

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Medida de la eficiencia en Atención Farmacéutica

Los programas de Atención Farmacéutica bien diseñados e implementados consiguen un incremento notable en la calidad de la asistencia sanitaria mediante la detección precoz y posterior resolución de los problemas relacionados con los medicamentos, así como un aumento del éxito terapéutico, como se ha visto en numerosos ejemplos que se han expuesto a lo largo de esta sección.

Pero tan importante como la consecución de dichas metas es su interrelación con la eficiencia. Es preciso tener permanentemente en nuestros objetivos que cualquier acción a desarrollar implica unos costes, y que el consumo de los recursos debe ser siempre un aspecto a estudiar. Es obvio que cuando se intensifica cualquier programa de salud, como es el caso de los de Atención Farmacéutica, los resultados que se obtienen se mejoran, existiendo una relación entre recursos empleados y resultados obtenidos. Ahora bien, esa relación no tiene por qué ser de tipo lineal, es decir, que cuando se intensifique el programa incrementando en un $x\%$ el consumo de *inputs*, los *outputs* resultantes no han de hacerlo en dicha medida, sino que la variación será de $y\%$ siendo $y < x$.

A partir de lo expuesto, es fácil comprender que ante cualquier programa que se decida implementar es preciso estudiar, bajo el punto de vista farmacoeconómico, cual es el grado de intensidad que resultará con los mejores resultados relativos, en función de los recursos empleados, llegando a establecer la medida de los objetivos alcanzados en función de cada nivel de intensidad.

La aplicación práctica conducirá al establecimiento del óptimo grado de implementación de un programa de Atención Farmacéutica, o sea, aquél con el que más eficientemente se utilizarán los recursos invertidos.

Pensemos que cualquier programa supone unos costes que se sufragarán por el farmacéutico, y por el sistema de salud o el paciente, en el caso de haber conseguido dicha meta, por lo que la presentación ante éstos de un sistema eficiente contribuirá a una mejor aceptación del programa.

Un ejemplo de lo manifestado lo encontramos en el estudio que *Vijan et al* (1) desarrollan para evaluar el óptimo grado de control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, determinando cual sería el intervalo entre dos controles que obtuviese la máxima eficiencia, para lo que recurren al estudio del coste-efectividad marginal de varios intervalos en los controles para la enfermedad ocular de los pacientes, estratificando por edad y nivel de glucemia.

La diabetes mellitus es la principal causa de ceguera en U.S.A. Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar una severa pérdida visual por retinopatía diabética proliferativa y edema macular se puede reducir de forma considerable mediante el uso de la fotocoagulación por laser. Por ese

motivo, el control, detección y tratamiento de dichos procesos oculares pueden reducir la incidencia de pérdida visual en los pacientes diabéticos.

Debido a que la retinopatía es a menudo asintomática en el inicio del curso de la enfermedad, el control retiniano periódico en los diabéticos es vital para prevenir la pérdida visual. Queda por determinar cual sería la frecuencia más adecuada para elaborar dichos controles. Como la prevalencia del proceso a analizar varía dependiendo de la severidad de la patología, realizan una estratificación en función del nivel de Hemoglobina A_{1c}. Los autores desarrollan un modelo de Markov para simular la progresión de la retinopatía diabética y edema macular a ceguera, a partir de una hipotética población de los diabéticos mayores de 40 años. El resultado de la efectividad obtenida se muestra en años de vida ajustados a calidad (AVAC), a partir del tiempo en que cada diabético, en función de su grado de severidad, permanecerá ciego a lo largo de su vida.

Dado que no todos los pacientes evolucionarán de la misma forma, puesto que en función del estadio de su patología (medido en relación al nivel de hemoglobina A_{1c} y a la edad) el número de días que permanecerán ciegos será diferente, es preciso realizar la valoración en función de esos mismos parámetros de riesgo. Los resultados así obtenidos se muestran en la Tabla 1.

Hemoglobina A _{1c} (%)	N° de días que permanecerán ciegos durante la vida			
	Sin control	cada 5 años	cada 3 años	cada 1 año
A.- Edad de 40 a 49 años				
7	101	63	55	48
13	600	309	271	239
B.- Edad de 50 a 59 años				
7	51	34	28	23
13	294	166	127	116

Edad de 60 a 69 años				
7	20	15	12	9
13	91	61	50	37
Edad de 70 a 79 años				
7	6	6	5	3
13	22	19	16	10

Tabla 1.- Tiempo, en días, que permanecerán ciegos los diabéticos, a lo largo de la vida, en función de la periodicidad de los controles y su tratamiento posterior.

Cuando se relacionan los resultados con los costes de cada tipo de intervención, se puede calcular el coste-efectividad marginal de cada grado de intensificación del programa, con lo que se obtiene una medida del coste y de la efectividad por cada unidad adicional de servicio, pues ha quedado demostrado en los resultados que el control es efectivo, y que a mayor frecuencia de dicho control retiniano, el resultado es más efectivo, como se desprende de la Tabla 1: en el rango de edad de 40-49 años, con un nivel de hemoglobina A_{1c} de 13, el control quinquenal provoca un descenso en el número de días con ceguera de 291 días, el paso de control cada 5 años a cada 3, reduce el tiempo de ceguera en 38 días, y el aumento de frecuencia de trianual a anual, lo acorta en 32 días. Ahora bien, estos aumentos de la efectividad del programa conllevan incrementos en los costes, así el paso de anual a trianual prácticamente multiplica por 3 el consumo de recursos, y el paso de trianual a quinquenal, lo multiplica por 5/3, como se ve en la Tabla 2.

Coste-efectividad marginal al incrementar la frecuencia de los controles				
Hemoglobina	Cada 5a vs nada	Cada 3a vs cada 5a	Cada 2a vs cada 3a	Cada 1a vs cada 2a
Edad entre 40 y 49 años				
7	21.430	38.320	73.200	181.510
13	5.550	9.220	12.870	20.860
Edad entre 50 y 59 años				
7	30.830	44.750	81.290	198.980

13	9.050	11.990	15.510	23.310
Edad entre 60 y 69 años				
7	54.230	57.870	94.710	211.570
13	20.770	21.410	25.700	35.840
Edad entre 70 y 79 años				
7	168.750	95.830	130.250	255.820
13	74.210	44.720	46.710	59.400

Tabla 2.- Coste adicional por cada AVAC adicional ganado al incrementar la frecuencia del control retiniano en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Con los datos que así se obtienen, se puede entonces evaluar la eficiencia de los distintos grados de intensificación de un programa de salud determinado, así como identificar grupos en los que el resultado obtenido se mejora en mayor proporción que la media de la población, a fin de incidir con mayor intensidad en dichos grupos.

(1) Vijan S, Hofer T, Hayward R. "Cost-utility analysis of screening intervals for diabetic retinopathy in patients with type 2 Diabetes mellitus" JAMA 2.000; 283 (7): 889-896 (12/1)