



AMA Journal of Ethics®

Febrero de 2021, volumen 23, número 2: E117-126

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN POR PARES

¿Cómo deben colaborar los médicos y farmacéuticos para motivar la equidad sanitaria en las comunidades desatendidas?

Sara Shahdoost Moghadam, PharmD y Sandra Leal, PharmD, MPH, CDCES

Resumen

Los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud desempeñan un papel importante al abordar los determinantes sociales y las disparidades que afectan la atención de la salud. Los farmacéuticos han abordado los determinantes sociales de la salud durante años en todas las poblaciones que experimentan disparidades sanitarias al trabajar como miembros vitales de sus comunidades e interactuar de manera regular con los pacientes. El caso presentado en este artículo destaca el papel de los determinantes sociales en los resultados de salud y cómo los farmacéuticos contribuyen a mejorarlos. En colaboración, los farmacéuticos y médicos pueden ayudar a reducir los costos y optimizar los resultados de salud.

Para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ por la actividad de EMC relacionada con este artículo, usted deberá: (1) leer este artículo completo, (2) responder al menos el 80 por ciento de las respuestas del cuestionario de manera correcta y (3) completar una evaluación. El cuestionario, la evaluación y el formulario para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ están disponibles en el [AMA Ed Hub™](#).

Caso

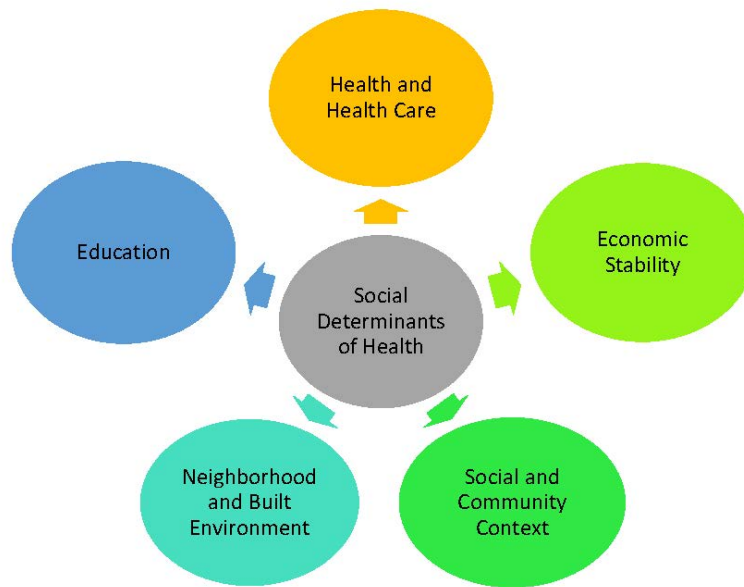
AJ es un hombre de 85 años sin seguro médico con un dominio limitado del idioma inglés que tiene un historial prolongado de diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad y falta de adherencia a los medicamentos. Es paciente de un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC, por sus siglas en inglés) y su médico lo ha remitido al farmacéutico (ML) para que lo ayude a controlar sus afecciones médicas crónicas. ML se desempeña en la clínica del FQHC como parte de un equipo interprofesional que consta de médicos, enfermeros especializados, ayudantes y asistentes médicos, y nutricionistas. Trabaja bajo un acuerdo de práctica colaborativa (CPA, por sus siglas en inglés) con el médico, lo que le permite un alcance ampliado de práctica para iniciar, modificar y suspender la terapia con medicamentos según los términos del acuerdo.¹ Durante la visita de AJ, ML revisa su historial en el registro de salud electrónico (EHR, por sus siglas en inglés) del FQHC. ML advierte que el A1C más reciente de AJ, una medida de los niveles promedio de azúcar en sangre de un paciente durante 3 meses, es del 11 %, lo que indica que no está tomando los medicamentos actuales o, si los toma, no controlan su diabetes. ML también advierte que AJ tiene más de

una prescripción de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). El uso duplicado de inhibidores de la ECA ocurre en aproximadamente el 5 % de los pacientes de edad avanzada y, a menudo, sugiere una mala comunicación entre los médicos que administran las recetas de un paciente.² AJ también informa a ML que había estado tomando una dosis insuficiente de insulina para tratar de que su suministro durara más y admite que no ha acudido a la cita dental recomendada porque ha estado ahorrando dinero para la comida y el pasaje del autobús. Pregunta cuánto costarán sus nuevas recetas.

Comentario

El paciente en este caso está experimentando varios efectos de salud clásicos de los determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés), o las condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, viven, trabajan y envejecen que pueden afectar significativamente la salud (véase la figura 1).³ En particular, AJ tiene inseguridad alimentaria, acceso limitado a los servicios de atención médica, conocimientos de salud limitados, una barrera idiomática y una falta de apoyo social, todo lo cual es visto habitualmente por farmacéuticos.

Figura 1. Los determinantes sociales de la salud



Adaptado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.⁴

Los farmacéuticos se encuentran con casos como el de AJ de forma regular y cuentan con el conocimiento y las habilidades para ayudar a abordar estas barreras. Aunque los farmacéuticos suelen estar asociados con las farmacias comunitarias, muchos farmacéuticos trabajan en consultorios médicos, clínicas, hospitales, centros de atención a largo plazo y otros entornos (consulte la tabla).

Tabla. Entorno laboral de los farmacéuticos

Entornos académicos
Práctica comunitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Cadena de farmacia comunitaria

<ul style="list-style-type: none"> • Farmacia comunitaria independiente • Centro de salud comunitario/FQHC • Farmacia de composición • Gestión de medicamentos en el consultorio • Farmacia de servicio por correo • Farmacia especializada
Farmacia del sistema de salud <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados • Pacientes ambulatorios
Centros de asistencia para estadias prolongadas
Organización para la atención médica administrada
Organización para la administración de beneficios farmacéuticos
Farmacia nuclear
Farmacia gubernamental/federal
Derecho farmacéutico/asuntos normativos/políticas públicas
Organización de contratos de investigación
Administración <ul style="list-style-type: none"> • Asociación • Entornos corporativos
Centros de comunicación médica o información sobre medicamentos
Industria farmacéutica <ul style="list-style-type: none"> • Enlace médico • Investigación y desarrollo • Ventas y marketing

Adaptado de la Asociación Estadounidense de Farmacéuticos.⁵

En este escenario, el médico de AJ analizó el caso del paciente con ML antes de la cita programada y solicitó que ML le ayudara a controlar sus afecciones crónicas y optimizar sus medicamentos. Aunque AJ fue atendido por ML, un farmacéutico bilingüe, para facilitar la comunicación, generar confianza y manejar sus condiciones crónicas, presumiblemente otras herramientas, como los servicios de línea de traducción, estaban disponibles para que otros miembros del equipo las utilizaran si fuera necesario. ML evaluó exhaustivamente los medicamentos de AJ para sus afecciones, identificó áreas de educación, desarrolló un plan de atención y, según el CPA establecido, suspendió el inhibidor duplicado de la ECA.

Funciones de los farmacéuticos en un equipo de cuidado

Dado que AJ no tiene seguro, ML debe dirigir a AJ a un navegador de pacientes para evaluar si es elegible para un seguro médico o programa de asistencia al paciente, o si cumple con los requisitos para obtener una tarifa en escala móvil basada en sus ingresos. Debido a que brindan atención médica a pacientes sin seguro y de bajos ingresos, los FQHC son elegibles para el esquema de precios 340B, lo que les permite obtener medicamentos a un precio significativamente reducido mientras transfieren esos precios con descuento a los pacientes. Al evaluar los ingresos de AJ, el navegador de pacientes podría ayudarle a calificar para medicamentos más asequibles.

Además, ML podría ayudar con apoyo social. Por ejemplo, ML podría facilitar la conexión de AJ con asesores de salud al servicio de la comunidad que podrían proporcionarle recursos para obtener alimentos y viandas de forma gratuita o con descuento. ML también podría informar a AJ sobre los servicios de transporte gratuitos de los FQHC y cómo organizar el transporte para sus citas médicas y dentales con la ayuda del asistente médico.

Luego, ML podría tener una breve conversación con el médico para discutir una remisión a servicios de salud conductual para ayudar a AJ a manejar su estrés. Todas las intervenciones realizadas en esta visita por los **diferentes miembros del equipo**, incluido ML, se documentarían en el EHR para facilitar la continuidad de la atención médica y monitorear los resultados de los pacientes. Imagine que, en su seguimiento de tres meses, el nivel de A1C de AJ disminuyó al 9,7 % (el objetivo es menos del 9 %⁶) como resultado del uso apropiado de medicamentos, cambios significativos en el estilo de vida y acceso a la atención médica.

Este caso demuestra los beneficios de aprovechar varios profesionales de la salud para abordar los SDOH. Comprender y abordar las barreras de los pacientes para la atención médica más allá de los aspectos clínicos puede tener un impacto significativo en sus resultados generales de salud. En este caso, los profesionales de la salud integraron la evaluación de los SDOH en la atención clínica y aprovecharon la experiencia de varios pares y los recursos comunitarios para superar los obstáculos que dificultaban el acceso de AJ a la atención.

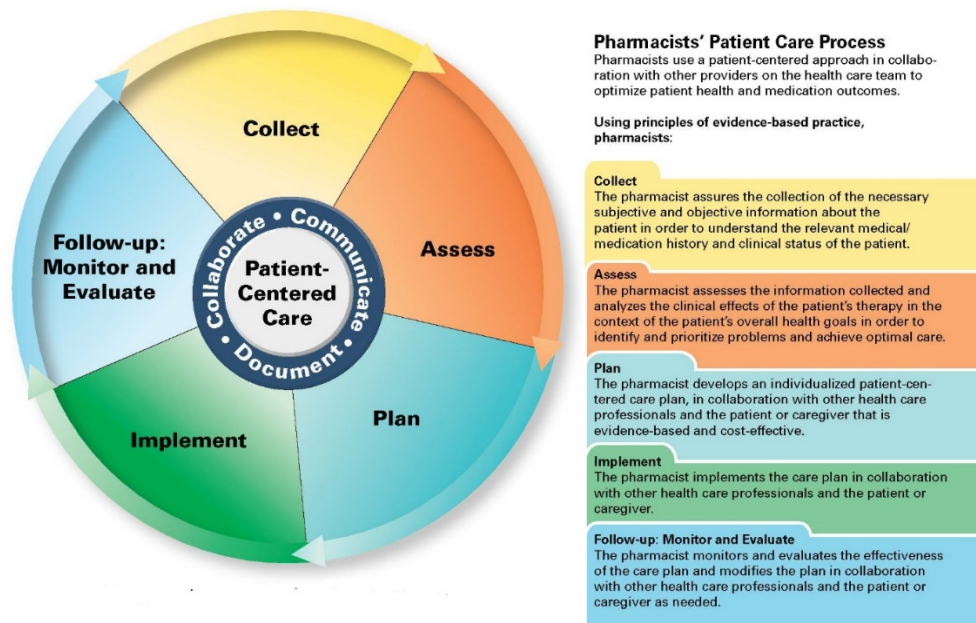
Abordar las disparidades sanitarias de forma colaborativa

Estados Unidos invierte más en su sistema de atención médica que muchos otros países, pero las disparidades en la atención médica persisten, lo que lleva a una morbilidad y mortalidad innecesarias en numerosas comunidades.^{7,8,9} Tales **disparidades en los resultados de salud** entre los segmentos de la población categorizados por raza o etnia, identidad sexual, edad, discapacidad, nivel socioeconómico o ubicación geográfica, por ejemplo, se ven exacerbados por los SDOH, lo que da como resultado una falta de equidad sanitaria.^{10,11} Varios programas han desarrollado metas y conjuntos de herramientas para lograr la equidad en la salud, eliminar las disparidades y mejorar la salud de todos los estadounidenses.^{12,13,14,15} Los farmacéuticos han abordado los SDOH durante años en todas las poblaciones que experimentan disparidades sanitarias, trabajando como miembros vitales de sus comunidades al interactuar a diario con los pacientes de la comunidad, no solo en farmacias especializadas y comunitarias, sino también en redes integradas de prestación de servicios de salud, atención administrada y entornos comunitarios, clínicas de atención médica y consultorios médicos y hospitales.^{16,17}

Los farmacéuticos, con un título de doctor en farmacia (PharmD), identifican y abordan las necesidades de atención médica aplicando constantemente los pasos del proceso de atención al paciente de los farmacéuticos (véase la figura 2).¹⁸ Este proceso de atención médica no se limita a los servicios clínicos, ya que incluye la consideración del estilo de vida, las preferencias, las creencias, los objetivos funcionales y los factores socioeconómicos del paciente. Además, se evalúa el estado funcional y de salud de los pacientes, los factores de riesgo, los datos de salud, los antecedentes culturales, los conocimientos sobre salud y

el acceso a los medicamentos para desarrollar un plan de atención centrado en el paciente. Los farmacéuticos aplican consistentemente este proceso sin importar su entorno de práctica o especialidad.

Figura 2. Proceso de atención al paciente de los farmacéuticos



Reproducido con el permiso de Joint Commission of Pharmacy Practitioners.¹⁸

El alcance de la práctica de los farmacéuticos se puede ampliar en 48 estados y el Distrito de Columbia a través de CPA con médicos que mejoran el acceso de los pacientes a la atención coordinada.¹ Los CPA varían según el estado, pero las funciones comunes que los médicos delegan a los farmacéuticos incluyen iniciar, modificar o suspender el tratamiento con medicamentos y solicitar, interpretar y supervisar las pruebas de laboratorio. Un informe del Servicio de Salud Pública Nacional al Cirujano General de EE. UU. proporciona un respaldo probatorio para los servicios integrales de atención al paciente de los farmacéuticos.¹⁹ Gracias a su experiencia en medicamentos y salud, los farmacéuticos pueden brindar manejo de enfermedades crónicas, manejo integral de medicamentos y conciliación y evaluación de medicamentos; ayuda con la reducción del costo de los medicamentos; asistencia en la navegación del formulario de medicamentos; y facilitación de la entrega de medicamentos a domicilio y las visitas, entre muchos otros servicios.^{20,21,22,23,24,25}

Las áreas de promoción de la salud y el bienestar en las que los farmacéuticos trabajan con poblaciones desatendidas incluyen la participación en programas de detección del bienestar, la promoción del autocuidado, la realización de intervenciones para dejar de fumar, la prestación de servicios de atención antes de la concepción y la administración de vacunas.^{26,27,28,29} Estas iniciativas mejoran la vida de los miembros de la comunidad, incluso en áreas médicamente desatendidas, y ayudan a abordar las principales disparidades sanitarias. La política de la Asociación Estadounidense de Salud Pública reconoció el papel de los farmacéuticos en la salud pública en 2006.³⁰

Disparidades sanitarias a través de los ojos de un farmacéutico

Los profesionales de la salud están a la vanguardia para salvar las disparidades sanitarias y pueden tener un papel directo en el logro de este objetivo al integrar las evaluaciones de los SDOH con intervenciones en la práctica clínica, todo ello mientras se brindan servicios clínicos preventivos que aborden el trastorno por consumo de tabaco y sustancias, la nutrición, la actividad física y la obesidad, y optimicen la salud mental, oral y sexual.^{9,31} En su iniciativa STEPS Forward, la American Medical Association apoya a los farmacéuticos como miembros integrales del equipo de atención médica debido a su experiencia en farmacoterapia y su accesibilidad.³² Los farmacéuticos, el 55 % de los cuales trabajan en un entorno comunitario,³³ se encuentran en una posición ideal para abordar las brechas en la atención al colaborar con otros miembros del equipo de atención médica. Por ejemplo, un centro de salud comunitario en Minnesota descubrió que, después de integrar a un farmacéutico en el equipo clínico, el porcentaje de pacientes, tanto angloparlantes como no, que lograban los resultados deseados de la farmacoterapia mejoró en un 24 %.³⁴ Además, los farmacéuticos pueden ayudar a los médicos con el manejo de enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, la dislipidemia y la obesidad, afectan al 60 % de los estadounidenses, representan el 37 % de las visitas al médico en consultorios y continúan aumentando.^{35,36} Las minorías y las comunidades desatendidas se ven afectadas de manera desproporcionada por estas enfermedades crónicas, y una posible explicación es la asociación entre estas enfermedades y las disparidades en la nutrición, el acceso a las comunidades peatonales y la comercialización del tabaco.^{37,38} En un estudio de un año de duración de pacientes con diabetes, el 56,3 % de los afroamericanos que recibieron servicios de administración para terapia con medicamentos por parte de un farmacéutico mejoraron significativamente su diabetes en comparación con el 22,7 % en el grupo de control.²¹ Los farmacéuticos involucrados en las transiciones de la atención también pueden ayudar a los pacientes a realizar una transición segura después de una hospitalización y evitar reingresos hospitalarios o visitas al departamento de emergencias dentro de los 30 días posteriores al alta administrando los medicamentos y educando a los pacientes.³⁹ Por lo tanto, la participación de los farmacéuticos en los servicios de prevención clínica, el manejo del estado de enfermedades crónicas y las transiciones de la atención es vital para la eliminación de las disparidades sanitarias.

Con el cambio creciente de los modelos de pago por servicio a los modelos basados en el valor, los farmacéuticos pueden trabajar de la mano con otros médicos para cumplir con los resultados de salud y las métricas de costos.⁴⁰ Muchas de las medidas necesarias en los programas basados en el valor, como las del Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad, el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Médica y la Pharmacy Quality Alliance, implican un uso óptimo de los medicamentos. Por ejemplo, un amplio ensayo centrado en la colaboración entre médicos y farmacéuticos para controlar la presión arterial mostró que las personas asignadas a un equipo que incluía a un farmacéutico tenían más probabilidades de experimentar una reducción significativa en su presión arterial.²⁰ Un estudio publicado en 2019 reforzó estos resultados al mostrar que los farmacéuticos, en asociación con barberos comunitarios y médicos locales, pudieron mejorar la presión arterial en el 94 % de los hombres afroamericanos que visitaron las barberías y fueron

atendidos por un farmacéutico en comparación con el 29 % de los que visitaron estos establecimientos y se les animó a hacer un seguimiento con los médicos pero no con un farmacéutico.⁴¹ Al trabajar juntos, los farmacéuticos y los médicos pueden ayudar a optimizar los resultados de salud de los pacientes vulnerables en las comunidades.

Conclusión

Abordar las disparidades sanitarias requiere un enfoque multidisciplinario basado en equipos. El caso ilustrado en este artículo, así como la evidencia proporcionada, enfatiza el papel de los farmacéuticos en áreas como el manejo y prevención de enfermedades crónicas, manejo de medicamentos, salud y bienestar, y defensa del paciente. Aunque los farmacéuticos, médicos y otros profesionales clínicos podrían abordar las disparidades sanitarias por separado, es a través de un **esfuerzo de colaboración** que el sistema de atención médica se volverá más eficiente para abordar estas disparidades y cumplir los objetivos establecidos por el gobierno federal para mejorar la salud de todos los estadounidenses.

References

1. US Department of Health and Human Services. Advancing team-based care through collaborative practice agreements: a resource and implementation guide for adding pharmacists to the care team. Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Accessed June 30, 2020. <https://www.cdc.gov/dhdsdp/pubs/docs/CPA-Team-Based-Care.pdf>
2. Rajaska-Neumann A, Wiczorowska-Tobis K, Schulz M, Breborowicz A, Grzeskowiak E, Oreopoulos DG. Duplicate use of angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors in a community-dwelling elderly population in Poland. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44(suppl 1):295-301.
3. NCHHSTP social determinants of health. Centers for Disease Control and Prevention. Reviewed December 19, 2019. Accessed June 30, 2020. <https://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/index.html>
4. Disparities. Healthy People, Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services. Accessed September 15, 2020. <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>
5. Career option profiles. American Pharmacists Association. Accessed August 20, 2020. <https://www.pharmacist.com/career-option-profiles>
6. Diabetes and health centers. Health Resources and Services Administration. Accessed August 23, 2020. <https://bphc.hrsa.gov/qualityimprovement/clinicalquality/diabetes.html>
7. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A. Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better US health care. Commonwealth Fund; July 2017. Accessed December 9, 2020. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_jul_schneider_mirror_mirror_2017.pdf
8. Maloney LR, Thompson KK, Vanderpool HK. ASHP's role in eliminating health disparities. *Am J Health Syst Pharm*. 2005;62(18):1871.
9. Baciu A, Negussie Y, Geller A, et al, eds; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The state of health disparities in the United States. In: *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. National Academies Press; 2017:chap 2.

10. Truman BI, Smith KC, Roy K, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Rationale for regular reporting on health disparities and inequalities—United States. *MMWR Suppl.* 2011;60(1):3-10.
11. Carter-Pokras O, Baquet C. What is a “health disparity”? *Public Health Rep.* 2002;117(5):426-434.
12. Disparities. US Department of Health and Human Services. Accessed June 30, 2020. <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>
13. Reducing disparities in health care. American Medical Association. Accessed August 23, 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/reducing-disparities-health-care>
14. Attaining health equity. Centers for Disease Control and Prevention. Accessed August 23, 2020. <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/overview/healthequity.htm>
15. About SDOH in healthcare. Agency for Healthcare Research and Quality. Accessed August 23, 2020. <https://www.ahrq.gov/sdoh/about.html>
16. Nessel J. 2020 trends in pharmacy care: value-based pharmacy and social determinants of health. *Pharmacy Times.* January 22, 2020. Accessed December 9, 2020. <https://www.pharmacytimes.com/news/2020-trends-in-pharmacy-care-value-based-pharmacy-and-social-determinants-of-health>
17. Chiara A. The expanding role of pharmacists: a positive shift for health care. *Commonwealth Medicine* blog. March 26, 2019. Accessed October 27, 2020. <https://commed.umassmed.edu/blog/2019/03/26/expanding-role-pharmacists-positive-shift-health-care>
18. Joint Commission of Pharmacy Practitioners. Pharmacists’ patient care process. May 29, 2014. Accessed June 30, 2020. <https://jcphp.net/wp-content/uploads/2016/03/PatientCareProcess-with-supporting-organizations.pdf>
19. Pharmacist Professional Advisory Committee. Improving patient and health system outcomes through advanced pharmacy practice: a report to the US Surgeon General, 2011. Commissioned Corps of the US Public Health Service. Revised September 27, 2019. Accessed August 23, 2020. https://dcp.psc.gov/osg/pharmacy/sc_comms_sg_report.aspx
20. Carter BL, Coffey CS, Ardery G, et al. Cluster-randomized trial of a physician/pharmacist collaborative model to improve blood pressure control. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015;8(3):235-243.
21. Jameson JP, Baty PJ. Pharmacist collaborative management of poorly controlled diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Am J Manag Care.* 2010;16(4):250-255.
22. Isetts BJ, Brummel AR, de Oliveira DR, Moen DW. Managing drug-related morbidity and mortality in a patient-centered medical home. *Med Care.* 2012;50(11):997-1001.
23. Santschi V, Chiolero A, Colosimo AL, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc.* 2014;3(2):e000718.
24. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* 2007;27(4):482-493.
25. Arnold ME, Buys L, Fullas F. Impact of pharmacist intervention in conjunction with outpatient physician follow-up visits after hospital discharge on readmission rate. *Am J Health Syst Pharm.* 2015;72(11)(suppl 1):S36-S42.

26. Alhossan A, Kennedy A, Leal S. Outcomes of annual wellness visits provided by pharmacists in an accountable care organization associated with a federally qualified health center. *Am J Health Syst Pharm*. 2016;73(4):225-228.
27. Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Randomized trial assessing the effectiveness of a pharmacist-delivered program for smoking cessation. *Ann Pharmacother*. 2009;43(2):194-201.
28. Saba M, Diep J, Saini B, Dhippayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39(3):240-247.
29. Bartch SM, Taitel MS, DePasse JV, et al. Epidemiologic and economic impact of pharmacies as vaccination location during an influenza epidemic. *Vaccine*. 2018;34(46):7054-7063.
30. The role of the pharmacist in public health. Policy No. 200614. American Public Health Association. November 8, 2006. Accessed June 30, 2020. <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/07/13/05/the-role-of-the-pharmacist-in-public-health>
31. Green GR, Nze C. Language-based inequity in health care: Who is the “poor historian”? *AMA J Ethics*. 2017;19(3):263-271.
32. Choe HM, Standiford CJ, Brown MT. Embedding pharmacists into the practice. American Medical Association STEPS Forward. Accessed April 19, 2020. <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702554>
33. Occupational Outlook Handbook: pharmacists. US Bureau of Labor Statistics. Revised September 4, 2019. Accessed October 26, 2020. <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/pharmacists.htm#tab-3>
34. Westberg SM, Sorensen TD. Pharmacy-related health disparities experienced by non-English-speaking patients: impact of pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc*. 2005;45(1):48-54.
35. Buttorff C, Ruder T, Bauman M. Multiple chronic conditions in the United States. RAND Corporation; 2017. Accessed September 20, 2020. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/tools/TL200/TL221/RAND_TL221.pdf
36. Ashman JJ, Rui P, Okeyode T. Characteristics of office-based physician visits 2016. Centers for Disease Control and Prevention; January 2019. NCHS data brief 331. Accessed September 20, 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db331.htm>
37. US Department of Health and Human Services. *National Healthcare Quality and Disparities Report, 2018*. Agency for Healthcare Research and Quality; September 2019. AHRQ publication 19-0070-EF. Accessed June 30, 2020. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqdr/2018qdr.pdf>
38. Powell LM, Chaloupka FJ, Bao Y. The availability of fast-food and full-service restaurants in the United States: associations with neighborhood characteristics. *Am J Prev Med*. 2007;33(4)(suppl):S240-S245.
39. Phatak A, Prusi R, Ward B, et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med*. 2016;11(1):39-44.
40. American Pharmacists Association. Successful integration of pharmacists in accountable care organizations and medical home models: case studies. March 2020. Accessed June 30, 2020.

https://www.pharmacist.com/sites/default/files/APhA_Medical_Home_ACO_Report_Final.pdf

41. Victor RG, Blyler CA, Li N, et al. Sustainability of blood pressure reduction in black barbershops. *Circulation*. 2019;139(1):10-19.

Sara Shahdoost Moghadam, PharmD es una farmacéutica de práctica avanzada en El Rio Health en Tucson, Arizona. Sus intereses incluyen poblaciones desatendidas, manejo del estado de enfermedades crónicas e información sobre medicamentos.

Sandra Leal, PharmD, MPH, CDCES es la vicepresidenta ejecutiva de Health Plan/Payer Business Unit en Tabula Rasa Health Care en Moorestown, Nueva Jersey, y presidenta electa de la Asociación Estadounidense de Farmacéuticos.

Nota del editor

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2021;23(2):E117-126.

DOI

10.1001/amajethics.2021.117.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.