



## Editorial

# Atención farmacéutica sin fronteras

## Pharmaceutical care without borders



Hace ya casi una década que un grupo de profesionales de farmacia hospitalaria (FH) que compartían una misma pasión, la atención farmacéutica (AF), identificaron la necesidad urgente de replantear el modelo asistencial imperante en la mayoría de hospitales en España. La enorme variabilidad asistencial, la dificultad de integración en los equipos multidisciplinares, la necesidad de aportar más valor y una oportunidad para afianzar el liderazgo asistencial, salpimentaba de forma irregular a una especialidad que se veía superada por los enormes cambios sociales, demográficos, sanitarios, incluso tecnológicos, que se estaban viviendo, maximizados si cabe por una crisis económica que agudizaba, en aquellos momentos, la escasez de recursos humanos y materiales que no permitían, al menos homogéneamente, dar respuesta a aquella situación crítica.

En 2014, lejos de querer dar una solución unilateral o simplista a un problema de una entidad trascendental y compleja para el devenir futuro del colectivo, lo que se planteó, en el seno de la SEFH fue, en primera instancia, la construcción de un grupo de trabajo que guiara al colectivo, con base en su capacidad y talento demostrados, a partir del diseño y desarrollo de un mapa estratégico. Así surgió el Mapa Estratégico de Atención al Paciente Externo (MAPEX)<sup>1,2</sup>.

A lo largo de estos años se ha conseguido crear una visión estratégica compartida de qué somos y qué queremos ser. Se ha reclutado, para ello, al mayor número de profesionales, en sus múltiples iniciativas, que han entendido que esta sí era la respuesta que buscábamos a nuestros retos. Se ha trabajado en eliminar las barreras que han impedido y siguen impidiendo, en muchos casos, la expansión a mayor velocidad de las mejoras aportadas.

Se ha desarrollado un nuevo modelo asistencial que intenta dar respuesta a las necesidades de los pacientes actuales, con múltiples adaptaciones y resultados publicados, que demuestran que, significativamente y con relevancia clínica, mejoran los resultados en la salud de los pacientes hasta entonces<sup>3,4</sup>. Llevado al extremo, incluso, se ha trabajado en la posibilidad de certificar, con una norma pionera a nivel internacional, la calidad y la excelencia asistencial (QPEX)<sup>5</sup>.

No han sido pocos los momentos en los que se ha puesto a prueba la propuesta. El mayor fue, sin duda, la pandemia, del que también se salió reforzado, gracias al compromiso del colectivo y porque se habían sentado las bases para adentrarnos en un nuevo pilar asistencial, que hoy ya forma parte del «entorno dual»: la telefarmacia<sup>6,7</sup>.

Para mantener esta transformación requiere trabajar de forma continua para que la iniciativa perdure, hasta que las nuevas propuestas reemplacen definitivamente aquellos elementos que eran mejorables.

Ha pasado casi una década e incluso, asumiendo que la «Ley de difusión de la innovación» impera, inexorablemente, también en la FH, es hora de incorporar nuevos líderes que tengan la valentía de seguir marcando el rumbo al resto. Pero no sobre las mejoras crecientes, sino

sobre aportaciones disruptivas. La primera de ellas debe ser replantearnos el objetivo principal del proyecto, MAPEX surge para dar respuesta a la atención a un tipo de paciente que habíamos parcelado por el entorno físico y de prescripción donde lo atendíamos. Paciente «externo» parece ya hoy como un anacronismo del cual es necesario ir saliendo, porque ni el ámbito físico donde se atiende ni el tipo de medicamento que se le dispensa reúnen las características mínimas para conocer qué recursos profesionales se demandan por parte de la FH para dar una respuesta óptima e individualizada. Ninguna especialidad del ámbito sanitario tiene «externos», tiene pacientes, con vocación hacia la persona, por lo que va siendo hora de reorientar el concepto hacia los que serán los elementos clave que determinarán esta demanda asistencial, desde la perspectiva de la eficiencia: la complejidad asistencial y, por ende, la farmacoterapéutica. Los modelos de estratificación desarrollados a lo largo de estos últimos años son una muy buena herramienta para ello, sobretodo, si como ya se ha hecho en algunos ámbitos se han reorientado hacia un enfoque que es absolutamente fundamental a la hora de atender y entender a los pacientes, el multidimensional<sup>8</sup>. Aplicándolos activamente, resulta indispensable trabajar para que los pacientes alcancen sus objetivos en relación a la farmacoterapia, poniendo a su disposición todo el conocimiento especializado y la inmediatez de acción, dentro de los equipos multidisciplinares, allá donde nos encontremos atención especializada, atención primaria o atención virtual.

Pero todo esto no es suficiente, es simplemente la base. Las propuestas que históricamente se han hecho en esta línea (case-mix, GRD, etc.) han partido siempre de los datos accesibles, estructurados, disponibles en los entornos sanitarios regulares para hacer análisis y tomas de decisiones. Pero las circunstancias han cambiado. Lo que ya conocemos como «salud móvil» y digitalización de la sanidad, en general, es una realidad y en los próximos años irá a más. Por ello, a los datos estructurados de las historias clínicas habrá que sumar también los «no estructurados» que, sumados todos, nos permitirán predecir acontecimientos en salud con enorme precisión. Nadie duda ya, además, que en la presente década a la valoración clínica y objetiva de los resultados en salud se le sumará, obligatoriamente, la perspectiva del paciente, con la incorporación plena tanto de PROM y PREM a la toma de decisiones<sup>9</sup>.

Si partimos de la base de que los sistemas de salud serán entornos de altísima intensidad tecnológica, en el que se trabajará en redes asistenciales, habrá, pues, una necesidad también de integrar esta nueva propuesta de AF dentro de las líneas estratégicas que marquen las organizaciones y con la orientación general de aportar al paciente el máximo valor permanente en cada interacción, sea presencial o telemática<sup>10</sup>.

Respecto a este punto, estamos dando prácticamente la bienvenida a la irrupción social, también en el sector salud, de la inteligencia artificial.

A bote pronto, la robótica, el Machine y Deep-Learning y los generadores de contenidos van a impactar radicalmente en nuestra forma de afrontar la AF<sup>1</sup>. Las competencias digitales en este ámbito, se apunta ya, serán imprescindibles para nuestro colectivo. Entre otros beneficios asistenciales, la asimilación e implantación de esta conceptualización profesional servirá, sin duda, para que podamos aumentar lo que podríamos denominar nuestra «zona de capacidad aumentada», es decir, llegar no solo a más pacientes sino de la mejor forma y con el mayor impacto posible. Para ello, probablemente, tendremos que replantearnos seguir organizando los servicios de FH con base en directrices del siglo pasado y hablar de equipos de asistencia integral, con diferentes niveles, modulaciones y tipologías en la comunicación con los pacientes.

Para alcanzar todo lo anteriormente comentado, obviamente, es necesaria una reflexión profunda y un afán de perder comodidad y abandonar el tradicionalismo para afrontar este nuevo escenario y empezar a dar los siguientes pasos con valentía y determinación.

Aunque, efectivamente es una realidad innegable y debemos admitir que existe y existirá una variabilidad organizativa y de recursos en nuestros entornos asistenciales, no podemos permitirnos, como profesionales que aspiramos a ser el puente que une al sistema sanitario con la máxima eficiencia y al paciente con sus resultados en salud, no trabajar para alcanzar una homogeneidad en términos de calidad y alcanzar los beneficios de esta propuesta.

Se trata, por tanto, de desdibujar y superar diferentes barreras físicas y mentales. Entre los aspectos que debemos afrontar se encuentran: la necesidad de invertir e incorporar recursos humanos y materiales, afrontar limitaciones tecnológicas, la redefinición y aportación de valor en los equipos multidisciplinares y en los sistemas de información, la brecha digital de pacientes (y profesionales) y, obviamente, la actualización del necesario marco legal que ampare todo lo anterior. De nuevo, la propuesta parte de una premisa clara: la apuesta por la inteligencia colectiva, basada en la conectividad como base de organizaciones inteligentes y duales, con redes establecidas para innovar de forma ágil, tanto interna como externamente, donde la observación estratégica y el aprendizaje en el flujo de trabajo y la gestión del conocimiento colectivo potenciarán la velocidad y la gestión de la transformación asistencial. Aprendamos de los aciertos y los errores pasados para que, ahora sí, hagamos de esto la norma y no la anécdota.

Ahora, 7 años después de la primera vez que consensuamos el devenir de esa iniciativa, tendremos de nuevo la posibilidad de encontrarnos y replantearnos en la «II Conferencia de Consenso» del proyecto MAPEX, que tendrá lugar en el seno del 68 Congreso de la SEFH en Bilbao, los próximos pasos a seguir para afrontar y anticipar el futuro.

Sin duda alguna, de lo que allí se analice, debata y consensue saldrán algunas de las iniciativas que nos llevarán a alcanzar algo que, en los últimos años, es ya una demanda de nuestra sociedad, sistemas sanitarios y los propios pacientes, que es pasar de ser expertos en el medicamento a ser expertos en la relación del paciente con su farmacoterapia. Porque, no lo olvidemos, lo que nos va a hacer mejores farmacéuticos, en los próximos años, son los pacientes, no los tratamientos que tienen prescritos ni las tecnologías que incorporemos para su seguimiento. Por tanto, abramos nuestras puertas hacia una AF sin fronteras.

## Responsabilidades éticas

No procede.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Agradecimientos

A todos los docentes y asistentes a las jornadas aCadeMiO-2023 y a todos los colaboradores en las diferentes iniciativas del proyecto MAPEX de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

## Bibliografía

1. Mapa Estratégico de Atención al paciente externo (MAPEX-SEFH). [Consultado: 02-06-2023]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentacion.php>.
2. Morillo-Verdugo R., Calleja-Hernández M.Á., Robustillo-Cortés M.L.A. and Poveda-Andrés J.L., A new definition and refocus of pharmaceutical care: the barbate document, *Farm Hosp*, 2020; **44** (4): 158–162, doi: [10.7399/fh.11389](https://doi.org/10.7399/fh.11389).
3. Morillo-Verdugo R, Lazaro-Lopez A, Alonso-Grandes E, Martín-Conde MT, Díaz-Ruiz P, Molina-Cuadrado E, et al. Patient experience evaluation of the CMO-based pharmaceutical care model vs usual care in people living with HIV. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:2991–3003. doi: [10.2147/JMDH.S392398](https://doi.org/10.2147/JMDH.S392398).
4. Caso-González A, Núñez-Rodríguez J, González-Pérez Y, Leralta-González C, Sanz-Alonso V, Obaldia-Alaña C. Effectiveness on adherence to biological drugs and experience of a pharmaceutical intervention based on CMO model in patients with rheumatic disease (AdhER-2 study). *An Sist Sanit Navar*. 2022;45(2), e1004. doi: [10.23938/ASSN.1004](https://doi.org/10.23938/ASSN.1004).
5. Morillo Verdugo R, Calvin Lamas M, Delgado Latorre ATJ, Ferrando Piqueres R, Fernández-Llamazares CM, Negro Vega E, et al. Development of the Q-PEX standard for quality certification of pharmaceutical care for outpatients of Pharmacy services. *J Healthc Qual Res*. 2021 Nov-Dec;36(6):324–32 Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.03.010>.
6. Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñan L, Monte-Boquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñero 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. doi: [10.7399/fh.11515](https://doi.org/10.7399/fh.11515).
7. Margusino-Framiñan 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. *Farm Hosp*. 2020;44(7):61–5. doi: [10.7399/fh.11498](https://doi.org/10.7399/fh.11498).
8. Morillo-Verdugo R, Aguilar Pérez T, Gimeno-Gracia M, Rodríguez-González C, Robustillo-Cortés MLA; representing the project research team belonging to the HIV Pharmaceutical Care group of the (SEFH). Simplification and Multidimensional Adaptation of the Stratification Tool for Pharmaceutical Care in People Living With HIV. *Ann Pharmacother*. 2023;57(2):163–74. doi: [10.1177/10600280221096759](https://doi.org/10.1177/10600280221096759).
9. Grønkleær LL, Lauridsen MM. Quality of life and unmet needs in patients with chronic liver disease: A mixed-method systematic review. *JHEP Rep*. 2021 Sep 28;3(6), 100370. doi: [10.1016/j.jhepr.2021.100370](https://doi.org/10.1016/j.jhepr.2021.100370).
10. Gómez Huelgas R, Díez Manglano J, Carretero Gómez J, Barba R, Corbella X, García Alegría J, et al. The hospital of the future in 10 points. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020;220(7):444–9. doi: [10.1016/j.rce.2020.04.009](https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.009).
11. Montero Delgado A, Gonzalez Perez Y. Hola Chat GPT ¿Qué hace una inteligencia artificial como tú en una farmacia hospitalaria como esta? *Rev OFIL Ilaphar*. 2023 [Consultado 02-06-23]. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/hola-chat-gpt-que-hace-una-inteligencia-artificial-como-tu-en-una-farmacia-hospitalaria-como-esta/>.

Ramón Morillo-Verdugo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia, Hospital de Valme, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ralejandro.morillo.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:ralejandro.morillo.sspa@juntadeandalucia.es)

Luis Margusino Framiñan<sup>b</sup>

<sup>b</sup>Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario A Coruña, A Coruña, España