



ARTÍCULO ESPECIAL

Artículo bilingüe inglés/español

Una nueva definición y reenfoque de la atención farmacéutica: el Documento de Barbate

A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document

Ramón Morillo-Verdugo¹, Miguel Ángel Calleja-Hernández²,
María de las Aguas Robustillo-Cortés¹, José Luis Poveda-Andrés³,
y Grupo de trabajo Documento de Barbate

¹Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Virgen de Valme, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Sevilla, España. ²Servicio de Farmacia, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

Autor para correspondencia

Ramón Morillo-Verdugo
Servicio de Farmacia Hospitalaria
Hospital Universitario Virgen de Valme.
AGS Sur de Sevilla
Avda. Bellavista s/n.
41014, Sevilla, España.

Correo electrónico:
ralejandro.morillo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 14 de diciembre de 2019;
aceptado el 31 de enero de 2020.
DOI: 10.7399/fh.11389

Cómo citar este trabajo

Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MA, Robustillo-Cortés MA, Poveda-Andrés JL, y Grupo de trabajo Documento de Barbate. Una nueva definición y reenfoque de la atención farmacéutica: el Documento de Barbate. *Farm Hosp.* 2020;44(4):158-62.

Resumen

Objetivo: Proponer una definición actualizada de atención farmacéutica, basada en el modelo capacidad-motivación-oportunidad (CMO), así como los elementos clave y las actividades óptimas para su desarrollo que garanticen los más altos niveles de calidad y excelencia en esta actividad profesional.

Método: Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por miembros de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y farmacéuticos de diferentes ámbitos asistenciales. Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed sobre la evidencia científica disponible acerca de modelos de atención farmacéutica y actividades con mayor impacto y facilidad de implantación. Se elaboró una propuesta de definición y se extrajeron las iniciativas elegidas como elementos clave, distribuyéndolas en cada pilar del modelo propuesto. Tras unificar un primer listado de actividades y términos, el grupo de trabajo revisó y realizó correcciones o propuso nuevas actividades. Se consensuaron, adicionalmente, las definiciones de los tres elementos clave del modelo CMO: capacidad-motivación-oportunidad. El borrador final fue enviado a las diferentes sociedades científicas, farmacéuticas y médicas, así como a las asociaciones de pacientes con las que la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria tiene convenio de colaboración, a fin de incorporar nuevas sugerencias y aportaciones antes del consenso final.

Abstract

Objective: To propose an updated definition of Pharmaceutical Care based on the Capacity-Motivation-Opportunity (CMO) model and on the key elements and optimal activities for its development that guarantee the highest levels of quality and excellence in this professional activity.

Method: The consensus was developed by a working group composed of members of the Spanish Society of Hospital Pharmacy and other pharmacists from different healthcare fields. A literature review of PubMed was conducted of the available scientific evidence on pharmaceutical healthcare models and activities with the greatest impact and ease of implementation. A working definition was developed and the initiatives chosen as key elements were collected and included in each pillar of the proposed model. After creating an initial list of activities and terms, the working group reviewed it and made corrections or proposed new activities. In addition, the definitions of the three key elements of the CMO model were agreed upon: Capacity-Motivation-Opportunity. In order to incorporate all appropriate suggestions and contributions before finalizing the consensus, the final draft was sent to the different scientific, pharmaceutical, and medical societies as well as patient associations with which the Spanish Society of Hospital Pharmacy has a collaboration agreement.

PALABRAS CLAVE

Atención farmacéutica; Farmacia; Valoración de resultados en salud; Prestación de atención sanitaria; Farmacia clínica; Farmacéutico; Farmacia hospitalaria.

KEYWORDS

Pharmaceutical Care; Pharmacy; Patient Outcomes Assessment; Healthcare Delivery; Clinical Pharmacy Service; Pharmacist; Hospital Pharmacy Service.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia
Articles published in this journal are licensed with a
Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

Resultados: La definición de atención farmacéutica consensuada fue "La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud". Se han identificado 27 elementos clave, distribuidos entre los tres pilares del modelo, para desarrollar esta actividad.

Conclusiones: Se ha consensuado una nueva definición de atención farmacéutica que permitirá reenfocar esta actividad profesional y avanzar desde el trabajo multidisciplinar hacia el enfoque longitudinal y multidimensional del paciente.

Introducción

Cuando a principios de los años 90 el concepto de atención farmacéutica (AF) sentaba sus bases y daba sus primeros pasos, pocos autores pensaban, aun siendo muy optimistas, las grandes aportaciones que ha generado, no solo para los pacientes, sino para la profesión farmacéutica a lo largo de estas décadas¹. Sin embargo, el contexto ha cambiado a nivel mundial de forma radical en todos los sentidos. El arsenal farmacológico es mucho más complejo y especializado, existe un nuevo marco asistencial y normativo e, incluso, un marco social diferente. Los pacientes actuales son mucho más activos, disminuyendo la actitud paternalista de los profesionales hacia ellos. Incluso las nuevas tecnologías juegan hoy un papel tan relevante que dejarlas al margen de esta actividad sería un grave error.

Desde hace unos años, diversos autores han coincidido en que el concepto más tradicional de AF de Hepler y Strand ya ha "tocado techo" y es necesario transformarlo, que no cambiarlo, marcando el camino para replantear una definición de esta actividad, mucho más acorde a los tiempos y necesidades de los pacientes^{2,5}. Es evidente, además, la necesidad de nuestra participación para la mejora de los resultados terapéuticos. Para ello debemos afrontar diversos retos, como el de los tratamientos complejos para patologías crónicas que requieren de pacientes activos y formados para su autocuidado, fuera del entorno protegido y controlado como puede ser el entorno hospitalario. Además, debemos evitar pérdidas de efectividad por mala adherencia o persistencia o la iatrogenia debida a interacciones evitables en regímenes de polifarmacia. Por último, también hay nuevos conceptos a incorporar como el envejecimiento, la inmunosenescencia, la fragilidad, la desprescripción, o el elevado impacto económico de algunos medicamentos que obligan a una cuidadosa gestión y a optimizar los resultados al máximo^{6,7}.

En estos años, el avance de la profesión farmacéutica, en sus múltiples vertientes, ha hecho que algunos entornos profesionales se hayan ido adaptando a los retos asistenciales según sus posibilidades. En algunos casos, la normativa vigente en cada momento y el entorno político han generado una preocupante variabilidad asistencial. Esto ha de considerarse, como mínimo, una debilidad en nuestro modelo profesional, que, por tanto, no garantiza nuestra contribución a obtener los mejores resultados de salud en los pacientes.

Blackburn *et al.*⁸ propusieron que la definición más clásica de AF se orientara hacia los pacientes de mayor prioridad, diferenciando a los pacientes e incluyendo otras características más allá de su farmacoterapia. Otros autores y sociedades también han abogado por redefinir su actividad en base a esto⁹.

Aunque parece obvio que es necesario un replanteamiento de la actividad asistencial, no está tan clara la estrategia a seguir para afrontar este reto y poder dar las respuestas oportunas. En este aspecto se ha profundizado poco a nivel internacional.

Así, en España, en 2014, en el seno de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) nació el proyecto MAPEX: "Mapa estratégico para la atención al paciente externo". Esta iniciativa surgió en el entorno de la AF a pacientes en consultas externas de los servicios de farmacia hospitalarios, básicamente, como respuesta a una necesidad de transformación de la actividad, ante una situación asistencial y profesional

Results: The definition of consensual Pharmaceutical Care was "Any professional activity by which the pharmacist is linked to the patient (and/or caregiver) and other healthcare professionals, to attend to the patient according to their needs, setting out strategies to align and achieve the short and medium-/long-term objectives of pharmacotherapy and incorporating new technologies and the means available to continuously interact with the patients in order to improve their health outcomes". In addition, agreement was reached on the definitions of the three key elements of the CMO model. Finally, 27 key elements for the development of pharmaceutical activity were identified and included in the three pillars of the model.

Conclusions: A new definition of Pharmaceutical Care has been agreed upon that refocuses this professional activity, allowing us to advance within the multidisciplinary working approach toward a longitudinal and multidimensional approach to the patient.

extrema: por el incremento en el número de pacientes que debían ser atendidos y que no vino acompañado, en paralelo, de un incremento de recursos ni estructurales ni profesionales. En su inicio, este proyecto partió con una visión consensuada muy clara: "la de ser el puente que une al paciente con sus resultados en salud y al sistema sanitario con la máxima eficiencia". En la actualidad ya han colaborado más de 200 hospitales de todo el país y otros tantos farmacéuticos, con la ayuda y participación adicional de otros profesionales sanitarios de diversa índole, creando y desarrollando múltiples iniciativas concretas en los entornos del paciente oncohematológico, neurodegenerativo, de enfermedades inmunomediadas y de patologías víricas¹⁰. Desde el principio se evidencia la necesidad de que las actuaciones a llevar a cabo requieren acciones a nivel micro (entornos locales), meso (organismos políticos o decisiones a nivel legal) y macro (identificando y actuando en las tendencias en salud que influirán en los próximos años en esta actividad profesional). Por otra parte, los instrumentos, procesos y resultados pretenden, con este nuevo modelo de trabajo, situar al paciente como centro de nuestra actividad. Entre los elementos clave del nuevo modelo debían incorporarse: la orientación a las necesidades individuales y poblacionales, la eficiencia, la calidad técnica, la implicación, corresponsabilización, accesibilidad y la integración profesional. Así emanó, dentro del proyecto MAPEX, el nuevo modelo de AF que, en base a los pilares fundamentales que marcan su desarrollo asistencial, se denominó CMO: capacidad-motivación-oportunidad¹¹.

Por último, además de la proyección de trabajo multidisciplinar, se ha evidenciado la necesidad, cada vez más importante, de trabajar de manera coordinada entre niveles asistenciales y con un enfoque multidimensional en la relación con los pacientes^{2,13}.

En base a los pilares fundamentales del modelo CMO, el objetivo de este documento es proporcionar una definición actualizada de la AF y las actividades óptimas para su realización, garantizando los más altos niveles de calidad y excelencia. Adicionalmente, se definieron y diferenciaron de forma unívoca cada uno de los tres pilares sobre los que asentar esta definición.

Métodos

Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por miembros de la SEFH y farmacéuticos de diferentes ámbitos asistenciales (especializada, comunitaria y primaria), pertenecientes a diversas sociedades científicas farmacéuticas y médicas.

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed sobre la evidencia científica disponible de modelos de AF, actividades con mayor impacto y facilidad de implantación, independientemente del nivel asistencial donde se realice la actividad. Se utilizaron las siguientes palabras claves combinadas entre sí: atención farmacéutica/*pharmaceutical care*, farmacia/*pharmacy*, farmacia hospitalaria/*hospital pharmacy*, entrevista motivacional/*motivational interview*, tecnologías para la salud/*healthcare technologies*, resultados en salud/*healthcare outcomes*. El periodo de búsqueda fue desde enero de 2010 hasta abril de 2019.

Se elaboró, posteriormente, una propuesta de definición y se extrajeron las iniciativas elegidas como elementos clave, incluyéndolas en cada pilar del modelo propuesto.

Tras unificar un primer listado de actividades, el borrador del documento fue revisado, evaluado y consensado por todos los participantes. El documento borrador final fue enviado a las diferentes sociedades científicas, farmacéuticas y médicas, así como a asociaciones de pacientes con las que la SEFH tiene convenio de colaboración, para incorporar todas las sugerencias y aportaciones oportunas. Finalmente, se elaboró un documento con la definición y las actividades seleccionadas que fue aprobado por todo el grupo de trabajo. El documento fue presentado en la jornada científica de AF aCadeMiO, el 31 de mayo de 2019¹⁴.

Resultados

La definición de AF consensuada fue: "La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y los medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud".

Adicionalmente, se definió "capacidad" como: "La provisión de la AF al paciente teniendo en cuenta sus necesidades individuales". Se incorporó la orientación sobre "motivación", entendida como: "La capacidad de alinear los objetivos a corto con objetivos a medio y largo plazo, para cada paciente y en colaboración con el resto de profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para su consecución". Por último, el concepto "oportunidad", entendida esta como: "Estar cerca del paciente cuando lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías".

Las actividades y elementos clave para el desarrollo de la AF, según cada uno de los pilares identificados, se incluyeron en las tablas 1 a 3.

Discusión

El modelo de trabajo que hasta ahora hemos seguido se ha apoyado de forma excesiva en el medicamento, obviando la singularidad de cada paciente. Esta concepción, implícitamente, centraba nuestro enfoque en la búsqueda de la intervención individual y transversal. En el momento actual no podemos obviar que los pacientes son y tienen necesidades diferentes (ello constituye el primer pilar del modelo CMO) y hay que tener en cuenta,

Tabla 1. Elementos clave para el desarrollo de la atención farmacéutica según el pilar de capacidad

- Todos los pacientes deben recibir una AF, así como actividades e iniciativas ligadas a la misma, acorde a sus necesidades farmacoterapéuticas y de otro tipo en relación con su salud.
- Todos los pacientes deberán tener un farmacéutico de referencia para que les realice una AF acorde a sus necesidades.
- La AF deberá realizarse siempre de la forma más planificada, programada y estandarizada posible.
- La AF se realizará siempre con una visión longitudinal, evitando la actividad episódica y ligada al inicio o cambios de la farmacoterapia dispensada.
- La AF será realizada siempre con una visión de trabajo multidisciplinar y, siempre que se requiera, a través de los diferentes niveles asistenciales en el ámbito sanitario.
- Todos los pacientes deberán estar incorporados a un nivel de estratificación en las actividades a llevar a cabo para su correcto seguimiento farmacoterapéutico.
- Se deberá estratificar a la población, de acuerdo con los modelos publicados para cada tipología de paciente y sus patologías principales o predominantes.
- El resto de los profesionales sanitarios involucrados en la atención a pacientes conocerán, siempre que los sistemas de información lo faciliten, el nivel de estratificación otorgado a cada tipo de paciente atendido para la realización de AF.
- La información generada a partir de las actividades de AF se compartirá en los sistemas de información e historia clínica electrónicos, respetando la normativa actual vigente en materia de protección de datos, confidencialidad y ética deontológica.
- La AF se proveerá en contacto directo con el paciente, tanto presencialmente como remota. Para ello se utilizarán todas las herramientas disponibles para asegurar el contacto permanente con los pacientes.
- La AF se realizará con una visión integral y no parcial de la farmacoterapia de los pacientes, incluyendo una evaluación metódica de los tratamientos para obtener los mejores resultados en salud.
- La AF deberá medir su impacto en términos de resultados en salud y eficiencia para el sistema sanitario y la sociedad.
- La AF utilizará la taxonomía de registro de intervenciones adecuada para compartir la información de las actividades realizadas con el resto de los profesionales, de acuerdo con la estandarización de la información.

AF: atención farmacéutica.

Tabla 2. Elementos clave para el desarrollo de la atención farmacéutica según el pilar de motivación

- La AF estará centrada en el paciente y sus objetivos con relación a la farmacoterapia, siendo éstos los que determinarán las acciones y actividades a llevar a cabo para asegurar los resultados en salud previstos para cada tipo de paciente.
- Los farmacéuticos deben tener la capacidad de alinear los objetivos farmacoterapéuticos a corto, a medio y largo plazo de los pacientes que atienden, siempre con una visión clínica y de utilización eficiente de los recursos.
- La entrevista motivacional deberá incorporarse como herramienta fundamental para la realización de la AF a los pacientes.
- La AF deberá identificar el nivel de activación de los pacientes en relación con su farmacoterapia, velando siempre por intentar conseguir los niveles más altos en relación con este aspecto.
- La AF velará porque los diferentes tipos de adherencia (primaria y secundaria) de los pacientes sean siempre los adecuados y necesarios para alcanzar sus objetivos en relación con la farmacoterapia.
- La AF deberá incorporar, siempre que así se precise, la medición de la calidad de vida y los *patient report outcomes* como elementos indispensables para conocer los beneficios y su impacto en los pacientes.

AF: atención farmacéutica.

Tabla 3. Elementos clave para el desarrollo de la atención farmacéutica según el pilar de oportunidad

- A todos los pacientes deberá proporcionárseles las herramientas tecnológicas acordes a su nivel de competencias digitales, tanto de la información y la comunicación, como del aprendizaje y el conocimiento, para mantener un contacto en tiempo real con su farmacéutico.
- Los farmacéuticos que atiendan a pacientes donde se requiera una AF entre niveles asistenciales velarán porque ésta se lleve a cabo de forma coordinada y conjunta.
- Los farmacéuticos velarán por la potenciación de la educación sanitaria y fomentar el empoderamiento de los pacientes.
- La AF realizada deberá asegurar siempre la mejora en la experiencia del paciente en relación con el sistema sanitario.
- La AF se realizará siempre en un entorno de estrategia de incorporación, diseño y potenciación de la humanización asistencial.
- Los farmacéuticos velarán por su actualización permanente y la incorporación a su práctica de AF de los avances e innovaciones contrastados según la evidencia científica para la mejora de su actividad.
- La AF y sus avances metodológicos deberán ser divulgados tanto en el ámbito de las enseñanzas como en el postgrado y ámbitos ligados a la especialización.
- Los farmacéuticos se comprometerán a investigar permanentemente y, siempre que sea posible, de forma conjunta, multicéntrica, multinivel, multidisciplinaria y multidimensional, con el fin de generar los resultados necesarios para demostrar los beneficios individuales y colectivos de la AF.

AF: atención farmacéutica.

además de la farmacoterapia, otros factores (educativos, estado cognitivo-funcional, demográficos, utilización de recursos sanitarios, etc.) que deben considerarse a fin de aportar más valor a aquellos pacientes que más necesidades tienen.

Ha surgido, por tanto, la necesidad de estratificar o segmentar a nuestra población para ser capaces de organizar y priorizar recursos. De esta manera, pasamos de un modelo centrado en el medicamento a otro centrado en el paciente. Esto se ha incorporado en este documento como "capacidad". Con ese enfoque ya hay publicados y disponibles modelos de estratificación, con sus puntuaciones e intervenciones específicamente definidas, para pacientes crónicos, con VIH, VHC, pediátricos, oncohematológicos y con enfermedades inmunomediadas¹⁵⁻¹⁷.

Los resultados de trabajar con esta orientación diferencial se verán en los próximos años cuando se incorporen de rutina a la práctica profesional farmacéutica, aunque algunos autores ya han publicado resultados^{18,19}. En esta línea, el modelo de práctica clínica de la American Society of Health-System Pharmacist abogaba por utilizar criterios de complejidad farmacoterapéutica a la hora de seleccionar pacientes para realizar una AF más intensiva²⁰. Herramientas como el *Medication Regimen Complexity Index* son imprescindibles en cualquier modelo de estratificación y permiten pasar de un enfoque más tradicional de la polifarmacia a uno más cualitativo y discriminador, aunque todavía poco conocido por el resto del equipo multidisciplinar, como es la complejidad farmacoterapéutica²¹.

Otra idea diferenciadora con respecto al modelo tradicional es que el enfoque de trabajo ya no se plantea como de actuación transversal, sino que es longitudinal en el tiempo. Se aboga, pues, por abandonar el enfoque del medicamento y pasar a un trabajo centrado en el paciente y sus objetivos en relación con la farmacoterapia. Desde esa perspectiva, la entrevista clínica, habitualmente utilizada en los modelos más tradicionales, debe dejar paso, según las evidencias disponibles, a la entrevista motivacional. Esta herramienta de trabajo nos va a permitir actuar no solo sobre aquellos pacientes que no alcanzan sus objetivos farmacoterapéuticos, sino también sobre aquellos que sí lo consiguen para poder mantener las fortalezas internas identificadas durante las entrevistas y que estas perduren en el tiempo. Nuestra actividad debe avanzar, en el futuro, en habilidades y competencias en la comunicación y relación con los pacientes para conseguir que alcancen, tanto a corto como a medio-largo plazo, los objetivos farmacoterapéuticos establecidos para los medicamentos que tienen prescritos, mejorando así la adherencia terapéutica en el tiempo^{19,22}. Es más, incluso esa actividad tan tradicional también debe replantearse para abordar nuevos conceptos como la adherencia primaria y secundaria, e ir mucho más allá, conociendo el nivel de activación de los pacientes en relación con su farmacoterapia, que conduce a identificar qué pacientes utilizan mejor todos los recursos sanitarios, no solamente los medicamentos^{23,24}.

La AF no solo se realiza de manera presencial, sino también cuando los pacientes se encuentran fuera de los ámbitos sanitarios, en su entorno

habitual. Debemos pasar del concepto de que la AF se realiza con el paciente físicamente presente y en el centro sanitario, a realizar nuestra actividad desde el centro sanitario, no de forma "episódica", sino "continua", no solo conforme a nuestras necesidades, sino sobre todo a las del paciente. La posibilidad de tomar decisiones en "tiempo real" o "tiempo útil" nos permitirá, sin duda, ser mucho más eficientes e influyentes. Probablemente, el ámbito de actuación con mayor proyección para los próximos años sea el desarrollo de proyectos que mejoren el denominado concepto de "oportunidad". Para ello, es imprescindible la utilización de recursos que permitan el empoderamiento y mejoren el autocuidado de los pacientes, particularmente de aquellos incluidos en los estratos basales de los modelos de estratificación, incluyendo tecnologías de la información, la comunicación y el aprendizaje, el conocimiento y las herramientas clave, como la telefarmacia²⁵.

Este nuevo consenso y enfoque de la AF va a permitir avanzar desde el trabajo multidisciplinar hacia el multidimensional en torno al paciente. En esta línea, se entiende que esta definición es perfectamente aplicable a cualquier entorno asistencial y país del mundo y responderá a algunos de los retos más importantes de futuro, como es la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes²⁶.

Sin duda, tal como emana de este documento, el establecimiento de un servicio planificado, integrado y compartido, que trabaje a través de los niveles asistenciales, potenciará de manera exponencial los resultados y beneficios en salud a conseguir²⁷. Incluso, profundizando sobre la medición de nuevos conceptos más centrados en el paciente como la experiencia farmacoterapéutica y la mejora de la experiencia asistencial, siendo otro de los elementos que se han visto mejorados con este modelo²⁸.

Como toda innovación disruptiva, entendemos que no será fácil expandir esta nueva forma de trabajar. Estratégicamente es imprescindible empezar por la formación, a todos los niveles, pero especialmente ya desde los estudios de grado y los especialistas en formación. Entre los primeros conceptos a impartir estará la propia taxonomía de las intervenciones realizada a cada tipo de paciente, un elemento fundamental para interpretarlas y expresarlas de manera unívoca²⁹.

Sin lugar a dudas, ante los nuevos retos profesionales que tendremos que afrontar, esta nueva forma de trabajar con los pacientes nos dará la capacidad de dar la respuesta óptima, permitir que tanto nuestros pacientes como nosotros mismos estemos más motivados y seamos más eficientes y oportunos a la hora de intervenir³⁰.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Grupo de trabajo Documento de Barbate

María Jakelin Galvis-Díaz. Regente de Farmacia. Universidad de Antioquia. Colombia.
 María Isabel Guzmán Ramos. Facultativo Especialista de Área. Hospital de Puertollano. Ciudad Real.
 Mercedes Manzano-García. Facultativo Especialista de Área. Farmacia Hospitalaria Hospital de Mérida. Badajoz.
 José Manuel Martínez-Sesmero. Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Clínico. Madrid.
 Emilio Monte-Boquet. Jefe de Sección. Hospital Universitario La Fe. Valencia.
 Baltasar Pons-Thomas. Licenciado en Farmacia. Presidente de ASPROFA.

Adhesiones

El presente documento cuenta con el respaldo de las siguientes asociaciones o sociedades científicas (por orden alfabético):

- Alianza General de Pacientes.
- Asociación de Profesionales de la Farmacia (ASPROFA).
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz.
- Foro Español de Pacientes.
- Fundación Humans para la promoción de la humanización en la asistencia sanitaria.
- Fundación Mas que Ideas.
- Instituto para la Investigación y Formación en Salud (IFSA Salud).
- Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria.
- Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).
- Societat Catalana de Farmacia Clínica.
- Sociedad Valencia de Farmacia Hospitalaria.

Bibliografía

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43.
2. Wilson S, Tordoff A, Beckett G. Pharmacy professionalism: a systematic analysis of contemporary literature (1998-2009). *Pharm Educ.* 2010;10:27-31.
3. Ahmadi K, Ahmad Hassali MA. Professionalism in pharmacy: a continual societal and intellectual challenge. *Am J Pharm Educ.* 2012;76(4):72. DOI: 10.5688/ajpe76472
4. Dubaii H, Adelstein BA, Taylor S, Shulruf B. Definition of professionalism and tools for assessing professionalism in pharmacy practice: a systemic review. *J Educ Eval Health Prof.* 2019;16:22. DOI: 10.3352/jehp.2019.16.22
5. Moltó-Puigmarí C, Vonk R, van Ommereen G, Hegger I. A logic model for pharmaceutical care. *J Health Serv Res Policy.* 2018;23(3):148-57.
6. Ten threats to global health in 2019 [página web]. Ginebra, Swiss; 01/12/2007 [fecha de consulta 14/01/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
7. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med.* 2013;368:936-42. DOI: 10.1056/NEJMra1109339
8. Blackburn DF, Yakiwchuk EM, Jorgenson D, Mansell KD. Proposing a redefinition of pharmaceutical care. *Ann Pharmacother.* 2012;46:447-9.
9. Allemann SS, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceutical care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(3):544-55. DOI: 10.1007/s11096-014-9933-x
10. Spanish strategic map for outpatient care of the Spanish Society of Hospital Pharmacist [página web]. Madrid, Spain; 01/01/2015 [25/10/2019; 11/01/2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php>
11. Calleja Hernández MA, Morillo Verdugo R. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. Barcelona: Euromedici; 2016.
12. Modelo de mejora continua de la integración del farmacéutico especialista en el equipo asistencial [página web]. Madrid, Spain; 01/01/2015 [fecha de consulta 11/01/2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
13. American Pharmacists Association Foundation and American Pharmacists Association. Consortium recommendations for advancing pharmacists' patient care services and collaborative practice agreements. *J Am Pharm Assoc.* 2013;53:e132-41.
14. aCadeMiO [página web]. Madrid, Spain; 01/01/2015 [fecha de consulta 11/01/2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/eventos/jornada/academiobarbate>
15. Morillo-Verdugo R, Martínez-Sesmero JM, Lázaro-López A, Sánchez-Rubio J, Navarro-Aznárez H, De Miguel-Cascón M. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. *Farm Hosp.* 2017;41(3):346-56. DOI: 10.7399/fh.2017.41.3.10655
16. Modelo de estratificación y atención farmacéutica para pacientes con enfermedades inmunomediadas [página web]. Madrid, Spain; 01/01/2015 [fecha de consulta 11/01/2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
17. Modelo de estratificación y atención farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas [página web]. Madrid, Spain; 01/01/2015 [fecha de consulta 11/01/2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
18. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MLA, Martín-Conde MT, Callejón-Callejón G, Cid-Silva P, Moriel-Sánchez C, et al. Effect of a structured pharmaceutical care intervention versus usual care on cardiovascular risk in HI patients on antiretroviral therapy. The INFAMERICA Study. *Ann Pharmacother.* 2018;52(11):1098-108. DOI: 10.1177/1060028018778045
19. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA, Manzano García M, Almeida-González CV. Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients. *Rev Esp Quimioter.* 2019;32(1):40-9.
20. The consensus of the Pharmacy Practice Model Summit. *Am J Health Syst Pharm.* 2011;68(12):1148-52. DOI: 10.2146/ajhp110060
21. Wimmer BC, Bell JS, Fastboom J, Wiese MD, Johnell K. Medication regimen complexity and polypharmacy as factors associated with all-cause mortality in older people: a population-based cohort study. *Ann Pharmacother.* 2016;50:89-95. DOI: 10.1177/1060028015621071
22. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2002.
23. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res.* 2004;39:1005-26.
24. Moriates C, Shah N, Arora V. Primary nonadherence with prescribed medication. *Ann Intern Med.* 2014;161(9):678. DOI: 10.7326/L14-5021
25. ASHP Statement on Telepharmacy. *Am J Health-Syst Pharm.* 2017;74:e236-41.
26. Open Communication and Shared Decision-Making in Pharmacy [página web]. New York: Mayo Clinic; 17/10/2017 [fecha de consulta 09/01/2020]. Disponible en: <https://shareddecisions.mayoclinic.org/2017/10/10/open-communication-and-shared-decision-making-in-pharmacy/>
27. Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Martínez-Roca C, García-Queiruga M, Fernández-Gabriel E, Mateos-Salvador M, et al. Implantación de Consultas Externas Monográficas de Atención Farmacéutica en un Servicio de Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp.* 2017;41(6):660-6. DOI: 10.7399/fh.10771
28. Cantillana-Suárez MG, Manzano-García M, Robustillo-Cortés MLA, Morillo-Verdugo R. Evaluation of HIV+ patients experience with pharmaceutical care based on AMO-methodology. *Farm Hosp.* 2018;42(5):200-3. DOI: 10.7399/fh.10947
29. Morillo Verdugo R, Villarreal Arévalo AL, Álvarez De Sotomayor M, Robustillo Cortés MA. Development of a taxonomy for pharmaceutical interventions in HIV+ patients based on the CMO model. *Farm Hosp.* 2016;40:544-68. DOI: 10.7399/fh.2016.40.6.10567
30. Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MA, Robustillo Cortés MA. A new pharmaceutical care concept: More capable, motivated and timely. *Hospital Pharmacy.* 2019;54(6):348-50. DOI: 10.1177/0018578719867657