

## **Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica**

*Ángel Sanz Granda*

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

### **Beneficio neto en salud de una intervención de atención farmacéutica**

#### **(1ª parte)**

El sistema proveedor de salud precisa adquirir tecnologías sanitarias a los proveedores de salud (médicos, farmacéuticos, personal de enfermería, hospitales, etc) para el cumplimiento adecuado de su función: mantener y restablecer la salud del colectivo, así como prevenir su falta. La adquisición de las tecnologías necesarias se efectúa con cargo a los presupuestos asignados para cada ejercicio económico, debiendo decidir en cada momento cuáles son las tecnologías que adquirirá y el precio dispuesto a pagar por cada una de ellas.

El presente artículo desarrolla esta problemática, centrándola en las intervenciones de atención farmacéutica que el sistema de salud podría adquirir al farmacéutico como proveedor de diversas tecnologías sanitarias en dicho campo. En una primera parte, es preciso analizar teóricamente el beneficio neto que presenta cada tecnología sanitaria tomando posteriormente, en función del mismo, las decisiones pertinentes. En una segunda parte se analizará un ejemplo prototipo sobre cómo llevar a la práctica lo expuesto.

#### **Las intervenciones farmacéuticas como tecnologías sanitarias**

Con un concepto actual, el programa *Health Technology Assessment*<sup>1</sup> indica que una tecnología sanitaria es cualquier método utilizado por cualquier profesional que trabaja en servicios sanitarios para promover la salud, prevenir o tratar una enfermedad y mejorar la rehabilitación y el cuidado a largo plazo. De un modo similar, el *OECD Health Project*<sup>2</sup>, estudio sobre tecnologías sanitarias de dicha organización (OECD: *Organisation for Economic Co-operation and Development*) llevado a cabo por las observaciones efectuadas

sobre el hecho que las tecnologías son determinantes de coste en el manejo de la salud, lo ha definido recientemente como aquello dirigido a mejorar los resultados en salud a nivel individual y poblacional, lo cual incluye procesos, experiencias, sistemas o dispositivos.

Las tareas básicas de un sistema de salud, respecto de las tecnologías sanitarias, consisten en la planificación, evaluación, adquisición y manejo de las mismas. De éstas, la adquisición supone llevar a la práctica las decisiones elaboradas previamente en base a las dos tareas previas. La tarea de evaluación no es una función excesivamente implementada por los decisores de los sistemas de salud, dedicándose éstos más a actividades a corto plazo, como la contención del gasto sanitario. Por ello, debido a que cualquier administración sanitaria está sujeta a un presupuesto restringido, dichos sistemas, tanto de los países desarrollados como de los no desarrollados, velan escrupulosamente por la contención del consumo de recursos sanitarios que supone el mantenimiento de un estado satisfactorio de salud en sus sociedades respectivas. Este objetivo les ha llevado a implementar numerosas iniciativas que han producido una leve disminución inicial del gasto pasando a continuación a un aumento final y permanente del mismo.

Los incentivos económicos <sup>3</sup> son herramientas que a través de la motivación, inducen cambios en el comportamiento del profesional, por lo que se han propugnado como un método válido para la consecución de objetivos de reducción de costes. No obstante, no se han llevado a la práctica en muchas ocasiones debido a la dificultad de su implementación pues, si no se diseñan perfectamente, pueden conseguir un resultado muy diferente del esperado; así, unos fuertes incentivos financieros para recortar los costes podrían aumentar el riesgo de una atención insuficiente a los pacientes, disminuyendo el resultado clínico y muy probablemente aumentando el económico a medio plazo <sup>4</sup>.

Una línea que podría tener mayor implicación en la asignación de recursos sanitarios, con el fin de reducir el gasto sanitario global, sería aquella que pudiera evaluar desde una perspectiva social total todos los resultados en salud que una determinada tecnología sanitaria pudiera obtener, independientemente de si ello conlleva el aumento de ciertas partidas presupuestarias de forma aislada, siempre que la consecuencia final de todos los tipos de resultados en salud fuera positiva.

La Atención Farmacéutica se engloba perfectamente dentro de la definición de tecnología sanitaria, por lo que el farmacéutico puede mejorar la calidad de la farmacoterapia interviniendo en la mejora de las estructuras organizacionales en donde dicha terapia se halla inmersa, a través de sistemas de uso de los fármacos utilizados <sup>5</sup>.

Es importante comprender que la atención farmacéutica no es una única tecnología, sino que cada uno de los métodos o intervenciones implementadas para mejorar los resultados en salud constituye en sí mismo una tecnología sanitaria independiente, por lo que es preciso estimar previamente las efectividades obtenidas con cada una de ellas pues los sistemas de salud adquirirían sólo una tecnología sanitaria cuando su beneficio neto incremental fuera positivo, lo cual conduce implícitamente a evaluar el beneficio neto de las diferentes intervenciones farmacéuticas.

### **Beneficio neto de una intervención de atención farmacéutica**

El sistema de salud presenta una disposición a pagar de K unidades monetarias por una unidad de efectividad ( $E_i$ ) obtenida por una tecnología sanitaria, por ejemplo, un cierto medicamento para el tratamiento de una determinada patología. Dado que dicho medicamento presenta un coste ( $C_i$ ), el beneficio neto ( $B_i(k)$ ) de dicho tratamiento para un paciente ( $i$ ) es (en términos monetarios):

$$B_i(k) = k E_i - C_i$$

Resulta entonces obvio que, cuando mayor fuera la disposición a pagar ( $k$ ) mayor sería el beneficio neto ( $B_i$ ); igualmente, a mayor coste de la tecnología habrá menor beneficio neto.

Si utilizando el mismo medicamento, se varía el proceso de su uso a través de una determinada intervención farmacéutica, es decir, implementando una nueva tecnología sanitaria, el beneficio neto ( $B'_i$ ) resultante sería entonces:

$$B'_i(k) = k E'_i - C'_i$$

En donde  $E'_i$  es la efectividad obtenida al implementar la intervención en el mismo paciente y  $C'_i$  es el nuevo coste originado por el medicamento más los recursos sanitarios

utilizados para llevar a cabo dicha intervención; obviamente, la disposición a pagar ( $k$ ) permanece invariable.

A partir de este planteamiento, la intervención farmacéutica sería aceptable por el sistema de salud si el beneficio neto ( $B'i(k)$ ) que produce es superior al obtenido sin su implementación, es decir,  $B'i(k) > B_i(k)$ , de modo que:

$$B'i(k) - B_i(k) = (k E'i - C'i) - (k E_i - C_i)$$

Como obviamente, la efectividad varía para cada paciente y el coste por consumo de recursos sanitarios depende también de la idiosincrasia de cada individuo, el beneficio neto incremental para el conjunto de pacientes en donde se ha implementado la intervención respecto del cuidado usual es:

$$B'i(k) - B_i(k) = [\sum_i (k E'i - C'i)/N_b] - [\sum_i (k E_i - C_i)/N_a]$$

Siendo  $N_a$  y  $N_b$  el número de pacientes del grupo de cuidado usual y de intervención, respectivamente, por lo que la efectividad y el coste se sustituyen por el valor medio de los mismos,  $E_m$  y  $C_m$  respectivamente. De esta forma, la diferencia entre los beneficios netos de las dos tecnologías, la intervención farmacéutica y el cuidado usual, sería:

$$\Delta B(k) = k (E'm - E_m) - (C'm - C_m) = k \Delta E - \Delta C$$

siendo  $\Delta E$  el incremento de efectividad obtenido por la intervención farmacéutica y  $\Delta C$  el de costes, debido a un mayor consumo de recursos por su implementación, entre los que cabría contar con incentivos económicos ligados a resultados.

En cualquier caso, si  $\Delta B(k)$  es positivo la intervención podrá ser aceptada pues la misma origina un aumento del beneficio en términos monetarios, lo cual sería del interés del órgano financiador del sistema de salud, pues el coste global del proceso cuando se implementa dicha intervención farmacéutica sería menor que el producto del incremento de efectividad clínica por la disposición a pagar por cada unidad de efectividad incremental obtenida.

### **Beneficio neto en salud**

Más interesante para un agente sanitario que el análisis del beneficio neto monetario sería analizar la relación de la intervención con el beneficio neto en salud que puede obtenerse. Razonando de la misma forma que se ha efectuado anteriormente se llegaría a la ecuación del beneficio neto incremental en salud para una determinada disposición a pagar ( $\Delta Bs(k)$ ) :

$$\Delta Bs(k) = \Delta E - (\Delta C/k)$$

Y de la misma manera, dicho beneficio incremental tendrá que ser igualmente positivo como condición *sine quanon* para su aceptación sanitaria, pues, independientemente del coste económico, ha de promover ante todo una mejora de los resultados sanitarios de la salud.

Para que la expresión anterior pueda ser positiva, se ha de cumplir la condición siguiente:

$$\Delta Bs(k) = \Delta E - (\Delta C/k) > 0$$

por lo cual, que si se representa gráficamente, para cada valor de beneficio neto en salud, la variación de efectividad alcanzada frente a la de coste se obtendrán isocurvas (Fig. 1) de pares de valores que presentan igual beneficio neto en salud ante una determinada disposición a pagar, de modo que las intervenciones de atención farmacéutica cuyo vector (coste, efectividad) se hallaran por debajo la isocurva correspondiente a un determinado beneficio neto en salud, tendrían gran probabilidad de aceptación por el sistema de salud.

En realidad, la ecuación que define el beneficio neto en salud se corresponde con una función lineal, por lo que la isocurva descrita se corresponde con una recta.

En la segunda parte (en el próximo número de la revista) se analizará lo expuesto mediante un ejemplo práctico.

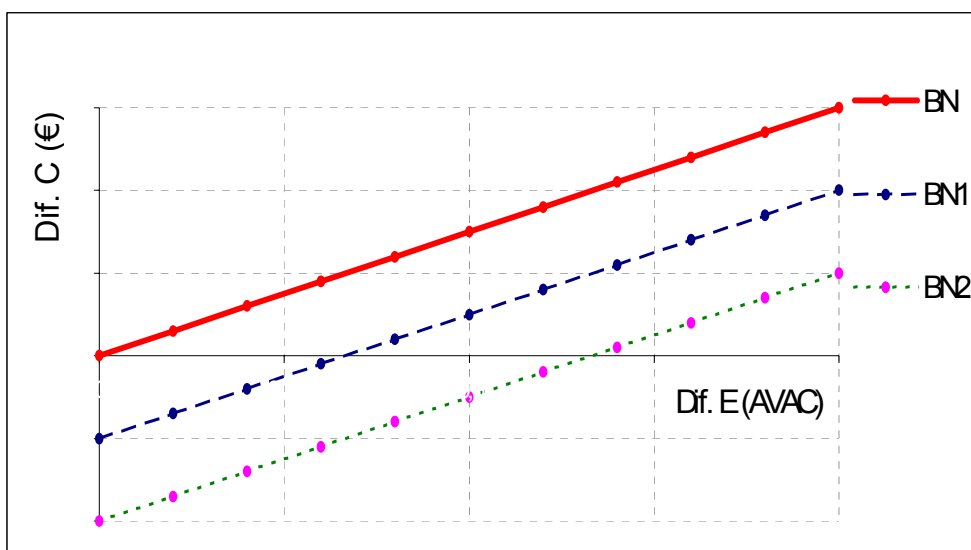


Fig. 1.- Representación gráfica de la variación de la efectividad (medido en número de AVACs adicionales debidos a la intervención farmacéutica) respecto de la de coste (en euros) para 3 diferentes Beneficios netos (BN, BN1 y BN2).

## Bibliografía

<sup>1</sup> He NHS Health Technology Assessment Program. Disponible en: <http://www.ncchta.org/> (accedido en octubre de 2005)

<sup>2</sup> The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OCDE Publications. Paris, 2004. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf> (accedido en octubre de 2005)

<sup>3</sup> Melguizo M, Prados M, Esquisabel R, Bueno J, Kloppe P, López A et al. Medidas de motivación e incentivación en Atención Primaria. Documentos semfyc. Disponible en: <http://www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum001.html> (accedido en octubre de 2005)

<sup>4</sup> Taylor D. El desarrollo de la Atención Primaria en el reino Unido: cuestiones cruciales para el S XXI. En: Jornada Técnica: Semejanzas, diferencias y horizontes en la evolución de la Atención Primaria en el NHS del Reino Unido y el SNS español. Fundación Salud Innovación Sociedad. Disponible en: [http://www.fundsis.org/Actividades/realizadas/material\\_1/Primary%20Care%20Development%20in%20UK\\_espaa%F1ol\(mar00\).htm](http://www.fundsis.org/Actividades/realizadas/material_1/Primary%20Care%20Development%20in%20UK_espaa%F1ol(mar00).htm) (accedido en octubre de 2005)

<sup>5</sup> Hepler C. Clinical pharmacy, Pharmaceutical care, and the quality of the drug therapy. Pharmacotherapy. 2004;24(11):1491-8