

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Valor de la Atención Farmacéutica

Nos dice la psicología, además de la lógica elemental, que un individuo necesita tres factores para realizar adecuadamente una tarea. Ellos son saber hacerla, querer hacerla y poder hacerla. Y los tres se han de cumplir simultáneamente porque de nada serviría que se sepa realizar la tarea si no se quiere o no se puede, o que se quiera llevar a cabo la misma, si no se sabe o no se puede, o, finalmente, que se pueda cumplir la función, si no se sabe o no se quiere.

Así, esta regla, tan sencilla como lógica, ha de cumplirse para la ejecución de cualquier tarea o función que se encomiende a un individuo o a una colectividad. Por ello, la implementación de la Atención Farmacéutica, como tarea aislada del farmacéutico en su Oficina de Farmacia o, mejor, como ejercicio colectivo dentro de un adecuado programa, precisa tener totalmente en cuenta dichos factores para poder alcanzar el objetivo que se marque, es decir la eficacia de la Atención Farmacéutica.

Se hace preciso pues, que el individuo sepa. Para ello, las organizaciones farmacéuticas, a todos los niveles, desarrollan programas de educación profesional continuada con los cuales se actualizan los

conocimientos para el desarrollo posterior de las tareas específicas. A continuación, el individuo ha de poder. Este tema está igualmente resuelto. Las Oficinas de Farmacia, en su gran mayoría, están dotadas hoy día de los medios adecuados que les permiten implementar el cuidado farmacéutico a sus clientes-pacientes para avanzar mucho más allá de una mera dispensación de un producto-medicamento. El tercer factor, querer, quizás sea más conflictivo. Podríamos preguntarnos: el farmacéutico tiene los medios para saber hacerlo, puede disponer de lo preciso para poder ejecutarlo, pero ¿quiere llevar a cabo un ejercicio profesional de Atención Farmacéutica cuando, es posible, que sólo lo perciba como un trabajo adicional a su actual tarea? Podríamos meditar acerca de cómo se puede cumplir este tercer factor, querer, cuando observa que el único objetivo del organismo proveedor de salud es la reducción de la factura por los medicamentos, con la repercusión que le supone, sin que se tengan en cuenta actuaciones frente al 75-80% restante del coste de la salud.

La Atención Farmacéutica tiene como objetivo primordial buscar, identificar y resolver cualquier problema de salud relacionado con el medicamento que se esté administrando al paciente, habiendo ya ocurrido (PRM manifestado) o siendo aún un problema potencial (PRM no manifestado). De esta citación de objetivos se desprende, como conclusión lógica, que la implementación de la Atención Farmacéutica va a repercutir positivamente en los resultados de la salud del paciente y, como consecuencia de ello, es probable que se origine una disminución del consumo de recursos sanitarios (consultas médicas de atención primaria y especializada, ingresos hospitalarios, tratamientos de efectos adversos y de complicaciones, resolución de fracasos terapéuticos, etc) y no sanitarios (incapacidad laboral transitoria o falta de asistencia al trabajo debidas a

PRM, etc). No obstante, para aseverar esta última manifestación de ahorro de costes se hace imprescindible la consecución de unos *“parámetros que han de utilizarse para medir los beneficios de los programas de Atención Farmacéutica, los cuales deben ser al menos económicos de respuesta y satisfacción de las necesidades de los pacientes”* como ha manifestado recientemente el actual Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, Sr. Plaza.

Una vez aceptada la eficacia de los programas de Atención Farmacéutica, pues de ellos existen suficientes referencias (1,2,3,4) queda por investigar acerca de su eficiencia, con el fin de obtener los parámetros económicos de respuesta, antes citados. Benrimoj et al. (5) se plantean calcular el impacto económico de distintos programas de intervención farmacéutica, llevados a cabo en las Oficinas de farmacia y la repercusión en los resultados obtenidos debido a dos de los factores citados al principio de este artículo: formación profesional recibida por el farmacéutico, para saber, y pago profesional, como estímulo a querer realizar una tarea.

A partir de las 1.838 farmacias comunitarias, existentes en el estado de New South Wales (Australia), se establecieron (mediante el cálculo de la muestra adecuada para obtener diferencias, estadísticamente significativas, de las tasas de intervención farmacéutica) cuatro grupos de actuación con 10 farmacias cada grupo, en donde se combinaron los factores antes citados (Tabla 1). En cuanto a la formación, se impartió un curso intensivo de una semana. El grupo B sólo recibió este curso, mientras que el C, formado por farmacéuticos que habían asistido previamente a programas de formación continuada, recibió una formación más avanzada. La remuneración, que la recibieron los grupos B, C y D, fue de 10 dólares australianos (12.000 pta

aproximadamente) por intervención. El grupo A actuó como grupo control y no recibió formación específica alguna ni se le administró ninguna remuneración. Los grupos B y C recibieron ambos, si bien el C tuvo una formación más intensiva. El grupo D sólo recibió remuneración económica, para evaluar este factor aisladamente.

| Grupo | Formación | Remuneración |
|-------|-----------|--------------|
| A | No | No |
| B | Si | Si |
| C | Si (*) | Si |
| D | No | Si |

Tabla 1.- Distribución de las farmacias en los grupos de estudio. (*) En este grupo se incorporaron farmacias con formación previa

El coste total de las intervenciones se calculó en base a la suma de los costes evitados o incurridos en el cuidado de la salud, como consecuencia de cada actuación farmacéutica, más los costes provocados por los cambios en el tratamiento, más el coste para el farmacéutico. La perspectiva utilizada en la evaluación farmacoeconómica fue la del organismo proveedor de salud. Los resultados del estudio muestran que el grupo C (formación intensiva más remuneración) produjo los mayores ahorros, alcanzando estos una cifra de 85,35 dólares australianos (aproximadamente 158.000 pta) por cada 1000 prescripciones dispensadas; después le siguieron los grupos B, A y D (Tabla 2)

| Grupo | Ahorro en costes (\$A) / 1.000 prescripciones | Variación (\$A) | Variación (pta) |
|-------|---|-----------------|-----------------|
| A | - 13,78 | - 20,08 | 37.150 |
| B | -25,65 | - 19,22 | 35.555 |
| C | - 85,35 | - 88,89 | 164.445 |
| D | + 1,18 | + 164,13 | 303.640 |

Tabla 2.- Se muestra el ahorro en costes producidos por cada tipo de intervención farmacéutica por cada 1.000 prescripciones dispensadas, así como la variación económica (en \$A y pta) habida antes y después del programa realizado. El signo (-) indica ahorro y el (+) implica encarecimiento de costes.

Los autores estimaron que si no se hubieran realizado las actuaciones farmacéuticas, la probabilidad de que hubieran ocurrido consecuencias adversas para la salud era del 38%, así como que en un 20%, las intervenciones farmacéuticas previnieron el resultado adverso. Los problemas relacionados con los medicamentos en donde más usualmente se actuó fueron: concentración incorrecta, interacción entre fármacos, dosis incorrecta, medicamento dudoso, efecto secundario, omisión de dosis, concentración o dosis dudosas, medicamento incorrecto, etc. Las actuaciones que supusieron el mayor ahorro en costes fueron: consecución de las prescripciones, interacciones farmacológicas, dosis inadecuadas, recomendaciones escritas, efectos adversos y alergia a medicamentos.

Se puede concluir diciendo que conjugando remuneración económica junto con formación específica, especialmente si ésta es de forma habitual, se consiguen mejores resultados sanitarios para el paciente, que repercuten en ahorros de costes para el sistema proveedor de salud. Incluso en las farmacias que no recibieron formación ni remuneración alguna (grupo A), se calculó un ahorro anual para el sistema nacional de salud australiano de 3.700 millones de pesetas. En el grupo de mayor intervención (grupo C), se estimaron en casi 30.000 millones de pesetas, la disminución en recursos consumidos para la atención de los pacientes en Australia cada año. Todo esto demuestra que se hace imprescindible evaluar todas y cada una de las intervenciones farmacéuticas en aras a poner de relieve el valor añadido del medicamento a su paso por la Oficina de Farmacia.

Bibliografía

- (1) Willison D, Gaebel K, Borden K, Levine M; Poston J, Goldsmith C, Wong B. Experience in the development of a postmarketing surveillance network: the Pharmacy medication monitoring program. *Ann Pharmacother*, 1995; 29: 1.208-1.213. (14/15)
- (2) Gandhi P, Smith B, Tataronis G, Maas B. Impact of a pharmacist on drug costs in a coronary care. *Am J Health-Syst Pharm*, 2001; 58(6): 497-503. (14/16)
- (3) Närhi U, Airaksinen M, Tanskanen P, Erlund H. Therapeutic outcomes monitoring by community pharmacists for improving clinical outcomes in asthma. *J Clin Pharm Therap*, 2000; 25; 177-183. (14/18)
- (4) Ringer J, Keys P, Wagenknecht L, Miller D, Slaughter R. The Michigan pharmacists Association patient persistency project. *J Managed care Pharm*, 2001; 7(1): 50-55. (14/20)
- (5) Benrimoj S, Langford J, Berry G, Collins D, Lauchlan R, Stewart K, Aristides M, Dobson M. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. *Pharmacoeconomics*, 2000; 18(5): 459-468 (14/12)