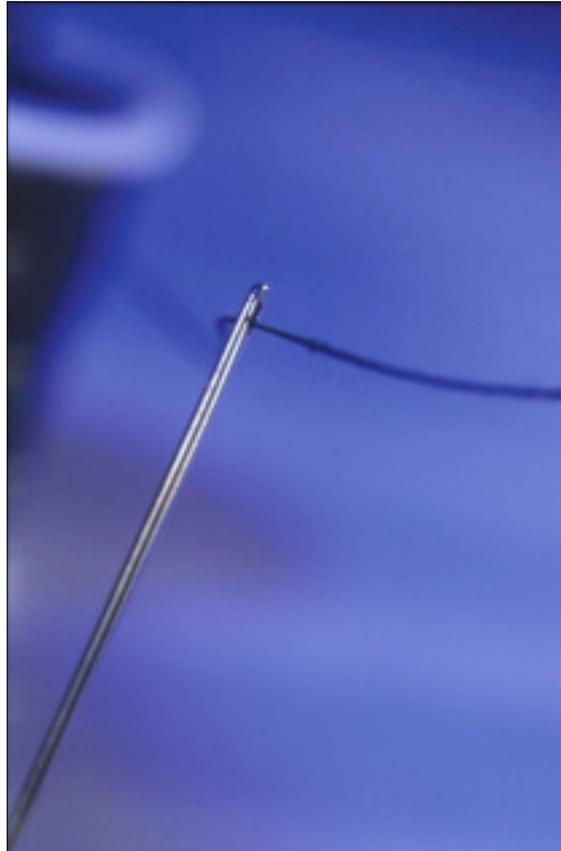


Principios básicos del análisis farmacoeconómico de un PAF

ÁNGEL SANZ GRANDA

Consultor de farmacoeconomía. (asanzgranda@jazzfree.com)



Los programas de atención farmacéutica (PAF) deben tener como fin el incremento de la salud del paciente. Su evaluación debería formar parte habitual del cometido profesional, ya que ayudaría a comprobar el valor efectivo de la actuación profesional y tendría en cuenta criterios de efectividad y eficiencia. No obstante, ese análisis debe ser realizado desde una metodología rigurosa que valide la evaluación realizada.

Sólo así los resultados obtenidos tendrán la robustez necesaria para su generalización.

El fin de cualquier programa de intervención es la mejora de los *outputs* o resultados obtenidos. En el campo de la salud las intervenciones están dirigidas hacia la prevención de patologías, o bien hacia la recuperación de aquélla, una vez que la enfermedad se ha desarrolla-

do, por lo que los efectos deben estar encaminados hacia la consecución de un mayor número de pacientes que han evitado una enfermedad, en el caso de intervenciones de prevención, o a recuperar a un mayor número de pacientes con una determinada patología, en

el segundo caso. Los resultados han de expresarse en unidades válidas, que estén directamente relacionadas con la actuación desarrollada y que mantengan una relación directa con ella.

El otro aspecto importante de una intervención es el conjunto de *inputs*

utilizado (fig. 1). Cualquier intervención supone un consumo de recursos significativo. Así, desde una perspectiva global, los recursos empleados en todo el conjunto de intervenciones en salud se identifican con el presupuesto sanitario, lo que representa un volumen económico muy considerable dentro del conjunto de recursos totales consumidos en cualquier país. Las mayores diferencias entre los diferentes estados las observaremos en la relación entre el presupuesto sanitario y el producto interior bruto, la cual varía sustancialmente en función de la economía nacional y de la política existente.

Es claro entonces que, dado el importante volumen de recursos que cada país destina a la salud, las autoridades sanitarias tienen como objetivo primordial evitar que ese consumo crezca sin límite, manteniéndole acorde con la riqueza nacional y con el estado general de salud. Para ello se dictan medidas de todo índole conducentes a regular el gasto sanitario generado. Sin embargo, no se analiza con la misma intensidad los resultados que se obtienen en salud, una vez que los recursos han sido consumidos. El objetivo habría de ser la obtención del máximo resultado posible a partir de los recursos sanitarios empleados, o bien, el mínimo coste de los recursos que permita conseguir el mismo resultado en salud; es decir, el objetivo prioritario tendría que orientarse hacia la consecución de la máxima eficiencia. Obviamente, el análisis debe ser llevado a cabo desa-

gregando todos los elementos que conforman el conjunto de acciones, evaluando individualmente cada tipo de intervención realizada con el fin de implementar aquellas acciones dotadas de la mayor eficiencia, dejando atrás a las que no conlleven esa propiedad.

La atención farmacéutica presenta el mismo objetivo que cualquier otra intervención sanitaria, incrementar cualitativa y cuantitativamente el resultado obtenido por lo que su implementación debe estar acorde con las indicaciones de eficiencia anteriormente mencionadas. De esta forma, un PAF, definido como un conjunto de intervenciones especificadas previamente de acuerdo a un esquema elaborado y tendentes a la obtención de un fin común en un segmento de población, habría de evaluarse, analizándose entonces la efectividad del programa de la misma manera que su eficiencia.

La medida de la eficiencia de los PAF puede tener dos importantes aplicaciones:

- Dado que los recursos humanos, materiales y económicos, del farmacéutico y del sistema de salud, son siempre limitados y escasos, la eficiencia relativa entre los diferentes PAF representaría un indicador de gran utilidad en la selección de los que se implementarán.

- Por otro lado, la demostración del incremento de la efectividad por un determinado PAF, unido a la comprobación de una eficiencia

mejorada, puede servir como base para la retribución de ese programa.

Es fundamental, entonces, dotar del correspondiente análisis de los dos indicadores señalados, efectividad y eficiencia, a cualquier PAF que se inicie. Ahora bien, esa evaluación debe atenerse a unos criterios metodológicos básicos que permitan dar validez al resultado y poder así comparar diversos PAF entre sí. Los pasos a seguir incluirían las fases que se describen a continuación.

Descripción exacta del PAF

Existe una serie de cuestiones clave en un PAF: ¿quién?, ¿a quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿por qué?, ¿cuándo? y ¿cómo? Deben ser contestadas minuciosamente antes de poner en práctica acción alguna. Se incluyen en este apartado los datos esenciales que incluyen qué farmacias se incorporan al PAF y, especialmente, a qué pacientes se van a dirigir, describiendo éstos, con detalle, cuál es la intervención exacta y —lo que es fundamental— la descripción minuciosa del objetivo del programa. Todo en su conjunto conduce a formular una hipótesis que es preciso demostrar científicamente (tabla 1).

A modo de ejemplo, podríamos pensar en un PAF destinado a pacientes adultos con hipertensión arterial esencial no controlada y que tengan al menos un factor adicional de riesgo cardiovascular. En este grupo se realizarán unas intervenciones determinadas a lo largo de un tiempo concreto, tendentes al aumento del cumplimiento terapéutico del tratamiento farmacológico. El objetivo principal es la consecución de un incremento determinado del porcentaje de pacientes que alcanzan objetivos terapéuticos a lo largo del tiempo. Se analizarán igualmente los resultados de un grupo control en el que se realiza un cuidado usual.

Análisis de los costes relevantes

Consiste en la cuantificación de los *inputs* precisos para la implementa-

Tabla 1. La descripción de un PAF a realizar ha de ser capaz de contestar a las preguntas planteadas. En consecuencia, la hipótesis a demostrar se plantea fácilmente

¿Quién?	Farmacias que intervienen
¿A quién?	Pacientes incluidos en el programa
¿Qué?	Descripción del programa
¿Dónde?	Distribución de pacientes
¿Por qué?	Marco teórico de la actuación
¿Cuándo?	Tiempo de seguimiento
¿Cómo?	Protocolo de actuación
Hipótesis formulada	
El PAF implementado en pacientes con hipertensión arterial no controlada alcanza el objetivo terapéutico establecido en las recomendaciones de la OMS en mayor porcentaje que el cuidado habitual	

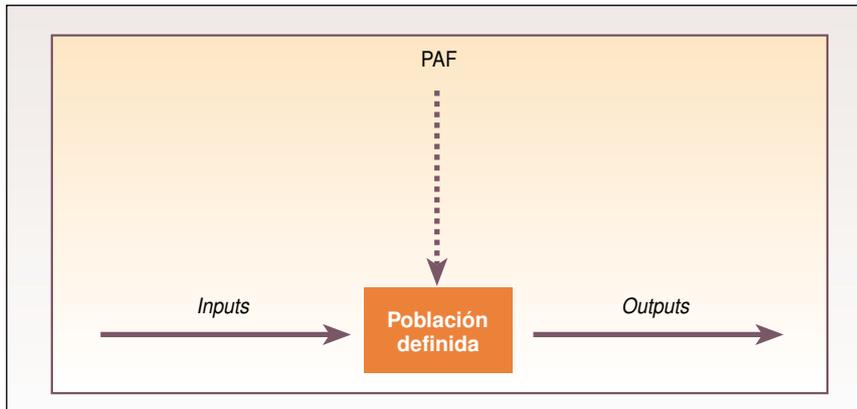


Fig. 1. Las intervenciones originadas en un PAF han de modular prioritariamente los outputs obtenidos, teniendo como objetivo secundario la modulación de los inputs con el fin de mejorar tanto la efectividad como la eficiencia.

ción del PAF (fig. 1). El conjunto de acciones descritas con detalle en la primera fase tienen como objetivo principal la mejora de la efectividad respecto de la obtenida en presencia de otro tipo de intervención. El objetivo secundario ha de ser el incremento de la eficiencia relativa. Por ello, la medida exacta de los costes relevantes de los recursos es de importancia extraordinaria, tanto en el grupo de intervención como en el control.

En función del tipo de evaluación que se realice, los resultados a contabilizar serán medidos en unidades clínicas o en unidades de calidad de vida relacionada con la salud

Un aspecto prioritario es la determinación de la perspectiva del estudio. Por ello, si la perspectiva es la más idónea, es decir la de la sociedad, no se incluirían los costes originados exclusivamente al farmacéutico por la implementación del PAF, a menos que la sociedad a través del sistema de salud correspondiente afrontara esos costes. Sin embargo, todos aquellos que sean precisos para su

instauración, desde la perspectiva de estudio, serán contabilizados. En el ejemplo referido se incluirán los costes originados por el tratamiento y seguimiento de los pacientes y los del tratamiento de las personas que no lo estarían si no se hubieran incluido en el programa. Por otra parte, se investigarán los costes de los tratamientos evitados que, de otra manera, habrían sido precisos.

Otro aspecto importante, cuando el programa tiene una duración superior al año, es el de la actualización de todos los costes mediante una tasa de descuento anual.

Cómputo de resultados en salud

En función del tipo de evaluación que se realice, los resultados a contabilizar serán medidos en unidades clínicas o en unidades de calidad de vida relacionada con la salud. Una evaluación óptima analizaría los resultados, no sólo sanitarios o clínicos, sino también los humanísticos pues ello está en consonancia con los objetivos de la atención farmacéutica. Por ese motivo, en el ejemplo que se describe, además de evaluar el incremento del porcentaje de pacientes que hayan alcanzado al final del programa los objetivos terapéuticos marcados en el protocolo del PAF, las oficinas de farmacia que intervienen han de haber examinado la calidad de vida inicial y final de los pacientes mediante la apli-

Tabla 2. Criterios a seguir en función del balance entre costes generados y resultados obtenidos por la aplicación de un PAF

	Incremento de costes	Reducción de costes
Mejora de resultados	Evaluación farmacoeconómica	Priorización del programa
Reducción de resultados	Eliminación del programa	¿Determinación de la eficiencia?

cación de algún instrumento genérico (p. ej., el *Quality of Well Being scale* o el *Short Form 36*¹) y de algún otro específico (p. ej., el CHAL²), dado que la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con hipertensión arterial puede incrementarse al intensificarse su control³.

El consumo de *inputs*
debe estar equilibrado
con los *outputs*
conseguidos; en función
de la relación entre todos
ellos en el nuevo PAF y
los actualmente
existentes, se debe tomar
un criterio de actuación

En la evaluación de los resultados se puede estar frente al hallazgo de ganancia en la cantidad de vida, en la calidad o en ambas. En la primera nos hallamos ante un incremento de la supervivencia del paciente, consecuencia, por ejemplo, de la disminución de complicaciones cardiovasculares acontecidas. En el segundo tipo estaríamos ante el caso de que, sin que se produzca un aumento de la supervivencia, se obtenga una calidad de vida superior; y en el tercer caso estaríamos ante un aumento de los años vividos por el paciente, en el que la calidad de vida relacionada con la salud también ha sido incrementada.

Criterios de actuación

Una vez establecidos los costes y beneficios netos, es preciso la aplicación de un criterio de actuación

en función de la relación entre ambos. Si se produce un aumento de los costes y de los resultados del programa a evaluar frente a la actuación estándar (o frente a otro programa de comparación), es preciso realizar una evaluación farmacoeconómica. Si, por el contrario, existiera un descenso de los costes y un aumento de los resultados obtenidos, el criterio a seguir sería el de implementación prioritaria del programa. En el caso inverso (aumento de costes y reducción de resultados), el programa ha de descartarse obviamente. El caso más complejo lo representa cuando se identifica una reducción tanto de los costes como de los resultados del PAF frente a otro programa, en cuyo caso la evaluación farmacoeconómica podría determinar cuál está dotado de mayor eficiencia. Si ello ocurriera frente a la actuación estándar, habría que descartarse igualmente (tabla 2).

En el ejemplo desarrollado, el coste total del PAF puede verse reducido a partir de las eventos vasculares mayores que pueden ser evitados por un mayor control de la patología. Igualmente, el resultado final puede verse incrementado al obtenerse un porcentaje mayor de pacientes que han alcanzado objetivos terapéuticos debido a la puesta en marcha del programa evaluado. En este caso el criterio a seguir ha de ser la realización de un análisis de tipo coste/efectividad o coste/utilidad.

Análisis de sensibilidad

El estudio realizado muestra el resultado de un escenario concreto, pero hay que tener en cuenta que las variables relevantes pueden cambiar significativamente de un escenario a otro, por lo que es preciso realizar siempre un análisis de sensibilidad que ofrezca la robus-

tez necesaria al estudio, así como identifique aquellas variables más sensibles a revertir el resultado del programa.

Como último paso, se procedería a la revisión metodológica de la evaluación realizada mediante la aplicación de un sistema de calificación de la calidad⁴.

Conclusión

La implementación de un PAF debe ser analizada de la misma forma que cualquier otra tecnología sanitaria. El consumo de *inputs* debe estar equilibrado con los *outputs* conseguidos; en función de la relación entre todos ellos en el nuevo PAF y los actualmente existentes, se debe tomar un criterio de actuación. La medida del valor añadido de las actuaciones sería entonces función directa del *ratio* coste/efectividad o coste/utilidad de cada programa de intervención, pudiendo así compararse unas con otras en función de parámetros tanto de efectividad como de eficiencia. □

Bibliografía

1. Coyne K, Davis D, Frech F, Hill M. Health-related quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. *Clin Ther* 2002;24(1):142-69.
2. Dalfo A, Badía X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial. *Aten Primaria* 2002;29(2):116-21.
3. Roca-Cusachs A, Dalfo A, Badía X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens* 2001;19(10):1913-9.
4. Chou C, Hay J, Wallace J, Bloom B, Neuman P, Sullivan S, Yu H, et al. Development and validation of a grading system for the quality of cost-effectiveness studies. *Med Care* 2003;41:32-44.