



1

Nuevos circuitos asistenciales. Visión general: ventajas y desventajas

Ramón Morillo Verdugo



Ramón Morillo Verdugo

Facultativo especialista de área de Farmacia Hospitalaria.
Hospital de Valme. Sevilla.

Índice

1. Introducción
2. El circuito ideal
3. Posibilidades en la práctica real
4. Conclusiones
5. Bibliografía

1. Introducción

Probablemente, tras la propia enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19), el concepto más comúnmente nombrado o comentado en los servicios de farmacia hospitalaria, desde la irrupción de la pandemia por síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2), en marzo de 2020 hasta la actualidad, ha sido el de telefarmacia. Si bien es cierto que no es un concepto nuevo o de reciente creación, la inesperada e impactante pandemia ha conseguido ponerla en un primer plano del debate asistencial dentro de la profesión farmacéutica general y, más concretamente, la farmacia hospitalaria en particular, acelerando su llegada.

Lejos de pillar al colectivo desprevenido o con el pie cambiado, la farmacia hospitalaria, gracias al desarrollo y la evolución del Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX), en marcha desde el año 2015, consiguió, prácticamente de la noche a la mañana, incorporar con gran acierto y rapidez diferentes circuitos asistenciales, adaptados a los medios y recursos disponi-

bles en cada entorno asistencial y, por qué no decirlo, también en muchos casos, a las necesidades de los propios pacientes. Con el liderazgo de los profesionales de la farmacia hospitalaria y el apoyo institucional, administrativo, logístico y clínico por parte de otros profesionales, la profesión dio una respuesta adecuada a un momento tan crítico como decisivo para el devenir de los próximos años, en cuanto se refiere a la atención farmacéutica al paciente externo.

La telefarmacia, definida como “la práctica asistencial a distancia gracias a las nuevas tecnologías” no debe sin embargo estancarse, ni tan siquiera reflejarse, en un momento tan histórico como anecdótico, como lo que pasó en el periodo más duro del confinamiento. Para ello, obviamente, hay que seguir profundizando en los cuatro grandes ámbitos de actuación que incluye la propia definición de este concepto: seguimiento farmacoterapéutico, formación e información a pacientes, coordinación asistencial y, por último, la dispensación y/o entrega informada de la medicación.

Probablemente sea esta última vertiente la más conocida y empleada de dicho recurso asistencial. Sin embargo, no nos debe hacer perder la referencia sobre cómo y cuándo debe utilizarse, no en vano, la nueva definición de la atención farmacéutica, y los pilares sobre los que se sustentan contemplan un escenario en el que la multidimensionalidad, el dinamismo asistencial y la toma de decisiones compartidas hará que, en los próximos años, veamos lo que ya se vislumbra y se empieza a conocer como atención farmacéutica dual o complementaria, donde lo presencial compartirá importancia con lo digital. En la Figura 1 (extraída del Marco Estratégico de Telefarmacia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [SEFH]), se observa gráficamente cómo integrar ambos aspectos utilizando los diferentes recursos asistenciales.

Si hasta ahora, digámoslo así, ha sido el paciente el que ha tenido que moverse, a partir de ahora toca un replanteamiento de estrategia asistencial, para que el que se mueva,

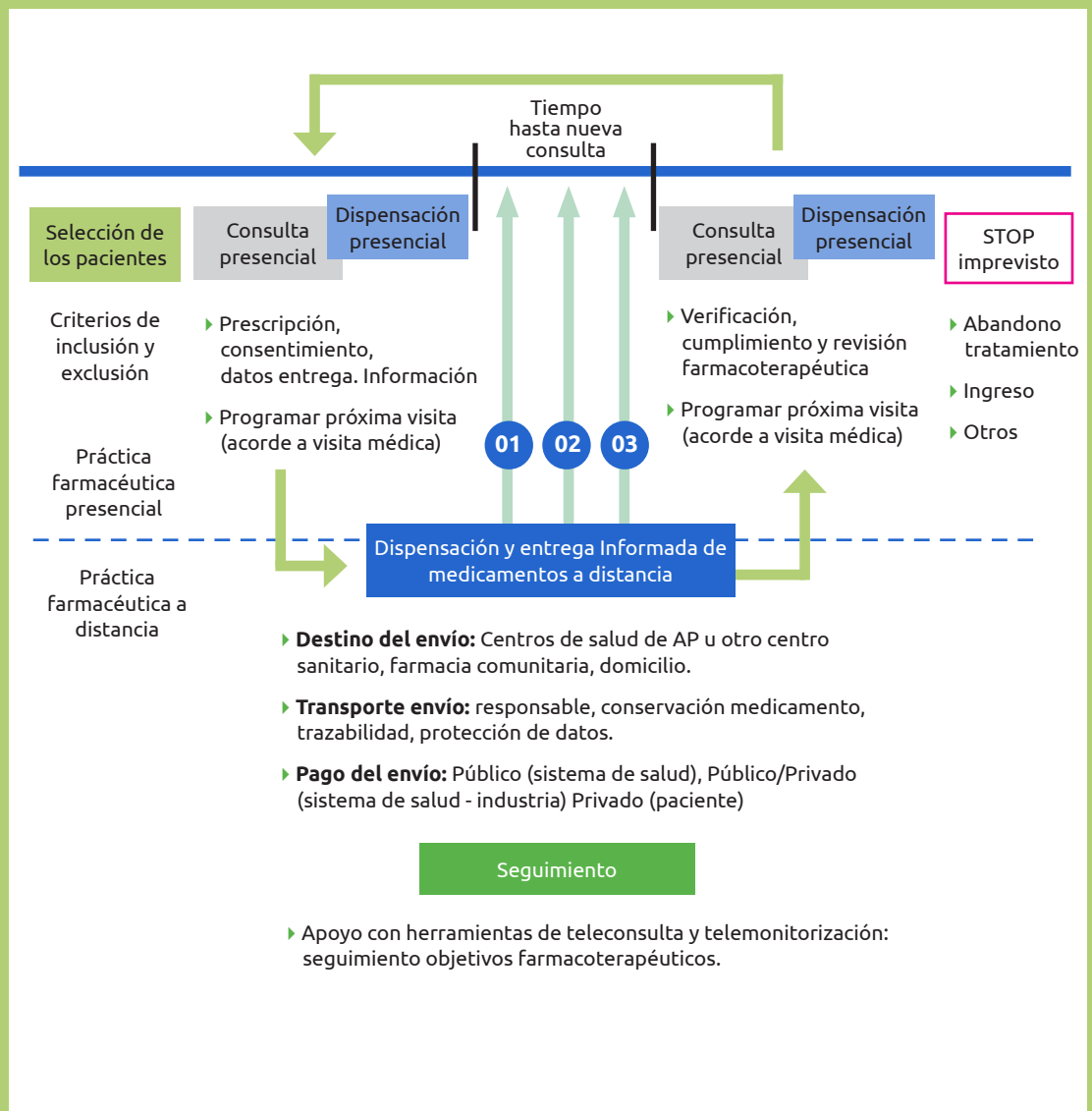
cuando corresponda, sea el medicamento. Sin embargo, esto, bajo ningún concepto, categoriza como sinónimos dos términos que no lo son y que, tal vez, y dadas las urgencias en la puesta en marcha de estos servicios durante la primera ola de la pandemia, pudieran confundirse: *home-delivery* (entrega a domicilio) y telefarmacia. A este respecto, la gran aportación del segundo concepto radica en el conocimiento especializado y la inmediatez de la acción y la coordinación asistencial que aportan los especialistas gracias a las nuevas tecnologías dispuestas para el seguimiento a distancia de los pacientes.

Una vez aclarado y cerrado ese punto, veamos a continuación los elementos imprescindibles que debe incorporar el que podríamos denominar “el circuito ideal” y, a continuación, las ventajas y desventajas de cada una de las posibilidades asistenciales que, en términos generales, actualmente se mantienen vigentes en diferentes servicios de farmacia hospitalaria en España.

F01

Figura 1.

Descripción del procedimiento de seguimiento a los pacientes en un programa de telefarmacia (tomado del Mapa estratégico para la Atención farmacéutica al Paciente Externo, de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria).



AP: Atención Primaria; MAPEX: mapa estratégico de Atención farmacéutica al paciente externo.

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas con expertos del grupo de trabajo Proyecto MAPEX (Marco estratégico en telefarmacia).

2. El circuito ideal

Los elementos imprescindibles para el diseño, la puesta en marcha y el desarrollo de un circuito asistencial ideal para la atención farmacéutica dual al paciente externo, que incluya dispensación o entrega informada fuera de las consultas externas de farmacia hospitalaria, pueden ser agrupados en cuatro bloques (Figura 2), que se detallan a continuación.

2.1 Elementos estratégicos

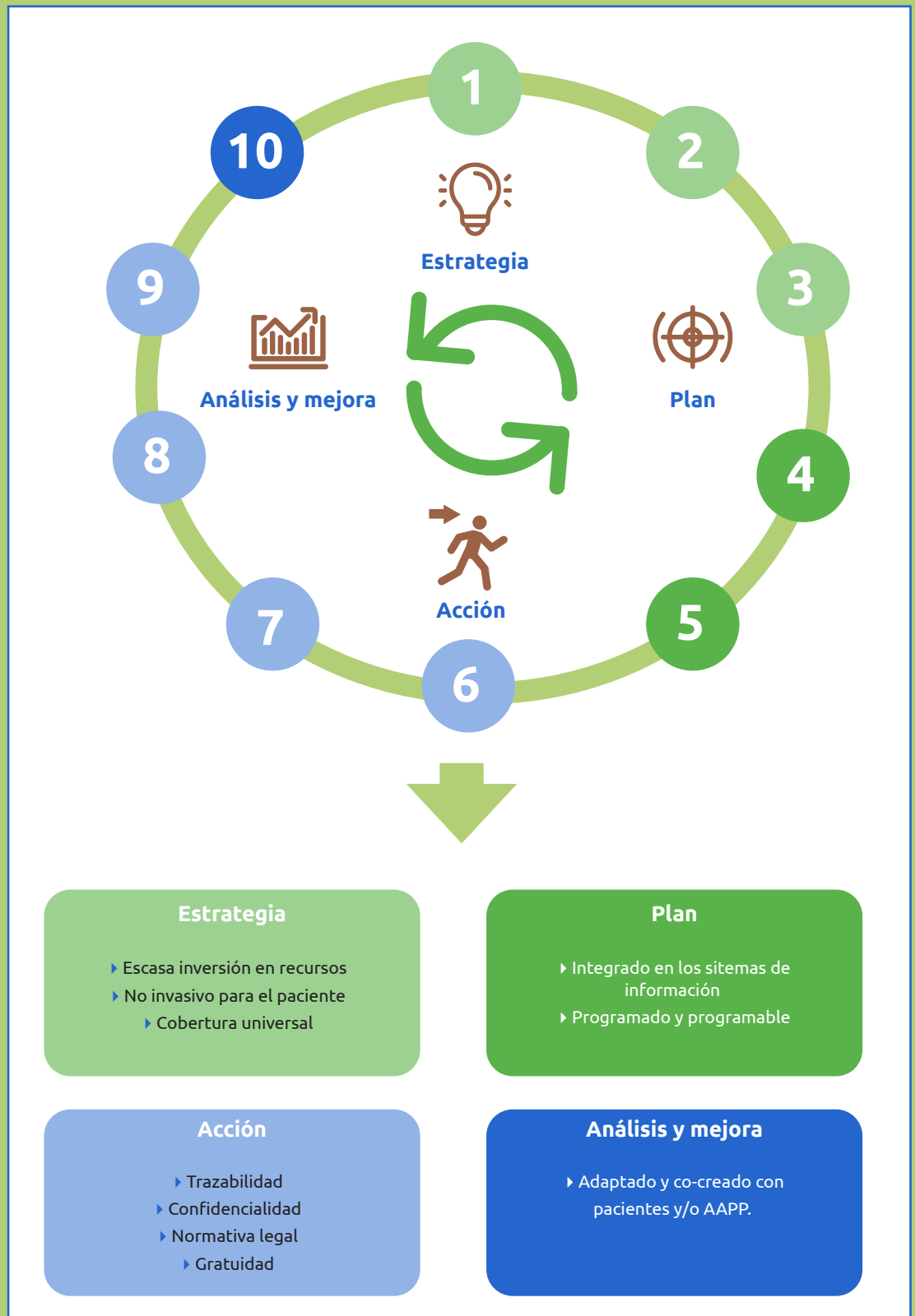
Son elementos que definen la proyección y el avance desde el punto de vista macro del procedimiento. Entre estos, podemos incluir:

- Inversión en recursos: idealmente la puesta en marcha de un circuito de estas características debería hacerse con una mínima inversión en recursos, tanto humanos como materiales. Para ello, es necesario, en la medida de lo posible, utilizar o reasignar los medios ya disponibles.
- Que no sea invasivo para el paciente: el circuito debe influir y/o condicionar mínimamente los hábitos de vida y rutina diaria de los pacientes incluidos en el mismo. En este sentido, una vez que un paciente cumpla los requisitos para su incorporación a un procedimiento que incluya una atención farmacéutica dual, esta ha de ofrecer las posibilidades para que se adapte a sus circunstancias personales y/o profesionales en todo momento (teleconsultas programadas en franjas horarias con disponibilidad, entregas adaptadas a las circunstancias propias de cada paciente, etc.).
- Que tenga cobertura universal: la puesta en marcha de un procedimiento de estas características no debe excluir a ningún paciente por características relacionadas exclusivamente con el medicamento prescrito o su patología del entorno especializado. Para ello, hay que contemplar las diferentes dimensiones que condicionan el uso del medicamento y la consecución de los objetivos en relación

F02

Figura 2.

Elementos imprescindibles para el diseño de un circuito asistencial ideal para la atención al paciente externo.



con la farmacoterapia, para priorizar la actividad farmacéutica en los pacientes de forma regular. Se recomienda aplicar periódicamente los criterios definidos en MAPEX para este aspecto.

2.2 Elementos de planificación

Son elementos que determinan la integración y puesta en marcha asistencial del procedimiento. Entre estos, podemos incluir:

- La integración en los sistemas de información. Idealmente toda la información generada sobre las visitas, las consultas de atención farmacéutica, las entregas informadas de medicación y los datos reportados por pacientes de manera síncrona o asíncrona, debe poder estar incorporada fácilmente dentro de los sistemas de información y de la historia clínica informatizada de los diferentes sistemas de salud.
- Que sea programado y programable. La planificación asistencial es un elemento basal imprescindible para el éxito del desarrollo de cualquier circuito de atención a los pacientes. Por ello, el circuito tiene que poder ofrecer esa posibilidad, tanto desde el punto de vista profesional, programando las consultas y entregas informadas, como desde el propio paciente, solicitando la demanda en tiempo real o tiempo útil.

2.3 Elementos de acción

Son los elementos que guían el funcionamiento habitual del circuito. Entre ellos destacamos, por imprescindibles:

- La trazabilidad: el circuito ha de permitir, en cualquier momento, conocer la situación clínica de los pacientes atendidos y la logística de los medicamentos dispensados.
- La confidencialidad: en todo momento, en cada una de las actividades y procedimientos llevados a cabo, la máxima confidencialidad debe guiar la realización de esta actividad asistencial.
- La normativa legal: el circuito utilizado ha de ser capaz no solo de cumplir con la normativa legal vigente en el momento de la puesta en marcha, sino, sobre todo, de adaptarse con relativa facilidad a las futuras leyes o requisitos que puedan identificarse en los años venideros.
- La gratuidad: el paciente no debería asumir los costes de su participación en este procedimiento. Entendiéndose que, como se ha comentado anteriormente, forma parte de un servicio o prestación asistencial que complementa a la actividad presencial ya realizada de forma gratuita en los centros hospitalarios en España.

2.4 Elementos de análisis y mejora permanente

Debe ser cocreado con pacientes y/o asociaciones de pacientes y adaptado a ellos. En línea con las estrategias de humanización asistencial y mejora de la calidad, para mejorar la experiencia del paciente, el circuito asistencial tiene que estar diseñado desde sus inicios y ha de ser mejorado permanentemente, incluyéndose la voz y la opinión de los pacientes o sus asociaciones de representación.

3. Posibilidades en la práctica real

Lejos de hacer un repaso minucioso y detallado sobre experiencias específicas que se han difundido, publicado o comunicado en los últimos tiempos en España sobre el diseño de circuitos asistenciales que incluyen los diferentes puntos de entrega informada indicados a continuación, se ha realizado un análisis global, incluyendo los principales problemas comunes, fortalezas demostradas, debilidades y aspectos en los que los determinados colectivos integrados pueden seguir centrandose sus aportaciones de valor específicas para el avance futuro de estas propuestas. Sin profundizar demasiado en una premisa, hay que recordar que, obviamente, de forma previa a las entregas, en cualquier tipo de circuito, tiene que haber, obligatoriamente, una consulta de atención farmacéutica virtual o digital.

3.1 Oficina de farmacia

Uno de los mayores retos y/o amenazas que pudieran existir respecto a la incorporación de la oficina de farmacia y sus profesionales en los circuitos asistenciales de atención far-

macéutica dual, incluyéndolas como puntos expresos de entrega informada de medicación, radica en la posible pérdida de referencia profesional para los pacientes participantes. Esto pudiera ser debido a que el paciente perciba e identifique posibles actuaciones diferentes o contradictorias prestadas por los profesionales integrados en el circuito. Y obliga necesariamente a establecer una comunicación interniveles, que tiene que ser formal e integrarse dentro de los sistemas de información, y un procedimiento de trabajo en el que queden perfectamente indicadas qué actuaciones se han de llevar a cabo para cada tipo de paciente y el momento específico del seguimiento, evitándose así la duplicidad de actuaciones, la disparidad de criterios, las informaciones confusas o la pérdida de variables clínicas durante el seguimiento. Es tan conflictivo como disruptivo, y superar este reto, en parte cultural, en parte tecnológico, debe ser una premisa sobre la que profundizar en los próximos años.

Por otro lado, para determinados colectivos de pacientes, en los cuales la confidenciali-

dad respecto a su patología y tratamiento resulta imperiosa, la incorporación de este circuito podría resultar incluso contraproducente.

Sin duda, poder disponer de un profesional farmacéutico que asesore y ofrezca su conocimiento y criterio para el mejor uso y manejo de la farmacoterapia prescrita es un activo que no se puede dejar de señalar como fortaleza en este tipo de circuitos. Por otra parte, al ser establecimientos consolidados y con una importante y profesionalizada red logística, la incorporación de esta al circuito asistencial garantiza, en todo momento, una trazabilidad del proceso, especialmente importante para aquellos pacientes que tengan prescritos medicamentos termolábiles o de especial almacenamiento.

Respecto a las debilidades identificadas, sigue existiendo una necesidad de desplazamiento del paciente, aunque sea mínima, y un ajuste o adaptación a los horarios comerciales o en los que el servicio ofrecido esté disponible.

Adicionalmente, el necesario conocimiento del procedimiento y de las intervenciones profesionales a llevar a cabo obliga a que, necesariamente, el *staff* de la oficina de farmacia esté formado e informado de este procedimiento asistencial para proceder a su incorporación y participación en el mismo.

Otro de los posibles condicionantes, en algunos casos, puede estar en la participación expresa de la oficina de farmacia que inicialmente pueda seleccionar el paciente dentro del circuito. En el caso de no estar incorporada o no participar, obliga o condiciona al propio paciente a seleccionar alguna que pudiera no ser preferencial.

Por último, la oficina de farmacia ofrece una extensa red de establecimientos que potencialmente podrían cubrir las necesidades de la mayoría de los individuos, ensalzando su colaboración como puntos de salud asistenciales. Esto y su evidente cercanía al paciente resultan elementos fundamentales sobre los que pivotar para el desarrollo y la mejora de los futuros proyectos que integren a estos profesionales como participantes en los circuitos de atención farmacéutica dual (Figura 3).

3.2 Coordinación con atención primaria

La integración con los farmacéuticos de atención primaria dentro de este tipo de circuitos asistenciales está muy condicionada, tanto desde el punto de vista asistencial como de los propios pacientes, si forman parte o no de las denominadas áreas de gestión sanitaria integradas (o los diferentes sinónimos disponibles en las diferentes comunidades autónomas en España). Obviamente, la comunicación y el uso de recursos asistenciales no tiene nada que ver si se da esa circunstancia o no. Es decir, la coordinación asistencial necesaria para poner en marcha y, sobre todo, desarrollar y mantener un circuito de estas características, condiciona el volumen de trabajo y los pacientes que pudiera incluir el procedimiento.

Por otra parte, sí que resulta más accesible la posibilidad de planificar y programar las agendas, al compartir sistemas de información en la mayoría de los casos.

De nuevo, disponer de un profesional farmacéutico, que, en muchas ocasiones, será también especialista en farmacia hospitalaria y, por tanto, con una formación y experiencia

F03

Figura 3.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye a la oficina de farmacia.



OF: Oficina de farmacia.

previa en atención farmacéutica y dispensación, es un importante aval para este tipo de circuitos. En caso de que dicha dispensación no fuera realizada por un farmacéutico, dicha fortaleza se convertiría, automáticamente, en debilidad.

Precisamente, entre las posibles debilidades a destacar, se encuentra, de nuevo, el obligar al paciente a desplazarse a los centros de salud necesariamente y ajustarse a los horarios asistenciales establecidos para este tipo de procedimientos por los profesionales implicados. De la misma manera, puede que el circuito solo esté disponible para determinadas áreas geográficas.

La posibilidad de reutilizar, reorganizar o redistribuir recursos asistenciales ya existentes, y que son de uso compartido entre atención primaria y especializada, es el principal punto de apoyo para el diseño, la puesta en marcha y el mantenimiento de este tipo de proyectos conjuntos. La eficiencia asistencial aportada y el lógico retorno de la posible inversión, desde la perspectiva sanitaria, es un importante activo que juega a favor de su utilización (Figura 4).

3.3 Coordinación con asociaciones de pacientes

Aunque son más contadas y limitadas las experiencias puestas en marcha y desarrolladas que incluyen la integración de las asociaciones de pacientes, no debe dejar de contemplarse como una opción disponible.

Sin embargo, el principal problema que puede presentar es la condicionalidad de su aportación a los usuarios representados por la misma, excluyendo al resto, tanto de la

propia patología como de otras, aspecto que entra en controversia con los criterios establecidos para la participación en los programas de telefarmacia, según el posicionamiento de la SEFH.

Este enfoque de participación incorpora un elemento muy relevante y, hasta ahora, poco utilizado en el ámbito asistencial, como es la figura del “paciente experto”, el cual, sin duda, aporta un soporte y un apoyo robusto para el dinamismo y funcionamiento óptimo del circuito, gracias a la resolución de consultas y/o dudas y la visión aportada como paciente. Para aquellas asociaciones de pacientes con suficientes recursos y una estructura sólida y definida, pudiera darse el caso también de que no fuera necesario o se precisara mínimamente incorporar nuevos recursos destinados al transporte y la entrega de la medicación.

Son varias las debilidades identificadas en este tipo de circuitos, según las experiencias reportadas hasta ahora:

- Por un lado, la posible pérdida de comunicación o referencialidad de los profesionales de la farmacia hospitalaria para aquellos pacientes que no identifiquen o no estén bien informados sobre cómo contactar con estos profesionales fuera del establecimiento de las consultas programadas (presenciales o virtuales).
- La obligatoriedad del cumplimiento de las normativas de protección de datos que, sobre todo, ante posibles incidencias o anomalías respecto del funcionamiento habitual pudiera surgir.
- Por otra parte, la necesidad de incorporar un sistema externo de trazabilidad, con la consiguiente inversión necesaria.

F04

Figura 4.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye a la atención primaria.



FH: servicio de farmacia hospitalaria

Sin duda alguna, el pilar fundamental sobre el que seguir incorporando o teniendo en cuenta a las asociaciones de pacientes que pudieran asumirlo a este tipo de circuitos radica en la posibilidad de integrarlos en la mejora asistencial y lo que se viene definiendo en los últimos años como la mejora de la experiencia del paciente, dentro de las estrategias de humanización asistencial de las profesiones sanitarias (Figura 5).

3.4 Entrega a domicilio

Según los datos difundidos por la SEFH en relación con el estudio ENOPEX, la principal preferencia referida por los propios pacientes, para la participación en programas de telefarmacia que incluyan la dispensación o entrega informada fuera de las consultas externas de farmacia hospitalaria, incluía la entrega en domicilio.

Desde el punto de vista de las fortalezas identificadas en este tipo de circuitos, obviamente, se encuentra la posibilidad de ofrecerlo de manera casi universal a todos los pacientes en seguimiento en las consultas externas de farmacia hospitalaria que, como hemos comentado antes, lógicamente cumplan los requisitos y criterios para participar. Además, análogamente a las consultas presenciales, permitiría su integración en los sistemas de información utilizados de forma habitual en los diferentes sistemas sanitarios, o lo que es lo mismo, sería fácilmente agendable y programable.

Son circuitos, no obstante, que requieren una inversión en recursos humanos y materiales importante, tanto más cuanto mayor sea el volumen de pacientes incorporados, tanto desde el punto de vista de asistencia como de logística (preparación y transporte) y de trazabilidad propiamente dicha. Otro importante debate radica en la necesidad de ofrecer operadores logísticos comunes y estables (no ligados a aportaciones externas de la industria farmacéutica ni a las sociedades científicas ni a los sistemas sanitarios) para el mantenimiento de este tipo de circuitos y que, además, dispongan de herramientas informatizadas y automatizadas que faciliten y no compliquen el circuito.

Hoy en día, mientras no se disponga de herramientas desarrolladas que lo permitan, es difícil alcanzar un control completo de todo el proceso, pudiendo correr el riesgo de que determinados parámetros o registros necesarios para el ideal control de este tipo de pacientes se pierdan o no se reporten en el tiempo necesario para llevar a cabo un óptimo seguimiento.

Dada la alta satisfacción y las preferencias del paciente por este tipo de propuestas, con todas las premisas expuestas con anterioridad, hay que seguir profundizando en optimizar y homogeneizar dichos circuitos asistenciales (Figura 6).

F05

Figura 5.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye a las asociaciones de pacientes.



ENTREGA A DOMICILIO



F06

Figura 6.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye la entrega a domicilio.

4. Conclusiones

En conclusión, no existe en la actualidad un circuito asistencial que universalmente cubra todas las necesidades o demandas de los pacientes externos atendidos en las consultas externas de farmacia hospitalaria en España. En todos ellos, en términos generales, se han identificado problemas o retos a superar y debilidades, pero también fortalezas y, sobre todo, elementos clave sobre los que seguir avanzando en el futuro.

La decisión de utilizar uno u otro circuito debe ser una medida que debe considerar, en primer lugar, las preferencias y/o necesidades de los pacientes y, a continuación, las circunstancias, recursos, infraestructuras y medios propios del entorno asistencial donde este procedimiento se ponga en marcha. Sin perder de vista, obviamente, las normativas regionales y nacionales que vayan surgiendo en los próximos meses y/o años y que condicionen asistencialmente su desarrollo e integración complementaria con la práctica rutinaria que, presencialmente, se

ha venido realizando hasta la llegada de la COVID-19.

Por último, no debe perderse la referencia de que, en cualquier caso, será siempre un recurso que deba utilizarse de forma dinámica, de acuerdo con los criterios y la priorización asistencial que se establezca en todo momento y conforme a las condiciones y situaciones clínicas de cada paciente. En este sentido, la estratificación asistencial y el cumplimiento de los objetivos farmacoterapéuticos en cada momento serán dos elementos ineludibles en los que la atención farmacéutica digital estará imbricada con la presencial.

En esta línea, no lo olvidemos, tan importante como hacer llegar el medicamento será, sin duda, hacer llegar el conocimiento. No en vano, nuestra profesión está inmersa en una transformación asistencial en la que se está dando ya el paso de ser expertos en el medicamento a ser expertos en la relación del paciente con su farmacoterapia.

5. Bibliografía

- Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins MT, Long RD, Shipman CJ, *et al.* ASHP Statement on Telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm.* 2017;74(9):236-41.
- Caballero-Romero Á, Fernández S, Morillo AB, Zaragoza-Rascón M, Jaramillo-Pérez C, Del Pozo-Rubio R. Healthcare failure mode and effects analysis and cost-minimization analysis of three pharmaceutical services. *Farm Hosp.* 2021;45(2):66-72.
- García-Queiruga M, Margusino-Framinan L, Gutiérrez Estoa M, Güeto Rial X, Capitán Guarnizo J, Martín-Herranz I. e-Interconsultations between a hospital pharmacy service and primary care pharmacy units in Spain. *Eur J Hosp Pharm.* 2021;28(4):202-6.
- Le T, Toscani M, Colaizzi J. Telepharmacy: A New Paradigm for Our Profession. *J Pharm Pract.* 2020; 33(2):176-82.
- Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Castro-Iglesias Á, Mena-de-Cea Á, Rodríguez-Osorio I, Pernas-Souto B, *et al.* Teleconsultation for the Pharmaceutical Care of HIV Outpatients in Receipt of Home Antiretrovirals Delivery: Clinical, Economic, and Patient-Perceived Quality Analysis. *Telemed J E Health.* 2019; 25(5):399-406.
- Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Martínez-Roca C, García-Queiruga M, Fernández-Gabriel E, Mateos-Salvador M, *et al.* Implementation of Specialized Pharmaceutical Care Hospital Outpatient Clinics in a Hospital Pharmacy Department. *Farm Hosp.* 2017; 41(6):660-6.
- Margusino-Framiñán L, Illarro-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, Monte-Boquet E, Márquez-Saavedra E, Fernández-Bargiela N, *et al.* Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. *Farm Hosp.* 2020;44(7):61-5.
- Megías-Vericat JE, Monte-Boquet E, Martín-Cerezuela M, Cuéllar-Monreal MJ, Tarazona-Casany MV, Pérez-Huertas P, *et al.* Pilot evaluation of home delivery programme in haemophilia. *J Clin Pharm Ther.* 2018;43(6):822-8.
- Ministerio de Sanidad. Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet]. BOE. 2020;85:27500-1. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/27/pdfs/BOE-A-2020-4130.pdf>
- Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MÁ, Robustillo-Cortés MLA, Poveda Andrés JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: The Barbate Document. *Farm Hosp.* 2020;44(4):158-62.
- Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Monte-Boquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñeiro XM, *et al.* Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp.* 2020;44(4):174-81.
- Negro E. Resultados del proyecto ENOPEX de satisfacción de pacientes con la telefarmacia. En: 65 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://65congreso.sefh.es/programa-cientifico>.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [Internet]. BOE. 2015;177. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8343-consolidado.pdf>
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. MAPEX Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. Madrid: SEFH; 2020. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
- Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Survey on the situation of telepharmacy as applied to the outpatient care in hospital pharmacy departments in Spain during the COVID-19 pandemic. *Farm Hosp.* 2020;44(4):135-40.
- World Health Organization. WHO Library. Telemedicine. Opportunities and Developments in Members States. Global Observatory for eHealth series. Vol. 2. [Internet]. Geneva: WHO; 2010. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf