



## Aplicación de la farmacoeconomía en la gestión clínica

M. Amat Díaz<sup>a,\*</sup>, J.L. Poveda Andrés<sup>b</sup> y F.J. Carrera-Hueso<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup>Jefe del Servicio de Farmacia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>c</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Moliner, Serra, Valencia, España

### PALABRAS CLAVE

Farmacoeconomía;  
Gestión clínica;  
Eficiencia;  
Toma de decisiones;  
Excelencia

**Resumen** Se expone la importancia de la gestión clínica en la transformación de las organizaciones y su implicación en el quehacer diario del profesional sanitario y, específicamente, del farmacéutico de hospital. Los cambios sociales obligan a la adaptación de los modelos de asistencia sanitaria hacia nuevas formas de gestión, desde modelos gerenciales más rígidos hacia modelos organizativos basados en la gestión clínica. Desde esta perspectiva, se aborda la farmacoeconomía como una herramienta útil para introducir el criterio de eficiencia en todas las decisiones sujetas a la gestión clínica, incluidas las farmacoterapéuticas. Posteriormente, se muestra la aplicación de esta disciplina en situaciones reales de decisión y se proponen ámbitos para su utilización dentro del marco de trabajo de la farmacia hospitalaria.

© 2011 SEFH. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Pharmacoeconomics;  
Clinical management;  
Efficiency;  
Decision making;  
Excellence

### Application of pharmacoeconomics in clinical management

**Abstract** The present article discusses the importance of clinical management in the transformation of organizations and its role in the daily activities of health professionals and, in particular, of hospital pharmacists. Because of social changes, healthcare models must make the shift from more rigid management models toward new organizational models based on clinical management. From this perspective, pharmacoeconomics is viewed as a useful tool to introduce the criteria of efficiency in all decisions subject to clinical management, including those on pharmacotherapeutics. Subsequently, the application of this discipline in real decision-making scenarios and settings for its use within the context of the work of hospital pharmacy are proposed.

© 2011 SEFH. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amat\_mardia@gva.es (M. Amat Díaz).

## Gestión clínica

Desde la creación de la Comisión de Reformas Sociales, en 1883, como punto de partida de una política de protección de la clase obrera<sup>1</sup>, mucho se ha evolucionado hasta dar forma a lo que conocemos como Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyo marco normativo básico es la Ley 14/ 1986 General de Sanidad. El SNS, regido bajo los principios de unidad, universalidad, equidad y solidaridad, ha resultado un instrumento esencial para garantizar el Estado de Bienestar, contribuyendo, así, a la cohesión económica y social de nuestro país.

El resultado de esta transformación ha sobrevenido, por tanto, en un modelo de asistencia sanitaria “de todos y para todos”, consagrando uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, el derecho a la protección de su salud, tal y como recoge nuestra Carta Magna. Asimismo, en su evolución, el SNS ha sabido plasmar su capacidad para proporcionar resultados óptimos en relación a distintos parámetros referentes al estado de salud de la población. Otros resultados de salud alcanzados se han atribuido a la acción del propio sistema sanitario, entre ellos, los relacionados con parámetros de cobertura, acceso y equidad financiera, resultados relacionados con la calidad y seguridad de la atención sanitaria, así como, los referentes al grado de satisfacción de los usuarios y su legitimación por parte de la población<sup>2</sup>. Y todo ello, aparentemente, a un “buen precio”, traducido con un porcentaje del producto interior bruto (PIB) dedicado a sufragar el gasto sanitario por debajo del promedio europeo y situado en un 9% para 2008, según los últimos datos proporcionados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)<sup>3</sup>.

Pero sería equívoco caer en la euforia momentánea que puede desprenderse de los logros expuestos. Así, diferentes factores como el envejecimiento de la población, la mayor complejidad de los problemas de salud, el incremento sustancial de sus necesidades y exigencias socio-sanitarias, la inmigración, el aluvión constante de nuevas tecnologías e incluso la amplia variabilidad en la práctica médica, entre muchos otros, pueden dificultar la sostenibilidad del modelo sanitario, más si éste se soporta en base a las recaudaciones fiscales y, por ende, está confinado a los límites de las contribuciones, modulables, a su vez, según el marco económico general del Estado.

Por ello, surge la necesidad de adaptar nuestros modelos de salud, no sólo en cambios que se traduzcan en mejoras de la práctica médica, sino también en la creación de nuevas fórmulas de gestión para las organizaciones sanitarias. De esta forma, resulta preciso desarrollar y aplicar iniciativas que permitan afrontar el reto que se nos plantea. Estas medidas pueden abordarse a nivel macro, es decir, a través de diferentes políticas de salud, si bien, también pueden ser aplicadas desde una dimensión meso, correspondiente a la perspectiva de las propias organizaciones sanitarias, pero lo que realmente resulta crucial es avanzar hacia organizaciones horizontales, dando valor a los microsistemas y con ello a los profesionales sanitarios que lo conforman<sup>4</sup>. Centrar la toma de decisiones en el propio clínico, en aras del reconocimiento de sus valores profesionales, no es más que una apuesta hacia la consecución de organizaciones más eficientes, lo que implica no sólo la

prestación de una asistencia de calidad, sino hacerlo, además, sin malgastar los recursos<sup>5</sup>.

La idea de gestión clínica puede formularse en un doble sentido: hacer más clínica la gestión y hacer más gestora la clínica. A través de ambos componentes se facilita la identificación de aspectos importantes de este patrón<sup>6</sup>. En efecto, para hacer más clínica la gestión, el reto se centra en tres ámbitos<sup>6,7</sup>:

- Gestionar lo esencial, es decir, la función de producción, reforzando el papel y dinamismo de las direcciones asistenciales y los objetivos e información de efectividad y calidad.
- La gestión del conocimiento, para aportar desde la red sanitaria una política científica y unos instrumentos de apoyo a las mejores prácticas y a la excelencia.
- La gestión de las interdependencias de red, para abordar los problemas de cronicidad y de respuestas integrales a patologías desde una infraestructura y una logística de red.

Introducir la dimensión gestora en el mundo clínico supone avanzar en varios sentidos<sup>6</sup>.

- Buscar formas de organizar los centros, servicios y unidades para que domine la cooperación, la horizontalidad y el trabajo por procesos.
- Fomentar un liderazgo desde el mundo clínico que profesionalice los retos y defienda los proyectos de cambio organizativo en su entorno profesional.
- Mejorar y racionalizar las decisiones clínicas, buscando mejorar las dimensiones de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción de los pacientes.

Así, aceptar las bases de la gestión clínica conlleva para los profesionales sanitarios, la asunción de responsabilidades más allá de lo estricto de su tarea y, con ello, la obligación de disponer de una aptitud clínica superior que aúne sus habilidades cotidianas junto a conocimientos específicos, en albor de un mayor compromiso institucional y social<sup>7</sup>. La medicina y la gestión, de esta forma, deben caminar juntas con el único fin de conseguir los mejores resultados para los pacientes y al mismo tiempo conseguirlos de la mejor forma posible. Es el camino, por tanto, para garantizar la excelencia, meta de cualquier profesional sanitario.

La gestión clínica, como paradigma emergente de esta década, resulta la piedra angular de las estrategias de mejora del sistema y de búsqueda de sostenibilidad y excelencia. Su avance depende de la factibilidad de una nueva alianza entre políticos, gestores, médicos y resto de profesionales sanitarios, alineando intereses, compartiendo visiones y minimizando los conflictos de interés<sup>6</sup>.

Hemos de pasar a ser, por tanto, los protagonistas del cambio, los elementos clave para asegurar que nuestro sistema sanitario persevere. No podemos olvidar que cada una de las decisiones que tomamos en nuestra práctica diaria va vinculada a una parte del gasto sanitario. Es necesario ser un aval para la racionalización de los recursos, aunque siempre sin eludir el beneficio de aquellos a los que se dirige nuestra atención y nuestra razón de ser, los pacientes.

## Otros factores a considerar

La incorporación de la atención farmacéutica como paradigma del rol del farmacéutico y el compromiso explícito que supone la corresponsabilidad en los resultados clínicos, humanísticos y económicos, constituye el pilar sobre el que sustentar el nuevo modelo de actividad en la farmacia de hospital.

La atención farmacéutica no es una tecnología, desde el punto de vista economicista, fácil de medir. En efecto, existen multitud de estudios que demuestran su utilidad y eficiencia para el sistema sanitario, pero muchos están salpicados de sesgos de diseño, análisis incorrectos, muestras pequeñas y períodos de seguimiento excesivamente cortos<sup>8</sup>.

Es por ello que el farmacéutico de hospital debe ser capaz de obtener e interpretar las variables o resultados en salud, tanto de tipo clínico, epidemiológico como económico, pero también debe considerar los resultados humanísticos, que son los de calidad de vida relacionada con la salud y de satisfacción percibida por los pacientes.

Es necesario que desde el punto de vista de nuestra organización seamos capaces de crear, adquirir y transmitir conocimiento. La gestión del conocimiento pasa a ser, por tanto, una herramienta clave para que las organizaciones sean excelentes, y esencial en las sanitarias.

Los servicios de farmacia hospitalarios (SF) son elementos vertebradores del hospital y tienen una visión global del centro hospitalario. Además, son generadores y transmisores de conocimiento. Cada SF debe conocer y desarrollar su capital intelectual y orientarlo siempre hacia el paciente<sup>9</sup>. Con ello, añadirá valor y calidad a la mayoría de procesos asistenciales, tanto los desarrollados dentro de los mismos como los compartidos.

La organización horizontal significa que se deben alinear las necesidades de los profesionales y los pacientes con las estrategias de la institución, y no, solamente, implantar una gestión por procesos. Esto implica impulsar estrategias de innovación y de flexibilidad operativa y financiera en su organización. Para innovar, es necesario pensar en los resultados que se obtienen tanto en los propios SF como los obtenidos en otros servicios y departamentos del hospital, consiguiendo una mejor gestión asistencial. Con ello, fomentamos la creación de la cadena de la innovación en la que participen tanto empleados como clientes, internos y externos, en el SF.

## La farmacoeconomía como herramienta

Sin duda, ante la envergadura del reto que se nos plantea debemos estar preparados y ser conocedores de los instrumentos disponibles. La toma de decisiones debe estar necesariamente fundamentada sobre unos criterios de priorización que nos permitan asignar recursos eficientemente. Consecuentemente, el profesional sanitario debe disponer de las herramientas que le permitan fijar dichos criterios a la hora de elegir entre distintas alternativas.

Atisbar el entorno es el prelude para generar soluciones. Como ya hemos anticipado, uno de los cuantiosos determinantes que están intimidando a nuestro sistema sanitario resulta de la importante repercusión que ha tenido la incor-

poración de nuevas tecnologías en el ámbito de la salud. Tanto es así, que se considera uno de los principales factores causantes del crecimiento del gasto sanitario y de la prestación sanitaria media<sup>10</sup>. El incremento del gasto que supone la incorporación de los avances tecnológicos no ha contribuido en la misma medida en la producción de valor social a las poblaciones que lo soportan ni tampoco se han obtenido resultados beneficiosos tan evidentes para los pacientes<sup>11</sup>.

En este punto, cabe hacer una mención especial a la influencia que en esta eclosión tecnológica ha supuesto la introducción de nuevos medicamentos en las organizaciones sanitarias. Así, y según datos facilitados por el Strategic Research Center Business School<sup>12</sup> en el informe emitido recientemente sobre el gasto farmacéutico en España, referenciado al año 2007, situaba en un 21 % el gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario total en nuestro país, al mismo nivel que países como Italia y República Checa.

Estas cifras, que pueden llegar a ser preocupantes, aún más si cabe, hacen necesaria la colaboración de todos los que formamos parte del sistema sanitario. Desde las administraciones públicas son muchas las medidas que se están valorando para dotar la situación de un mayor control. El Consejo Interterritorial del SNS aprobó un documento marco con directrices para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS el pasado 18 de marzo del 2010<sup>13</sup>. Entre las acciones propuestas, y en materia de eficiencia del sistema y control del gasto, se señala la importancia de la incorporación de medicamentos en la cartera de servicios del sistema sanitario bajo criterios de coste-efectividad. De la misma manera, se apunta a que la construcción de guías farmacoterapéuticas, como apoyo a la toma de decisiones, se encuentre fundamentada sobre criterios de evidencia y coste-efectividad.

La inclusión de consideraciones de eficiencia en la toma de decisiones parece refundir en un axioma que, a pesar de no caracterizarse por su singularidad, está cada día más patente. Desde principios de los años noventa, en Australia y Canadá, y especialmente con la creación en el Reino Unido del Instituto Nacional Británico para la Salud y Excelencia Clínica en el año 1999, conocido como NICE, que incluye la evaluación en la selección de innovaciones sanitarias, la adopción de la evaluación económica en la toma de decisiones se ha convertido en una necesidad inminente, a la que debe darse la oportuna respuesta de carácter práctico y aplicable<sup>14</sup>.

En este sentido, la farmacoeconomía parece emerger de nuevo, constituyéndose como una disciplina cardinal en nuestro quehacer y que permite aproximar al profesional sanitario a un escenario más acorde a nuestras posibilidades. La farmacoeconomía nos proporciona información sobre todos los aspectos económicos en el sector sanitario, aportándonos una perspectiva más amplia en el abordaje del análisis de todas las implicaciones del medicamento a través de herramientas metodológicas específicas<sup>15</sup>. Dentro de los análisis farmacoeconómicos (tabla 1) se incluyen las evaluaciones económicas, técnicas que nos permiten calcular la eficiencia en función de la relación entre los costes y consecuencias de intervenciones alternativas<sup>16</sup>.

La realidad de la aplicación de la farmacoeconomía en la práctica diaria puede verse reflejada en estudios recientes como el llevado a cabo por Catalá-López F et al<sup>17</sup>. En él se

**Tabla 1** Técnicas comúnmente utilizadas para el análisis económico en el sector sanitario<sup>15</sup>

Técnica/ tipo de análisis	Características diferenciales	Evaluación económica	Fármaco-economía
Análisis de costes	Análisis de los costes asociados a una o más intervenciones		✗
Análisis de minimización de costes	Análisis de los costes de dos o más intervenciones cuya efectividad se haya mostrado equivalente	✗	✗
Análisis de coste-efectividad	Análisis de los costes y beneficios de dos o más intervenciones. Los beneficios se miden en términos de unidades naturales	✗	✗
Análisis coste-utilidad	Análisis de los costes y beneficios de dos o más intervenciones. Los beneficios se miden en AVAC	✗	✗
Análisis coste-beneficio	Análisis de los costes y beneficios de dos o más intervenciones. Los beneficios se miden en términos de unidades monetarias	✗	✗
Análisis de costes y consecuencias	Análisis de los costes y beneficios de dos o más intervenciones. Los beneficios se miden en distintas unidades, sin integrarse en un indicador único con los costes	✗	✗
Estudio del coste de la enfermedad	Análisis de los costes asociados a una enfermedad o factor de riesgo		✗
Análisis del impacto presupuestario	Análisis del impacto agregado, en términos financieros, de la introducción de una nueva intervención en una población determinada		✗

describen las principales características de los trabajos de evaluación económica de intervenciones sanitarias realizados en España durante el período comprendido entre 1983 y 2008. Se muestra una evolución creciente del número de evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias, destacándose, además, un crecimiento máximo en los últimos cinco años. El ámbito de la mayoría de estudios analizados se situaba en atención especializada.

Con estos datos, parece indudable afirmar que la utilización de las evaluaciones económicas resulta cada día más imprescindible en nuestro ámbito de actividad. Aún así, y a pesar de encontrarnos en el camino correcto, resulta ineludible evocar esfuerzos para que la aplicación de estas herramientas en la toma de decisiones sea una constante en la actividad clínica.

Es prioritario identificar las posibles barreras para la utilización de las evaluaciones económicas por parte de los clínicos, las cuales se detallan en la tabla 2<sup>18</sup>. Las principales razones, documentadas por los propios profesionales sanitarios, que dificultan la implantación de criterios de eficiencia en la toma de decisiones son, por un lado, la dificultad que radica en la comprensión de este tipo de estudios o bien en el abordaje que suelen realizar y que se aleja, más bien, de la práctica diaria. Otras argumentaciones que cuestionan la credibilidad de las evaluaciones económicas, son que estos estudios, en la mayoría de ocasiones, se encuentran financiados por las industrias farmacéuticas y, también, surgen de la idea equívoca de entender las evaluaciones económicas como herramientas puramente de ahorro y no de mejora de calidad.

Circunscritos los problemas, sólo cabe la puesta en marcha de soluciones. Así, y tras definir un marco en el que la

**Tabla 2** Barreras e incentivos para el uso de evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias por los profesionales de la salud<sup>18</sup>

Barreras
Problemas éticos
Existencia de otros criterios considerados más relevantes
Falta de tiempo
Poco conocimiento sobre los métodos de evaluación
El objetivo real es ahorrar y no lograr mayor eficiencia
Problemas de fiabilidad de los estudios
Los estudios no abordan los problemas diarios

aplicación de la farmacoeconomía parece ser un valor en alza en nuestro medio, pero que aún así hay que incentivar, conviene establecer instrumentos que permitan afrontar los problemas que aún parecen advertirse para su utilización en la toma de decisiones clínicas. A razón de esto, se ha publicado recientemente una propuesta de guía para la evaluación económica de intervenciones sanitarias<sup>19</sup> (tabla 3) con la finalidad de ofrecer una serie de reglas que orienten al clínico sobre cuestiones técnicas y metodológicas tanto para la realización de evaluaciones económicas como para su análisis. Estas recomendaciones se encuentran construidas sobre 17 ítems bajo los que se establecen los requisitos que deben cumplir este tipo de estudios, resultando en una mayor garantía desde el punto de vista de la calidad, puesto que es importante no olvidar que el fundamento de las evaluaciones económicas es facilitar la toma de decisiones.

**Tabla 3** Lista de comprobación para el análisis y realización de las evaluaciones económicas<sup>19</sup>

	Sí	No	En parte	No procede
<b>1. Pregunta de investigación y objetivos del estudio</b>				
¿El estudio establece claramente su objetivo y la pregunta de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La evaluación económica se efectúa de modo general y posteriormente, si los datos lo permiten, en subgrupos de población (edad, sexo, gravedad, niveles de riesgo) en el caso de que haya diferencias relevantes en la efectividad o en los costes entre ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Perspectiva</b>				
¿La evaluación económica incluye tanto la perspectiva social como la del financiador (Sistema Nacional de Salud)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se presentan ambas perspectivas de forma separada y diferenciada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Opciones a comparar</b>				
¿Se compara la tecnología con, como mínimo, la práctica clínica habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se justifica claramente la elección de la opción a comparar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Tipos de evaluación</b>				
¿Se justifica de forma razonable el tipo de análisis elegido en relación a la cuestión planteada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Datos de eficacia/efectividad</b>				
¿Se detalla con precisión la fuente utilizada para la obtención de datos de eficacia y efectividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se detallan con precisión el diseño y los métodos utilizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Medidas de resultados</b>				
¿Las medidas de resultados seleccionadas son clínicamente relevantes (medida de eficacia/ efectividad final)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las escalas sociales de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud han sido validadas a partir de una muestra representativa de la población?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Utilización de recursos y costes</b>				
¿Se ajustan los costes recogidos a la perspectiva del análisis seleccionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se han separado y se detallan de forma adecuada las unidades físicas de los costes y los datos de costes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Horizonte temporal de los costes y beneficios</b>				
¿Está el horizonte temporal considerado el más adecuado para captar todos los efectos diferenciales de las tecnologías evaluadas sobre la salud y los recursos empleados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Modelización</b>				
En el caso de aplicar técnicas de modelaje, ¿se justifica y es transparente la elección del modelo utilizado, así como los parámetros y supuestos clave de éste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Descuentos para costes y beneficios</b>				
¿Se descuentan los costes y resultados que se producen en el futuro empleando la misma tasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Variabilidad e incertidumbre</b>				
¿Se realizó un análisis de sensibilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se justificaron los parámetros clave del estudio y la distribución estadística de las variables analizadas en el análisis de sensibilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Equidad</b>				
En caso de incorporar argumentos de justicia social en la evaluación (análisis de equidad), ¿se presenta este análisis de forma desgregada al caso principal y son transparentes los argumentos empleados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Transferibilidad de resultados</b>				
¿Permite el informe extraer conclusiones sobre la transferibilidad o extrapolación de los resultados a otros contextos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Presentación de resultados</b>				
¿Se presentan los resultados mediante un análisis incremental (ICER) y a su vez de forma desagregada (costes y resultados de las alternativas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Limitaciones del trabajo</b>				
¿Se presentan de manera crítica y transparente las limitaciones o puntos débiles del análisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Conclusiones</b>				
¿Las conclusiones del estudio responden a la pregunta de investigación y se desprende claramente de los resultados obtenidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. Conflicto de intereses</b>				
¿Se indica quién encarga, apoya o financia el estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se informa sobre la posible existencia de conflictos de intereses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Una visión más práctica

Es un hecho evidente que existe la necesidad de introducir elementos de gestión en los hospitales, y en este marco, los estudios farmacoeconómicos pueden servirnos de ayuda en diferentes aspectos<sup>20</sup>:

- Ayuda a estructurar y a articular de forma sistemática y explícita la información a considerar cuando se toma una decisión clínica.
- Ayuda a la distribución adecuada de recursos.
- Apoyo a la elaboración de formularios, protocolos y guías de práctica clínica.
- Apoyo a las decisiones de investigación.
- Apoyo a la justificación de la actividad profesional.
- Ayuda a conseguir el equilibrio entre profesionales.

Todas estas aplicaciones pueden inferir directamente en cada una de las fases del proceso farmacoterapéutico en torno al medicamento: selección, prescripción, preparación, dispensación, administración y seguimiento. De esta forma, los estudios farmacoeconómicos pueden servir de base al clínico para fundamentar sus decisiones, incorporando tanto resultados en salud como económicos, a la hora de elegir el tratamiento más adecuado para un paciente, y que, en muchas ocasiones, se caracteriza por un halo de incertidumbre. Permiten incluir medicamentos en formularios y guías farmacoterapéuticas en función de criterios de eficiencia, lo que resulta primordial para la racionalización de la farmacoterapia y conforman, además, una orientación para los agentes decisores a la hora de redistribuir los recursos, consiguiendo, así, una mayor rentabilidad del presupuesto<sup>21</sup>.

En este contexto, los farmacéuticos de hospital, y como consecuencia de su cometido en las organizaciones sanitarias, poseen una situación estratégica tanto para promover como para poner en práctica el uso de los análisis farmacoeconómicos. Entre los estudios realizados en este campo, nuestro equipo ha aplicado el análisis coste-beneficio en la implantación de los sistemas automáticos de dispensación de medicamentos en el área de pacientes críticos<sup>22</sup>, los análisis de minimización de costes para la valoración de alternativas terapéuticas, por ejemplo, entre darbepoetina alfa y epoetina alfa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis<sup>23</sup>, o los análisis de coste-efectividad en el tratamiento antifúngico de pacientes hematológicos<sup>24</sup>. Estos trabajos son reflejo de la utilidad real que posee el empleo de las evaluaciones económicas en nuestra actividad asistencial y deben ser un apoyo imprescindible para la toma de decisiones en:

- Asignar los recursos disponibles a las tareas más eficientes dentro de todo el personal de los SF.
- Reorganizar sus funciones y actividades orientándolas hacia los pacientes, a la vez que contribuye a mejorar la estructura horizontal de la organización.
- Analizar y evaluar las nuevas tecnologías, haciendo un seguimiento de su grado de penetración en la institución.
- Realizar informes sobre medicamentos y tratamientos farmacoterapéuticos con mayor independencia para las distintas comisiones clínicas, especialmente para la de farmacia y terapéutica, al tener en cuenta la eficiencia de los mismos.

- Identificar oportunidades de mejora que sean más eficientes y, por tanto, su puesta en marcha será más fácilmente al ser apoyadas por la dirección.
- Descentralizar su actividad llevándola al pie de la cama, al poder demostrar el valor añadido que proporcionan los programas de atención farmacéutica que se lleven a cabo.
- Mejorar o reforzar su incorporación al equipo multidisciplinar al liderar la utilización de los estudios de resultados en salud, incluyendo los de calidad de vida y de satisfacción de los pacientes.
- Utilizar la mejor evidencia científica disponible, por lo que toma parte y se implica en la gestión clínica de manera directa al distribuir y asignar recursos que se utilizan en el proceso farmacoterapéutico. El 70% de la asignación de recursos de un hospital se realiza en el ámbito clínico.
- Mejorar la función de soporte del proceso farmacoterapéutico que realiza y responsabilizarse de los resultados obtenidos con una visión más independiente de la distribución de recursos más equitativa.
- Realizar evaluaciones farmacoeconómicas en su ámbito de trabajo, bien liderando estudios naturalísticos con diseños pragmáticos, bien mediante la modelización. También puede extrapolar los estudios de la literatura adaptándolos con datos propios de su hospital<sup>25</sup>.

## Conclusión

Las transformaciones sociales obligan a la adaptación de los modelos de asistencia sanitaria hacia nuevas formas de gestión, desde modelos gerenciales más rígidos hacia modelos organizativos basados en la gestión clínica.

El servicio de farmacia, como eje vertebrador de la farmacoterapia que se aplica en el hospital, debe ejercer un liderazgo que necesariamente obliga a incorporar la farmacoeconomía como herramienta para introducir el criterio de eficiencia en todas sus decisiones sujetas a la gestión clínica.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, actual o pasado, con lo que se expone en el presente artículo ni con ninguna empresa pública o privada, asegurando su independencia.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Organización Institucional: nuestros orígenes [citado 20 dic 2010]. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/organizacion/origenes/home.html>
2. García Armesto S, Abadía B, Durán A, Bernal E. Health Systems in transition: España. Análisis del sistema sanitario 2010 [monografía en Internet]. Sociedad Española de Salud pública y Administración Sanitaria; 2010 [citado 10 ene 2011]. Disponible en: <http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/HiT2010.pdf>

3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Data 2010: key indicators; 2010 [citado 12 ene 2011]. Disponible en: [http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData\\_FrequentlyRequestedData.xls](http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls)
4. Bernal Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit.* 2010;24:254-8.
5. Martin LA, Neumann CW, Mountford J, Bisogrand M, Nolan T. Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care - Ways to Achieve Savings in Operating Costs per Year [monografía en Internet]. Institute for Healthcare Improvement; 2009 [citado 15 ene 2011]. Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/502ADCBF-878A-4EAA-B191-21A7ADDE5357/0/IHlIncreasingEfficiencyandEnhancingValueinHealthCareWhitePaper2009.pdf>
6. Repullo Labrador JR. Cambios y reformas en sistemas y servicios sanitarios. En: Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P, eds. *Sistemas y servicios sanitarios. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006:121-97.
7. Cosialls Pueyo D. Gestión clínica. *Rev Adm San.* 2000;16:119-39.
8. Peiró S. Atención farmacéutica en el entorno hospitalario: la hora de las decisiones. *Farm Hosp.* 2006;30:325-7.
9. López González AM, Sánchez Sánchez T. La gestión del conocimiento como herramienta clave para la mejora de las organizaciones sanitarias. *Farm Hosp.* 2007;31:3-4.
10. Garcías-Altés A. La introducción de tecnologías en los sistemas sanitarios: del dicho al hecho. *Gac Sanit.* 2004;18:398-405.
11. Bernal Delgado E, Oliva J. Es necesario construir una cultura evaluativa en el Sistema Nacional de Salud. *El médico.* 2010;11:10-2.
12. González Fuentes MV, García de la Serrana JL, Benavides Rosero C. El gasto farmacéutico en España [monografía en Internet]. Strategic Research Center Business School; 2010 [citado 20 ene 2011]. Disponible en: <http://www.eae.es/es/strategic-research-center.html>
13. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud [monografía en Internet] [citado 24 ene 2011]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/gabinetePrensa/discursosInterv/archivos/180310203430.pdf>
14. Documento de posición AES sobre el uso de la evaluación económica en sanidad [monografía en Internet]. Asociación de Economía de la Salud (AES); 2008 [citado 25 ene 2011]. Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf>
15. Brosa M, Gisbert R, Rodríguez JM, Soto J. Principios, métodos y aplicaciones del análisis del impacto presupuestario en el sector sanitario. *Pharmacoeconomics-spanish research articles.* 2005;2:65-78.
16. Drummond MF, O'Brien BJ, Stodart GL, Torrance GW, eds. *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001.
17. Catalá-López F, García-Altés A. Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España durante el período 1983-2008. *Rev Esp Salud Pública.* 2010;84:353-69.
18. Sacristán JA, Rovira J, Ortún V, García-Alonso F, Prieto L, Antoñanzas F. Utilización de evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias. *Med Clin.* 2004;122:789-95.
19. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SECSN.º 2006/22.
20. Díez Rodríguez MV, Gómez Pajuelo P, Ortega Eslava A, Ausejo Segura M, Cruz Martos E, Rubio Terrés C. Integración y aplicaciones de los estudios de farmacoeconomía e investigación de resultados en salud en los diferentes niveles asistenciales. *Real Academia Nacional de Farmacia;* 2001. Disponible en: <http://www.analesranf.com/> Acceso 27 de enero de 2011.
21. Soto Álvarez J. Estudios de farmacoeconomía, ¿por qué, cómo, cuándo y para qué? *MEDIFAM.* 2001;11:146-55.
22. Poveda Andrés JL, García Gómez C, Hernández Sansalvador M, Valladolid Walsh A. Análisis coste-beneficio de la implantación de los sistemas automáticos de dispensación de medicamentos en la Unidades de Críticos y Urgencias. *Farm Hosp.* 2003;27:14-21.
23. Cuesta Grueso C, Poveda Andrés JL, García Pellicer J, Romá Sánchez E. Análisis de minimización de costes de darbepoetina alfa frente a epoetina alfa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Farm Hosp.* 2010;34:68-75.
24. Romá-Sánchez E, Poveda Andrés JL, García-Pellicer J, Salavert-Lletí M, Jarque-Ramos I. Estudio coste-efectividad de la estrategia empírica antifúngica en pacientes oncohematológicos. *Farm Hosp.* 2008;32:7-17.
25. Carrera-Hueso FJ. Aplicación de los estudios farmacoeconómicos en el hospital. *Med Clín.* 1998;111:347-53.