principio menores, pero que pueden complicarse sin una buena intervención profesional. Al respecto, hay que destacar que SEFAC, junto con sociedades científicas médicas de atención primaria, ha llevado a cabo un trabajo de protocolización de más de 31 síntomas menores para mejorar su abordaje y establecer criterios de derivación al médico en caso de ser necesario (11).

Del mismo modo, y de cara a impulsar el registro de estas consultas de indicación, SEFAC dispone de la plataforma *SEFAC e_XPERT*, que es un programa de gestión de servicios profesionales en el que se puede registrar de una forma sencilla, visual y guiada todas las intervenciones llevadas a cabo en estos síntomas (paciente, síntoma, duración, medicamentos que se han utilizado, alergias, enfermedades, etc.). Con todo esto y las recomendaciones que se han consensuado con médicos de atención primaria, se puede realizar la indicación de un determinado medicamento o en su caso proceder a la derivación al médico.

Esta protocolización de las consultas de indicación farmacéutica debe favorecer no solo una mejor comunicación entre médicos y farmacéuticos, sino también agilizar las intervenciones en aquellos pacientes que tomen varios medicamentos y que así lo precisen. Esta consideración es especialmente útil para evitar malos usos de los fármacos, sobredosis, duplicidades y otros errores de medicación y que, gracias a la fluidez en la comunicación y a la existencia de protocolos comunes, pueden detectarse y evitarse de manera temprana.

5.2 ○ Atención domiciliaria

Durante la crisis otra problemática ha sido la atención de aquellos pacientes vulnerables que, ya fuera por su estado de salud (enfermos de COVID-19, pacientes crónicos en grupos de riesgo, etc.) o bien por seguir las recomendaciones decretadas en el Estado de Alarma (personas en cuarentena, mayores sin cuidadores o familiares que se desplacen por ellos a realizar actividades básicas, etc.), han necesitado atención domiciliaria. Tanto los centros de salud como las farmacias comunitarias han tenido que hacer un esfuerzo suplementario por el bien de los pacientes, aunque no siempre en las condiciones idóneas, realizando un seguimiento telefónico de muchos casos. Algunos centros de atención primaria han tenido, incluso, que asumir la realización de sedaciones paliativas en pacientes graves con coronavirus en sus domicilios, algo impensable antes de la pandemia.



En el ámbito estrictamente farmacéutico, SEFAC ya presentó una propuesta sobre atención farmacéutica domiciliaria (AFD) en 2018 (12). De aquella emana el documento *Propuesta para la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitarios en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria durante el Estado de Alarma por COVID-19* (13). Esta propuesta va dirigida a todos esos farmacéuticos que se encuentran en la obligación de realizar esa entrega de medicamentos y productos sanitarios en pacientes que están en una situación de urgencia y necesidad. La propuesta diferencia bien lo que es la dispensación del medicamento de su entrega en el domicilio y plantea tres apartados de requisitos:

- 1.** La farmacia tiene que estar incluida dentro de un programa de atención farmacéutica domiciliaria que, a su vez, debe estar coordinado con el equipo de atención primaria (tantos médicos como enfermeros). Además, tiene que tener un carácter temporal y excepcional, y también cumplir con un procedimiento y un código ético.
- 2.** El servicio se dirige exclusivamente a pacientes vulnerables, que viven solos, que no tienen movilidad, que incluso no tienen ni siquiera un cuidador profesional asignado por servicios sociales o, sencillamente, están en aislamiento por padecer COVID-19.
- 3.** El personal que efectúa esta entrega tiene que ser preferiblemente profesional con vinculación laboral de la farmacia y debe conocer las particularidades de cada paciente integrado en el programa. Además, debe estar provisto de EPI para evitar posibles contagios.

Respecto al servicio de dispensación, previo al acto de entrega, el documento propone cuatro pasos fundamentales:

- 1.** Solicitud del paciente, que también puede ser por parte de la Administración en caso de que valore que el paciente lo necesita. En este punto SEFAC aboga también por la búsqueda de consensos con las sociedades científicas médicas y de enfermería para que los pacientes se puedan beneficiar de las entregas de la medicación en sus domicilios.
- 2.** Tras la solicitud por parte de un paciente y/o Administración, la dispensación se debe hacer con una serie de verificaciones tanto administrativas como clínicas. El objetivo es que no haya ningún paciente al que se entregue medicación sin saber cómo utilizarla. Esto es básico que se asegure desde la farmacia comunitaria.



3. El acondicionamiento de la medicación debe ser aséptico, para que los medicamentos lleguen en las condiciones de conservación adecuadas, y sobre todo, sin errores.
4. La entrega debe garantizar las condiciones mínimas de prevención para evitar el contagio con el COVID-19.

La atención farmacéutica domiciliaria ha generado dudas e, incluso, conflicto especialmente con las organizaciones de enfermería en etapas pasadas, pero la crisis pandémica ha demostrado que es un servicio necesario y que muchos pacientes demandan, incluso más allá del momento en el que la crisis por el coronavirus pase. De ahí la importancia de que existan protocolos de trabajo y consenso entre profesionales, instituciones e igualmente importante es reivindicar que la entrega de un medicamento no puede compararse a otros productos y, por tanto, no es susceptible de ser llevada a cabo por profesionales y/o personal no cualificado, voluntarios u otras personas sin vinculación asistencial con el paciente o desconocedoras de las implicaciones que tiene el uso de los fármacos.

Tabla 4 Procedimientos de actuación en la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitarios (PS) en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria durante el Estado de Alarma por COVID-19

Requisitos de la farmacia para su inclusión en programa de AFD
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de solicitudes de entrega de medicamentos y PS en situaciones de urgencia y necesidad. • Carácter temporal y excepcional de la emergencia sanitaria por COVID-19. • Compromiso de seguimiento del protocolo de actuación y del código ético. • Sistema de comunicación telemático con el paciente. • Personal suficiente y material de protección. • Sistema de pago a distancia (tarjeta, transferencia...).
Requisitos de los pacientes para su inclusión en el programa de AFD
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con COVID-19 en aislamiento domiciliario. • Pacientes sin COVID-19 con valoración de riesgo clínico alto y nivel de intervención alto, con o sin tratamiento de dispensación hospitalaria. • Pacientes sin COVID-19 que no pueden salir de casa por el confinamiento en el Estado de Alarma, en los que el farmacéutico considere que existe necesidad o urgencia. • Pacientes con problemas de movilidad y/o viven solos sin cuidador profesional de ayuda domiciliaria asignado por servicios sociales.
Requisitos de la persona que realiza la entrega domiciliaria
<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación formal con el paciente y/o la farmacia dispensadora. • No presentar sintomatología de COVID-19 o sospecha de padecer la infección. • Ir correctamente identificado y con equipos de protección personal. • Comprometerse a seguir el procedimiento de entrega en el domicilio del paciente para evitar el contagio por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).



Tabla 5 Procedimientos de actuación en la dispensación y entrega de medicamentos y PS en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria

▶ Solicitud
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud del paciente/Administración sanitaria. • Valoración de la solicitud: por la Administración, si existe programa de Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD) concertado o, en su defecto, por el farmacéutico comunitario, teniendo en cuenta estado en caso de urgencia y necesidad. • Aceptación de la farmacia. • Registro en el libro de incidencias.
▶▶ Dispensación
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista telemática: contacto farmacia-paciente y consentimiento informado (verbal). • Verificación administrativa. • Verificación clínica: primera dispensación (proceso de uso), continuación (adherencia, efectividad y seguridad), incidencia e intervención farmacéutica. • Validación de la dispensación.
▶▶▶ Acondicionamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Emisión 2/3 tickets justificantes de la dispensación (farmacia/paciente/entidad social). • Impresión de la información personalizada de los medicamentos, si procede. • Acordar el momento de la entrega y forma de pago telemático, si procede. • Acondicionamiento de la medicación: bolsa interior* cerrada con medicamentos y PS, bolsa exterior conteniendo tickets-justificantes y la bolsa interior.
▶▶▶▶ Entrega
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de protección: mascarilla y guantes. • Dejar doble bolsa en la puerta y mantener distancia 2 m. • Paciente recoge bolsa interior y deja bolsa exterior con 1/2 ticket/justificante firmado en la puerta. • Recogida bolsa exterior con justificante: opción A) guardar en bolsa limpia con los guantes usados. Conservar en cuarentena 7 días; opción B) foto con el móvil del justificante y desechar en basura junto con los guantes usados. • Limpieza y desinfección de manos y equipos de protección individual.

* Uso de bolsa de frío en caso de termolábiles.

Como se ha comentado en líneas precedentes, el servicio de dispensación (que incluye una serie de verificaciones, tanto administrativas como clínicas relacionadas con el destinatario del medicamento) es la manera de garantizar que todo paciente que utiliza un medicamento lo hace de forma consciente y segura. Por lo tanto, el acto de la entrega no es lo mismo que la dispensación; es el último paso del proceso. Además, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos también deben garantizar que no se produzcan abusos, malas praxis o faltas deontológicas.



En definitiva, la protocolización de la AFD y de la dispensación de medicamentos con entrega a domicilio debe servir también para ofrecer garantías y tranquilidad no solo a los pacientes, sino también a otros colectivos de profesionales sanitarios que, en el pasado, hayan podido sentir recelos ante una práctica que el tiempo y la población ha acabado definiendo como necesaria y que en modo alguno supone una invasión de competencias, sino un complemento en el marco del trabajo conjunto que debería regir en los equipos multidisciplinares de atención primaria.

6 ○ *Medidas para el desconfinamiento y test en la población*

6.1 ○ Limitaciones a la realización de test en farmacias y centros de salud

La necesidad de conocer el estado serológico de la población durante la pandemia se ha convertido en un elemento fundamental para poder combatirla, iniciar el levantamiento del Estado de Alarma en España, acabar con las medidas de confinamiento masivo y, en definitiva, mitigar la propagación de la infección y superar la crisis. Sin embargo, la limitación en el acceso a las pruebas de cribado en la población fuera de los hospitales y en la población asintomática o con síntomas leves ha sido evidente, pues incluso han existido carencias para que muchos profesionales sanitarios pudieran hacerse pruebas para conocer si estaban o no infectados.

De hecho, los Consejos profesionales de médicos, enfermeros, farmacéuticos, dentistas y veterinarios han denunciado públicamente en distintas ocasiones la falta de materiales de protección y de test (14). En este sentido, también manifestaron su disconformidad con alguna de las medidas y recomendaciones contenidas en el protocolo de actuación frente al coronavirus aprobado el 31 de marzo de este año por el Ministerio de Sanidad referente a la incorporación de los profesionales sanitarios a sus puestos de trabajo sin haberseles realizado el test y las pruebas confirmadas de negatividad (15).

Esta necesidad de conocer el grado de propagación de la infección entre profesionales y la población general es lo que ha llevado al Ministerio de Sanidad a iniciar un estudio de seroprevalencia en la población, a través del cual, y utilizando, esta vez sí, a los equipos de atención primaria de las comunidades autónomas (profesionales clave en el abordaje de la infección durante el proceso de desescalada y levantamiento de las restricciones de movilidad), se estudiará la situación del virus en 36.000 hogares (60.000 personas) de toda España (16).



Sin embargo, hasta el inicio de este estudio, la disponibilidad de test en los centros de salud ha sido escasa. Del mismo modo, cabe preguntarse si en este escenario no sería de utilidad que se pudiera usar también la red de farmacias para alcanzar a un mayor número de personas. En este sentido, desde SEFAC y el propio Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos han propuesto la posibilidad de que los farmacéuticos comunitarios puedan colaborar en la realización de los test rápidos serológicos, siempre de forma complementaria, coordinada con los centros de atención primaria y con la prescripción médica pertinente, en el marco de un cribado sistemático de esta enfermedad.

Para ello es también necesario que existan unos protocolos de comunicación entre la farmacia, el centro de salud y la Administración para seguir a los pacientes que pueden ser dudosos de ser positivos por coronavirus SARS-CoV-2. Lógicamente, para que esto también pudiera llevarse a cabo en aquellas farmacias dispuestas a realizar dichos test es imprescindible disponer de medidas de seguridad, de una estructura física adecuada en el establecimiento y de personal formado. Respecto a esto último, SEFAC dispone de un plan formativo destinado a farmacéuticos comunitarios.

Desde sociedades científicas como SEMERGEN y SEMG también se considera útil la participación de las farmacias comunitarias en estos cribados, teniendo en cuenta algunos de los requisitos ya mencionados como la existencia de espacios para realizar los test, protocolos de coordinación, prescripción médica y coordinación de la respuesta después del resultado.

A pesar de la disposición de muchos farmacéuticos, y del respaldo de sociedades científicas como SEMERGEN y SEMG, para colaborar en la realización de estos test, la normativa derivada del Estado de Alarma ha imposibilitado hasta la fecha la ejecución de estas pruebas por parte de las farmacias comunitarias y ya no solo para pacientes, sino también para las plantillas de los profesionales que desarrollan su actividad asistencial en estos establecimientos. De hecho, algunas comunidades autónomas como Andalucía y Madrid han comenzado a incluir a los farmacéuticos entre los colectivos sanitarios que pueden hacerse dichas pruebas, facilitando test. Al respecto de la idoneidad de usar la red de farmacias para estas pruebas, conviene recordar que en muchas farmacias ya se hacen pruebas que emplean procedimientos o técnicas similares, como las glucemias a las personas con diabetes, perfiles lipídicos, o test de anticuerpos frente al VIH y sífilis.



Mediante este documento se propone que el Ministerio de Sanidad y las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas reevalúen esta situación. Hasta ahora la sensación es que el virus siempre ha ido por delante de las medidas adoptadas por la Administración y es deber de todos los agentes implicados en esta lucha tratar de prever mejor y adelantarse a los acontecimientos. Sin la realización de suficientes test a la población no se podrá controlar esta pandemia, por lo que se hace imprescindible emplear todos los medios al alcance en el SNS (hospitales, centros de salud y farmacias comunitarias) y corregir su infrautilización.

6.2 ○ Cronicidad, adherencia y fin del confinamiento

La gravedad de la pandemia, tanto desde el punto de vista de su impacto en la salud de la población como en la presión sobre las estructuras del SNS, ha generado también un daño colateral, y es que algunas enfermedades o tratamientos han sufrido demoras importantes y se han relegado a un segundo plano. Esto ha afectado, fundamentalmente, a patologías crónicas y a pacientes polimedcados, pues las consultas de atención especializada de muchos de estos pacientes han sido pospuestas por las dificultades para atenderlas ante el empuje del coronavirus. Sin embargo, no se puede olvidar que las enfermedades crónicas son las que más peso e impacto tienen en el conjunto del SNS, pues se calcula que suponen el 80 % de las consultas en atención primaria (17).

Por este motivo, y de cara a la desescalada en las restricciones de movilidad, es necesario que se tenga en cuenta en los planes estratégicos futuros el abordaje de todos aquellos pacientes cuya atención se ha visto disminuida durante el confinamiento. La coordinación entre atención primaria y farmacias comunitarias vuelve a antojarse un elemento indiscutible en este ámbito, pues cuando amaine la crisis aflorarán muchos efectos indeseados en la población de personas con enfermedades crónicas. Estos efectos y sus problemas asociados siguen estando ahí, pero el COVID-19 parece haberlos vuelto invisibles, especialmente los efectos relacionados con la adherencia terapéutica, que es un auténtico problema de salud pública.

6.3 ○ Aprendizaje durante la pandemia

A pesar de todas las dificultades vistas hasta ahora durante la gestión de la crisis, estas han servido para extraer enseñanzas valiosas en muchos ámbitos. Algunas de estas enseñanzas se resumen en los siguientes puntos:



- ✓ La atención primaria sigue siendo una piedra angular del sistema. Sin su concurso no se puede frenar la pandemia y los problemas mostrados hasta ahora deben servir para afianzar el apoyo por parte de la Administración a este nivel asistencial.
- ✓ Se ha demostrado que la atención a distancia es necesaria. Herramientas como la telemedicina, la receta electrónica, las consultas telefónicas y la dispensación de medicamentos con entrega a domicilio han visto reforzado su papel durante la crisis y deben seguir evolucionando y desarrollándose cuando finalice la fase aguda de la pandemia para dar respuesta a necesidades que los pacientes han demandado y que no pueden atenderse fácilmente por otras vías.
- ✓ Es imprescindible, de cara a un posible rebrote de la enfermedad en otoño, dotar a los profesionales sanitarios y a la población de medios de protección para reducir los contagios. Esta es, sin duda, una de los grandes lastres que ha habido en la lucha contra el virus, ya que la carestía ha sido evidente en muchas fases y esto ha provocado bajas importantes entre los profesionales sanitarios y riesgos evidentes de convertirse en vectores de transmisión de la enfermedad.

○ Conclusiones

Como conclusiones a la gestión de la crisis pandémica desde la perspectiva de la atención primaria y comunitaria se puede señalar que:

- ✓ El SNS se ha visto inmerso en un reto hasta ahora desconocido, difícil de gestionar y en el que se han cometido errores que deben servir para aprender y aprovechar las oportunidades de mejora de cara a brotes o epidemias futuras.
- ✓ La atención primaria y la red de farmacias no deben ser minusvaloradas, sus recursos deben ser mejor aprovechados, reforzados y protegidos para beneficio del sistema y de la población, ya que son los mejores instrumentos para contener, mitigar y erradicar la epidemia.
- ✓ Es imprescindible reforzar la coordinación y comunicación entre niveles asistenciales y, en particular, entre los centros de salud y las farmacias comunitarias en aras de una mejor detección de pacientes con síntomas leves y para el seguimiento de pacientes crónicos. Entre las principales medidas, la receta electrónica debe completar su uso asistencial, ampliar las responsabilidades de forma protocolizada en dispensación e indicación del farmacéutico en caso de urgencia y también sería deseable que se pudiera compartir toda aquella información clínica necesaria para la atención de los pacientes que precisan medicamentos.



- ✓ La atención domiciliaria ha llegado para quedarse en su justa medida y debe ser convenientemente protocolizada, consensuada y empleada para mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes que la necesitan desde criterios de profesionalidad, cercanía y sostenibilidad.
- ✓ Los medicamentos de diagnóstico hospitalario de manejo ambulatorio que pueden ser dispensados en la farmacia comunitaria deberían ser dispensados en este canal si se quiere que estos tratamientos sean más accesibles a la población y con una coordinación real entre niveles asistenciales. Para ello, se deben articular protocolos de dispensación y seguimiento compartido entre la farmacia comunitaria y hospitalaria.
- ✓ Es necesario emplear todos los recursos disponibles en el SNS para el cribado de la población susceptible de tener coronavirus SARS-CoV-2. La red de farmacias, junto con los centros de salud, debería estar incluida entre los establecimientos con capacidad para hacer estos cribados de forma protocolizada y coordinada.

○ *Referencias bibliográficas*

1. Enfermedad por el nuevo coronavirus, COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad [Acceso 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
2. Nota de prensa. El Gobierno decreta el estado de alarma para hacer frente a la expansión de coronavirus COVID-19. Presidencia del Gobierno (Gobierno de España); 14-3-2020. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx
3. Informe anual de colegiados y farmacias. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF); 2019.
4. Benito, E. Los hospitales ponen en marcha un plan para que 700.000 pacientes reciban su medicación a domicilio. Diario El País; 9-4-2020. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-09/los-hospitales-ponen-en-marcha-un-plan-para-que-700000-pacientes-reciban-su-medicacion-a-domicilio.html>
5. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad; 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
6. Nota de prensa. El Foro de AP reclama a las CC AA 30 medidas urgentes para salvar la Atención Primaria. Foro de Atención Primaria; 13-5, 2019.
7. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. Madrid: ISCI-II-CEN; 2020. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2004%20de%20mayo%20de%202020.pdf>



8. Notas de prensa. Un nuevo fallecido eleva a 18 los profesionales que han perdido la vida en las farmacias comunitarias. Madrid: Consejo General Colegios Farmacéuticos; 7-5 2020. [Acceso el 7-5-2020]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma/Paginas/listado.aspx>
9. Oleada de robos en farmacias de toda España. El Confidencial; 8-4-2020. Disponible en: <https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/seguridad/oleada-robos-farmacias-toda-espana/20200407190440142465.html>
10. Agenda-Social y sanitaria de la farmacia. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019. [Acceso 24 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/agenda-social-sanitaria-farmacia/Paginas/default.aspx>
11. Amador Fernández N, Amariles Muñoz P, Baixauli Fernández VJ, Benrimoj SI, Climent Catalá MT, Colomer Molina V et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018. ISBN: 978-84-16992-88-1.
12. Baixauli Fernández VJ, Murillo Fernández M^aD, Satué de Velasco E, Casas Pérez P, Córcoles Ferrándiz M^aE, De Miguel Silvestre C, Domínguez del Río Boada B, Gutiérrez Muñoz L. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) sobre el papel del farmacéutico en la atención domiciliaria. Madrid: SEFAC; 2018.
13. Baixauli VJ, Satué E, Murillo M^aD, Molinero A, Gómez JC, Estrada G. Propuesta para la dispensación y entrega de medicamentos y productos sanitario en el domicilio del paciente desde la farmacia comunitaria durante el Estado de Alarma por COVID-19. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2020.
14. Comunicado conjunto de los Consejos Generales de las Profesiones Sanitarias. Organización Médica Colegial (OMC-CGCOM), Consejo General de Enfermería, CGCOF, Organización Colegia de Dentistas, Consejo General de Colegios Veterinarios, Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, Consejo General de Fisioterapeutas; 23-4-2020. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files//u1034/comunicado_conjunto_profesiones_sanitarias_23_04_2020_.pdf
15. Comunicado de los Consejos Generales de Dentistas, Enfermeros, Farmacéuticos, Médicos y Veterinarios, ante la pandemia del COVID-19. Organización Médica Colegial (OMC-CGCOM), Consejo General de Enfermería, CGCOF, Organización Colegia de Dentistas, Consejo General de Colegios Veterinarios; 4-4-2020. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u1026/np_conjunta_sanitarios_riesgo_elevado_4_04_2020.pdf
16. Nota de prensa. Comienza hoy el estudio de seroprevalencia que estimará el porcentaje de población española que ha desarrollado anticuerpos frente al COVID-19. Ministerio de Sanidad; 27-4-2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4882>
17. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad; 2012. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf